

RESÚMENES COLOPROCTOLOGÍA

26.-EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A COMPLICACIONES SIGNIFICATIVAS POSTERIOR A HEMORROIDECTOMÍA

Florencia Pinto G, Victor Monreal F, Alejandro Readi V, Sebastián Lopez N, Marcelo Rodríguez G, Gonzalo Campaña V

Clínica INDISA-Universidad Andres Bello

INTRODUCCIÓN: Las hemorroides son un tejido vascular con músculo liso y tejido conectivo que se ubican en columnas en el conducto anal en todos los pacientes sanos¹. Las podemos clasificar en hemorroides externas e internas, divididas por la línea pectínea. Las hemorroides internas a su vez se clasifican en cuatro tipos según su grado de prolapso. El manejo de esta patología debe ser individualizado y depende de los síntomas, grado del prolapso y experiencia del cirujano. La indicación quirúrgica está reservada para pacientes en que el tratamiento conservador no logró mejorar sus síntomas. Las complicaciones posteriores a hemorroidectomía son variadas y poco frecuentes, con una incidencia reportada entre el 0-5%.

OBJETIVOS: Comparar pacientes que presentaron complicaciones posthemorroidectomía con el grupo sin ellas y evaluar factores de riesgo asociados

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y analítico retrospectivo de todos los pacientes hemorroidectomizados entre el 2017 y 2023 evaluándolos en dos grupos, sin y con complicaciones postoperatorias

RESULTADO: Se analizaron un total de 1212 pacientes, 1154 sin y 54 con complicaciones postoperatorias. Del total 51,3% fueron mujeres, el promedio de edad fue 43,8 años. Ambos grupos tuvieron una distribución relativamente similar. La tasa global de complicaciones fue de 4,4% y de reoperaciones 3,2%. La complicación más frecuente fue el sangrado (1,98%). Los factores de riesgo asociados a sangrado fueron hemorroides grado III o IV (OR 5,88), uso de energía bipolar avanzada (OR 3,79), resección de 3 o más paquetes (OR 2,48) y técnica de PPH (OR 6,7). No hubo factores de riesgo significativos para fecaloma y abscesos.

CONCLUSIÓN: El sangrado relevante posthemorroidectomía es una complicación poco frecuente, registrando resultados y factores de riesgo asociados comparables con lo reportado en la literatura. Las complicaciones significativas posterior a hemorroidectomía son poco frecuentes. El sangrado fue la complicación más frecuente y con la mayor cantidad de reoperaciones. Los factores de riesgo asociados fueron hemorroides grado III o IV, uso de energía bipolar avanzada, resección de 3 o más paquetes y el uso de técnica PPH.

27.-CURVA DE APRENDIZAJE Y SEGURIDAD DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESECCIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON CON ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA POR VÍA LAPAROSCÓPICA EN EL CÁNCER DE COLON DERECHO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO EMPAREJADO POR PUNTAJE DE PROPENSIÓN

Javier Vela, Christophe Riquoir, Cristián Jarry, Felipe Silva, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola, María Elena Molina, Rodrigo Migueles, Felipe Bellolio, José Tomás Larach

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los estudios retrospectivos y ensayos clínicos aleatorizados respaldan la seguridad de la resección completa del mesocolon (RCM) por vía laparoscópica para el tratamiento del cáncer de colon derecho. Sin embargo, pocos estudios examinan la curva de aprendizaje de esta cirugía y su perfil de seguridad durante su período de implementación.

OBJETIVOS: Evaluar la curva de aprendizaje y la seguridad de la implementación de la RCM por vía laparoscópica con anastomosis intracorpórea para el cáncer de colon derecho.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a una colectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea por cáncer de colon derecho entre enero de 2016 y junio de 2023. Se recolectaron variables clínicas, perioperatorias e histopatológicas. Se realizó un análisis de suma acumulativa (CUSUM) entre el tiempo operatorio y el número de casos. Los puntos de quiebre de la curva de aprendizaje se estimaron utilizando el modelo de línea quebrada. Se utilizó un método de emparejamiento por puntaje de propensión (PSM) para comparar los resultados de RCM y colectomía derecha laparoscópica convencional.

RESULTADO: 290 pacientes se sometieron a colectomía derecha laparoscópica durante el período de estudio. 108 cumplieron con los criterios de inclusión. Después del PSM, se compararon 56 pacientes no-EMC y 28 pacientes EMC. El grupo RCM mostró una tendencia no estadísticamente significativa a un mayor tiempo operatorio (201 versus 195 minutos; $p=0.657$) y una estadía hospitalaria más corta (3 versus 4 días; $p=0.279$). No se encontraron diferencias significativas en las tasas totales de complicaciones. El análisis de correlación identificó una tendencia significativa hacia la reducción del tiempo operatorio con el aumento del número de casos (coeficiente de correlación de Pearson=-0.624; $p=0.001$). Según el análisis CUSUM, se consideró que la curva de aprendizaje institucional se completó después de 13 casos y el modelo de línea quebrada identificó tres fases: aprendizaje (1-6 casos), consolidación (7-13 casos) y maestría (después de 13 casos).

CONCLUSIÓN: La curva de aprendizaje de la RCM laparoscópica para el cáncer de colon derecho se puede lograr después de 13 casos en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada y cirujanos familiarizados con esta técnica. Su implementación en este entorno parece ser tan segura como realizar una colectomía derecha convencional.

28.-EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LA CURVA DE APRENDIZAJE DE LA ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA DURANTE LA COLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA

Javier Vela, Christophe Riquoir, Cristián Jarry, Felipe Silva, Nicolás Besser, Gonzalo Urrejola, María Elena Molina, Rodrigo Migueles, Felipe Bellolio, José Tomás Larach

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Después de la resección durante una colectomía derecha laparoscópica (CDL), la reconstrucción se puede realizar con una anastomosis intracorpórea (AI) o extracorpórea. Aunque los beneficios de la AI están bien documentados, su implementación ha sido lenta debido a una curva de aprendizaje (CA) pronunciada, principalmente asociada con la sutura intracorpórea.

OBJETIVOS: El objetivo es evaluar la curva de aprendizaje de la anastomosis intracorpórea en la colectomía derecha laparoscópica.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron pacientes consecutivos sometidos a una CDL con AI entre enero de 2016 y junio de 2023. Se recolectaron variables clínicas, perioperatorias e histopatológicas. Se realizó un análisis de suma acumulativa (CUSUM) entre el tiempo operatorio y el número de casos. También se analizó el "éxito quirúrgico" como un resultado compuesto mediante la realización de una gráfica CUSUM. Se consideró que un caso era "exitoso" si el tiempo operatorio y la duración de la estancia postoperatoria estaban por debajo de 1.5 desviaciones estándar de la muestra total y no ocurrían complicaciones postoperatorias. El número de casos para completar la CA se determinó en función de estos análisis. Se compararon los resultados perioperatorios antes y después de la CA.

RESULTADO: Doscientos noventa pacientes se sometieron a una CDL durante el período de estudio. Sesenta y siete cumplieron con los criterios de inclusión. El análisis de correlación identificó una reducción significativa en el tiempo operatorio con el aumento del número de casos ($p=0.034$). Las complicaciones totales durante el período de implementación fueron del 25.3%, con un 6% de complicaciones graves. El análisis CUSUM del tiempo operatorio identificó una tendencia descendente consistente después del caso 36 y el análisis CUSUM del éxito quirúrgico después del caso 37. Se establecieron dos fases: pre-CA (caso 0-37) y post-CA (38-67). La comparación pre-CA y post-CA reveló una disminución significativa en el tiempo operatorio (187 vs 177.8 minutos; $p=0.016$) y en la duración de la estancia hospitalaria (4 vs 3 días; $p<0.001$). No se detectaron diferencias en las tasas de complicaciones generales, complicaciones graves o reoperaciones.

CONCLUSIÓN: La CA de la AI laparoscópica se puede lograr después de 37 casos en centros con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada.

29.-IMPACTO DE LA QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CRS Y HIPEC POR PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DE ALTO GRADO DE ORIGEN APENDICULAR: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

Javier Vela, Juan Alvarado, Hernán Zúñiga, María Elena Molina, Bruno Nervi, Satish Warriier, Alexander Herriot, Mikaël Soucisse, José Tomás Larach

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del pseudomixoma peritoneal (PMP) derivado de neoplasias apendiculares de alto grado está bien establecido. En este contexto, una estrategia agresiva que incluye cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS/HIPEC) puede lograr una sobrevida global a 5 años de hasta el 80%. Se ha buscado un mejorar la sobrevida de estos pacientes mediante la inclusión de quimioterapia sistémica con el objetivo teórico de disminuir la carga tumoral. Sin embargo, su impacto sigue siendo incierto.

OBJETIVOS: Analizar el impacto de la quimioterapia sistémica perioperatoria en la sobrevida de pacientes con PMP de alto grado de origen apendicular, tratados con CRS/HIPEC.

MATERIAL Y MÉTODO: De acuerdo con las guías PRISMA, se realizó una revisión sistemática de la literatura hasta diciembre de 2023. Se incluyeron estudios que compararan pacientes con PMP de alto grado de adenocarcinoma apendicular tratados con CRS/HIPEC con y sin el uso de quimioterapia sistémica (neoadyuvante, adyuvante o perioperatoria - neoadyuvante más adyuvante-). Se agruparon y compararon los resultados.

RESULTADO: Tras revisar 2152 publicaciones, se analizaron siete artículos que cumplieron con los criterios de inclusión. Todos los estudios fueron análisis retrospectivos. Los resultados mostraron una ventaja en la supervivencia global para los pacientes que no recibieron quimioterapia neoadyuvante, con un riesgo relativo (RR) a 3 años de 0.67 (IC 95%: 0.52–0.88; p=0.003) y un RR a 5 años de 0.74 (IC 95%: 0.57-0.96; p=0.025). No se observó un beneficio significativo en la supervivencia con la quimioterapia perioperatoria, con una tendencia a favorecer la omisión de la terapia sistémica. Las complicaciones quirúrgicas y los resultados operativos no mostraron diferencias significativas entre los grupos.

CONCLUSIÓN: Este estudio indica que la quimioterapia sistémica puede no impactar significativamente la sobrevida de pacientes con PMP de alto grado de origen apendicular sometidos a CRS/HIPEC. Sin embargo, se requieren estudios prospectivos con nomenclatura estandarizada para validar estos hallazgos.

31.-TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS INTESTINAL Y SUS RESULTADOS FUNCIONALES EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

Eduardo Larenas R. Christian König P-L, Gino Caselli M. José Manuel Vivanco A. Claudio Benavides Y. Carla Carvajal R. Raúl Riquelme M. Osvaldo Luengo V. Damaris Ramos R.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La endometriosis profunda es una patología frecuente que afecta principalmente a mujeres jóvenes, con repercusión en el ámbito laboral, funcional y reproductivo. El correcto estudio preoperatorio y el abordaje multidisciplinario de esta patología, permite un tratamiento eficaz, evitando múltiples intervenciones.

OBJETIVOS: Describir la experiencia de un equipo multidisciplinario para el tratamiento de la endometriosis profunda en un hospital público y los resultados quirúrgicos y funcionales de una serie de casos.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis de las pacientes sometidas a cirugía de endometriosis intestinal con participación del equipo multidisciplinario, operados entre agosto 2021 y abril 2024. Se analizaron los resultados quirúrgicos, complicaciones, correlación del estudio preoperatorio con la pieza histológica y resultados funcionales (Síndrome de resección anterior de recto, LARS)

RESULTADO: Un total de 21 pacientes operadas en conjunto (14 resecciones anterior de recto, 5 shaving y 2 resecciones discoides). Se realizó abordaje laparoscópico en todos los casos, dos de ellos convertidos a cirugía abierta (9,5%). El tiempo operatorio promedio fue de 220 minutos (100-365). No se registraron filtraciones anastomóticas con una tasa de complicaciones del 19%, siendo todas ellas en el grupo de resección anterior de recto (Clavien-Dindo II). La correlación entre los hallazgos intraoperatorios, histológicos e imágenes fue de un 90%. En cuanto a resultados funcionales, dos pacientes presentaron un LARS mayor.

CONCLUSIÓN: El manejo multidisciplinario permite el abordaje integral de pacientes portadoras de endometriosis intestinal, obteniendo una baja tasa de morbimortalidad y adecuados resultados funcionales.

VIDEO

8.- TRATAMIENTO DE FISTULAS PERIANALES COMPLEJAS MEDIANTE USO DE PLASMA RICO EN FIBRINA Y LEUCOCITOS. PRESENTACIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA

Francisco Baez R. Eduardo Larenas R. José Vivanco A. Gino Caselli M. Claudio Benavides Y. Christian König P-L. Carla Carvajal R.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente/ Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: El tratamiento de la fístula perianal compleja constituye un desafío para el cirujano, porque requiere entregar una elevada tasa de curación, preservando el máximo posible de esfínter. Es por ello que se han descrito múltiples técnicas y con resultado variable en las tasas de curación, que va del 30 al 75%.

OBJETIVOS: Describir la técnica quirúrgica utilizada para el tratamiento de fístula perianales complejas mediante el uso de plasma rico en fibrina y leucocitos.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de un paciente de 59 años, con diagnóstico de fístula perianal compleja. Al examen físico se evidencian dos orificios fistulosos en el cuadrante anterior derecho con un trayecto fibroso lineal hacia el ano. La resonancia magnética muestra una fístula de trayecto transesfinteriano con dos trayectos ubicados en el cuadrante anterior derecho. El procedimiento se realiza bajo anestesia espinal. En posición de litotomía se realiza la exploración anal y se procede con la canulación de ambos trayectos fistulosos. Luego se reseca el orificio fistuloso externo junto con el trayecto hasta alcanzar el esfínter anal externo. Posteriormente realizamos un curetaje del trayecto en su porción transesfinteriana y resección del orificio fistuloso interno. En el intertanto, se ha obtenido una muestra de sangre arterial mediante sistema Vacutainer y extraídos en 4 tubos de muestra sin aditivos. Los tubos son centrifugados durante 12 minutos a 2700 RPM en una centrífuga de la marca Scilogex, modelo DM0412 LCD. Finalizado este proceso, se obtiene el plasma rico en fibrina y leucocitos que se disponen en placa de prensado con una presión de ochenta gramos por cinco minutos (PRF KIT). Finalmente se aplica la lámina de PRF en el trayecto fistuloso tratado y se procede a su fijación en el orificio fistuloso interno, el cual se cierra con material de sutura (Poliglecaprone 25) El procedimiento finaliza con el afrontamiento de la porción extraesfinteriana del trayecto.

32.-RESECCIÓN ENDOSCÓPICA SUBMUCOSA DE LESIONES RECTALES: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA INICIAL

Felipe Silva P.1, Gonzalo Latorre S.2, Paola Hunfan3, Antonio Pausin4, Felipe Bellolio R.1 Andrés Donoso D.1

1. Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. Departamento de Gastroenterología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 4. Hospital Dr. Humberto Elorza Cortés de Illapel, Servicio de Salud Coquimbo.

INTRODUCCIÓN: Las resecciones endoscópicas se han convertido en una alternativa mínimamente invasiva para el tratamiento de lesiones rectales complejas. En este contexto, lograr márgenes laterales y profundos negativos permiten un tratamiento curativo para lesiones extensas. Sin embargo, la maestría de la técnica requiere entrenamiento, con su respectiva curva de aprendizaje.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir la experiencia inicial de resecciones endoscópicas submucosas (ESD) de lesiones epiteliales rectales.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional y descriptivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años de edad sometidos a ESD debido a la presencia de una lesión epitelial rectal en la Pontificia Universidad Católica de Chile entre 2015 y 2024. Se recopilaron variables demográficas, endoscópicas, protocolos de resección e histopatología. Se definió como resección en bloque la resección de la lesión en una sola pieza completa y recidiva como la recurrencia de tejido neoplásico en el lecho de resección en el control endoscópico a partir de los 3 meses.

RESULTADO: Se incluyeron 48 pacientes con una edad media de 64 años (SD $\pm 12,4$) y 58,3% (n=28) mujeres. El tamaño mediano de las lesiones fue 40 mm (IQR 30-70). Se logró una resección en bloque del 93,8% (n=45) de las lesiones, con criterios de resección curativa en el 85,4% (n=41) de los casos. En total, 3 de los 7 pacientes que no cumplieron resección curativa requirieron manejo quirúrgico con una resección anterior de recto. El 29,2% (n=14) de las lesiones correspondieron a adenocarcinomas (T1a = 8, T1b = 6), 43,8% (n=21) y 16,7% (n=8) a displasias de alto y bajo grado, respectivamente. Por último, 10,4% (n=5) de los casos correspondieron a lesiones benignas (pólipos inflamatorios o hiperplásicos). Las principales complicaciones asociadas fueron estenosis en el 10,4% (n=5), sangrado tardío 6,3% (n=3) y perforación 4,2% (n=1). Con una mediana de seguimiento de 30 meses (IQR 16-59) no se observó mortalidad perioperatoria ni muerte relacionada a cáncer colorrectal.

CONCLUSIÓN: La ESD es una técnica efectiva para el tratamiento de lesiones rectales complejas. Su implementación es factible en Chile.

VIDEO

9.-ESCISIÓN TOTAL DE MESORRECTO (TME) ROBÓTICA CON TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON DISPARO ÚNICO (TTSS) EN UN CÁNCER RECTAL T1 SM3 - VIDEO

Cristian Gallardo V., Alejandro Barrera E., Josefina Sepúlveda G., Felipe Illanes F., Gonzalo Contreras H., Macarena Fernández A., Carlos Melo L.

Hospital San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN: Uno de los principales riesgos de la cirugía colorrectal es la filtración de la anastomosis, que se vuelve más frecuente a medida que la anastomosis está más cerca del margen anal. Uno de los factores posiblemente asociados con el aumento del riesgo de filtración son los disparos múltiples de la grapadora, que generan líneas de grapas superpuestas y "orejas de perro," considerados puntos débiles de la anastomosis. Esto, combinado con el hecho de que la sección no se realiza bajo visión directa debido a la anatomía pélvica, ha llevado a la búsqueda de nuevos enfoques para la resección ultrabaja del recto. La técnica TTSS descrita por Spinelli et al. involucra una fase abdominal inicial, donde se moviliza todo el colon izquierdo, se dividen los vasos mesentéricos inferiores y se realiza la escisión total del mesorrecto. Luego, por vía perineal, se realiza una rectotomía de espesor total y se completa la movilización, permitiendo que la pieza completa sea extraída a través de la vía perineal. La sección del colon se realiza bajo visión directa con un solo disparo de la grapadora, eliminando los puntos débiles de la anastomosis, disminuyendo potencialmente las filtraciones anastomóticas y reduciendo el riesgo de compromiso del margen distal. Un estudio de cohorte prospectiva realizado por Spinelli et al. mostró que la técnica TTSS tuvo una tasa de filtración anastomótica más baja en comparación con la anastomosis doble grapada, así como una menor tasa de reintervención y menos complicaciones a los 90 días. Este video muestra un caso de TTSS asistido por robot. El enfoque robótico mitiga en gran medida los desafíos anatómicos de la pelvis, convirtiéndolo en un método ideal para las resecciones anteriores bajas.

OBJETIVOS: Mediante el presente video se busca destacar y ejemplificar una técnica novedosa de resección de recto, que ha demostrado beneficios en cuanto a mayor seguridad en la anastomosis, y proporciona mejores resultados oncológicos, asegurando un margen negativo y una disección por el plano correcto.

CONTENIDO DE VIDEO: Video que muestra un caso de TTSS asistido por robot. El video fue editado utilizando el programa "Adobe Premiere Rush". El audio relata el video y proporciona información adicional sobre la técnica y sus beneficios. Se obtuvo el consentimiento informado del paciente. Video original en 1080p Full HD (490 MB).

10.-ABORDAJE MIXTO (LAPAROSCOPICO/TRANSPERINEAL) PARA LA RESECCIÓN DE LEIOMIOMA DEL TABIQUE RECTOVAGINAL.

Eduardo Larenas Ricke², Carla Carvajal Rojas², José Vivanco Aguilar^{1,2}, Christian König Petit-Laurent^{1,2}, Claudio Benavides Yáñez^{1,2}, Gino Caselli Morgado^{1,2}, Raúl Riquelme Mendoza¹

1. Unidad de Coloproctología. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción, Chile, 2. Departamento de Cirugía Universidad de Concepción. Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN: Los leiomiomas de localización anorrectal son tumores infrecuentes originados a partir del músculo liso de la vagina, de la pared rectal y en menor porcentaje del plano muscular del tabique rectovaginal (TRV). El manejo primario de esta entidad es quirúrgico. Sólo pocos casos han sido reportados en la literatura.

OBJETIVOS: El objetivo de este video es presentar el abordaje mixto abdominal por abordaje laparoscópico y perineal para el manejo quirúrgico de un tumor del TRV.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de una paciente de 50 años. Estudio preoperatorio evidencia lesión en tabique rectovaginal con origen probable en EAE con compromiso del espacio interesfinteriano. Se decidió un abordaje mixto laparoscópico y perineal. Se expone la técnica quirúrgica utilizada, histología y resultados funcionales en su seguimiento. Durante el tiempo laparoscópico se disecciona el recto en su totalidad hasta identificar tumor de contornos bien delimitados no infiltrativo que parece depender del recto. Liberación de tumor en su aspecto craneal y lateral, iniciando así abordaje perineal por incisión perineal transversa, accediendo al espacio rectovaginal, liberando tumor de la pared posterior de la vagina. Evolución postoperatoria sin incidentes.

30.-ILEOTRANSVERSO ANASTOMOSIS MANUAL INTRACORPÓREA EN COLECTOMÍAS DERECHAS VIDEOLAPAROSCÓPICAS.

Christian König P., Carla Carvajal R., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Eduardo Larenas R., Misael Ocares U. , Gino Caselli M.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción/ Facultad de Medicina Universidad de concepción

INTRODUCCIÓN: La colectomía videolaparoscópica (VL) es el estándar para el tratamiento del cáncer de colon, la anastomosis puede realizarse de forma intracorpórea como extracorpórea. Hay evidencia que muestra superioridad considerando menor estadía hospitalaria, incisión más pequeña para extracción de pieza operatoria, menor infección del sitio operatorio, tasa de hernias menores e incluso menor filtración anastomótica cuando la anastomosis es confeccionada intracorpórea.

OBJETIVOS: Analizar la tasa de filtración y evolución postoperatoria en pacientes intervenidos con colectomía derecha videolaparoscópica y anastomosis manual intracorpórea por cáncer de colon derecho.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, pacientes de 18 a 85 años sometidos a colectomía derecha VL y anastomosis manual intracorpórea por cáncer de colon derecho entre mayo de 2019 y julio 2023. Se evaluó filtración de anastomosis, conversión a técnica abierta, tasa de reoperación, tiempo operatorio, morbilidad postoperatoria, tiempo de estadía hospitalaria, mortalidad temprana (7 días) y mortalidad tardía (30 días). Análisis estadístico: estadística descriptiva.

RESULTADO: De 24 pacientes, 14 fueron hombres, edad promedio 65,8 años (30-85). Tamaño tumoral promedio 5,82 cms (2-10). 79% de los pacientes presentaron comorbilidad, con índice de Charlson promedio de 3 (2-8). Tiempo promedio de la cirugía 187 minutos (130-270). Sin filtración, conversión ni mortalidad.

CONCLUSIÓN: La anastomosis manual intracorpórea en colectomías derechas es segura y reproducible manteniendo los beneficios de la técnica intracorpórea mecánica.

33.-ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL INSTRUMENTO STOMA QUALITY OF LIFE AL ESPAÑOL CHILENO.

Carla Carvajal R., José Vivanco A., Eduardo Iarens R., Gino Caselli M., Christian König P., Claudio Benavides Y., Pamela Bilbao O.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción/ Facultad de Medicina Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: Los pacientes sometidos a una ostomía como resultado de cirugía intestinal, experimentan importantes cambios en su calidad de vida, debido a factores físicos, emocionales y sociales. En este contexto, es crucial contar con instrumentos estandarizados y validados para evaluar calidad de vida en pacientes ostomizados.

OBJETIVOS: Desarrollar la traducción y adaptación transcultural del instrumento Stoma Quality of Life (Stoma QoL) al español que se habla en Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio metodológico de adaptación transcultural desarrollado en 5 etapas; traducción, síntesis, retrotraducción, prueba preliminar y entrega; cada una de estas etapas auditada por un comité de expertos que evaluó las distintas versiones del instrumento y generó consensos para cada ítem. El análisis estadístico de validez y concordancia de la encuesta incluyó el cálculo del índice Kappa de Fleiss, CVR y alfa de Cronbach.

RESULTADO: la traducción y retrotraducción del instrumento Stoma QoL siguió los pasos metodológicos para su adaptación transcultural. En la prueba piloto participaron treinta pacientes portadores de ostomías, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,85, Kappa de Fleiss de 0,79 y cvr entre 0,7 y 1; lo cual da cuenta de la validez y concordancia de la encuesta aplicada.

CONCLUSIÓN: Se obtuvo una versión traducida y adaptada al español que se habla en Chile del instrumento Stoma QoL, con alta concordancia y fiabilidad; lo cual permite su utilización, tanto en investigación como en la atención clínica de pacientes portadores de ostomía.

11.-LINFADENECTOMÍA LATERAL LAPAROSCÓPICA DERECHA EN CÁNCER DE RECTO MEDIO GUIADA POR VERDE DE INDOCIANINA.

Christian König P., Carla Carvajal R., Eduardo Larenas R., Gino Caselli M., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Raúl Riquelme M.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción/ Facultad de Medicina Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La recurrencia local es uno de los mayores problemas del cáncer de recto. Una vía para disminuir la frecuencia de este problema es agregar la linfadenectomía lateral (LL) a la TME. Mientras la TME es el estándar de tratamiento, la LL es aún tema de debate. Uno de los problemas que enfrenta, es su dificultad técnica que implica determinar los correctos planos quirúrgicos para preservación nerviosa y vascular, resecaando todo el tejido linfonodal del compartimiento iliaco interno y obturatriz. La utilización de verde de indocianina, puede ayudar a la localización del tejido linfonodal. A continuación presentamos un caso de linfadenectomía lateral derecha laparoscópica guiada por verde de indocianina.

OBJETIVOS: Exponer la técnica de linfadenectomía lateral laparoscópica en cáncer de recto extraperitoneal, guiado por verde de indocianina.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta paciente masculino, 78 años, portador de tumor de recto medio cT3bN1M0 con adenopatías sospechosas en compartimiento obturatriz e iliaco interno derechos, sometido a Terapia Neoadyuvante Total. Previo al inicio de la cirugía se realiza inyección submucosa de 1 mg de verde de indocianina a nivel del tumor, distribuido en los 4 cuadrantes bajo visión endoscópica. Una vez realizada la resección anterior de recto con técnica de TME estándar, se comienza la linfadenectomía lateral. El primer paso es la identificación del uréter derecho, el cual se deja referido con vessel loop. Se comienza la disección en dirección caudal, tomando como referencia el uréter, proyectándose hasta el fondo del compartimiento iliaco interno, hasta comunicar con el plano del TME. De esta forma generamos el segundo punto de referencia que es la pared medial de la LL (fascia vesicohipogástrica). Posteriormente se identifica la vena iliaca externa derecha, disecando hacia caudal con proyección posterior, identificando el musculo psoas y obturador derechos, conformando nuestro tercer punto de reparo, la pared lateral de la LL. Luego se continúa la disección siguiendo la vena iliaca externa hasta el límite con el compartimiento inguinal, ligando los vasos linfáticos a este nivel para prevenir la linforrea; conformándose así el cuarto punto de reparo de la LL (limite anterior) El quinto y último paso es la disección del tejido linfonodal en relación a la arteria iliaca interna y sus ramas, llegando hasta el piso del compartimiento iliaco interno y obturatriz hasta comunicarse con el plano del TME. Durante toda la disección se utilizó visión con verde de indocianina, identificando linfonodos en el compartimiento iliaco interno. * Se adjunta extracto del video*

12.-COMPARACIÓN DE ANASTOMOSIS ILEOTRANVERSA MECÁNICA Y MANUAL CON TÉCNICA LAPAROSCÓPICA Y ROBÓTICA.

Christian König P., Carla Carvajal R., Eduardo Larenas R., Misael Ocares U., José Vivanco A., Claudio Benavides Y., Gino Caselli M.

Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente de Concepción/ Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN: La colectomía videolaparoscópica (VL) es el estándar para el tratamiento del cáncer de colon; en ella, la anastomosis se puede realizar de forma intracorpórea así como extracorpórea. Hay evidencia que muestra superioridad de la anastomosis intracorpórea en cuanto a menor estadía hospitalaria, incisión más pequeña para extracción de pieza operatoria, menor infección del sitio operatorio, tasa de hernias menores e incluso menor filtración anastomótica. Esta última puede ser realizada mediante abordaje laparoscópico o a través de plataforma robótica, la cual otorgaría mayor facilidad técnica al operador.

OBJETIVOS: Exponer un video comparativo de anastomosis ileotransversa intracorpórea mecánica y manual, utilizando abordaje laparoscópico y robótico.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta en simultáneo la comparación en la confección de una anastomosis ileocólica con sutura mecánica de 60 mm, laterolaterales, anisoperistálticas, realizando posteriormente sutura de la enterotomía manual con Monocryl 3/0 continuo, utilizando ambos abordajes laparoscópico y robótico. En la segunda parte del video, se muestran dos anastomosis ileocólicas laterolaterales anisoperistálticas con técnica manual, una vez más realizadas por vía laparoscópica y robótica. * Se adjunta sólo un extracto del video original*

13.-DISECCIÓN GANGLIONAR DEL HILIO HEPÁTICO Y CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

Christophe Riquoir, Javier Vela, Felipe Silva, Juan Alvarado, Jorge Brañes, Jorge Martínez, María Elena Molina, José Tomás Larach.

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Para un cáncer de ovario avanzado que requiere cirugía citorrreductora (CCR), existe evidencia que sugiere que la resección de enfermedad ganglionar compleja como el hilio hepático, puede mejorar la supervivencia. Sin embargo, los ganglios ubicados en áreas anatómicas complejas como esta pueden limitar la indicación quirúrgica debido a dificultad técnica y potenciales complicaciones.

OBJETIVOS: Demostrar la factibilidad de realizar una disección del hilio hepático y CCR en un caso de cáncer de ovario avanzado y carcinomatosis peritoneal con el objetivo de lograr una resección CC0.

CONTENIDO DE VIDEO: Mujer de 63 años con cáncer de ovario avanzado y un índice de carcinomatosis peritoneal de 12 puntos, con compromiso hepático, vesical e intestinal. Los marcadores tumorales preoperatorios son: CA 125 184 U/mL, CEA 2.4 ng/mL y CA 19-9 negativo. Estudios endoscópicos alto y bajo fueron negativos para malignidad. Una biopsia por laparoscopia diagnóstica reveló un carcinoma seroso-papilar de alto grado. En comité oncológico se decidió cirugía citorrreductora, que incluyó una peritonectomía parietal completa, omentectomía, esplenectomía, gastrectomía en cuña, colectomía derecha e izquierda con resección anterior baja, salpingooforectomía bilateral con histerectomía total, resección de cúpula vesical y disección ganglionar del hilio hepático. En lo reconstructivo, una anastomosis ileocólica e ileostomía en asa. El tiempo operatorio fue 10 horas y el sangrado estimado 500 cc. Debido a un alza de enzimas hepáticas postoperatoria, se indicó una tomografía que mostró una trombosis de la arteria hepática izquierda con isquemia del lóbulo hepático izquierdo. Tras el fracaso del manejo conservador y progresión de la necrosis requirió una hepatectomía izquierda. Finalmente egresa recuperada a 29 días de la reoperación. La biopsia confirmó la histología previa, con compromiso ganglionar en 12 de 28 linfonodos pericólicos y en tres de tres para el hilio hepático. Recibió seis ciclos de quimioterapia basada en platino y diez meses después se cerró la ileostomía. El seguimiento no mostró evidencia de enfermedad a los 18 meses, con tomografía y marcadores tumorales normales. Este caso demuestra que la disección del hilio hepático en combinación con CCR es factible. Es un procedimiento complejo que requiere un enfoque multidisciplinario en el manejo oncológico y formación en cirugía citorrreductora. Aunque existen complicaciones severas, cuando existe experiencia técnica es seguro realizar esta disección con una morbilidad tolerable. Además, la presencia de cirujanos hepatobiliares en coordinación con el equipo de cirugía citorrreductora es extremadamente importante, mejorando la capacidad técnica del equipo para realizar la disección y manejar posibles complicaciones.

34.-SÍNDROME DE LYNCH: CARACTERIZACIÓN DE FAMILIAS DEL REGISTRO DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN.

Dr. Claudio Benavides Y1,2, Enf. Evelyn Rojas C1, Dr. Gino Caselli M1,2, Dr. Christian König P-L1,2, Dr. José Vivanco A1,2, Dr. Eduardo Larenas R2, Dra. Carla Carvajal R2

1. Hospital Clínico Regional de Concepción Dr. Guillermo Grant Benavente 2.
Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN: La predisposición al cáncer, en especial el colorrectal (CCR), en el Síndrome de Lynch (SL) aumenta hasta 20 veces, junto con la aparición de otras neoplasias extra colónicas. Este síndrome corresponde a la causa más frecuente de cáncer colorrectal hereditario. De herencia autosómica dominante y edad de presentación del CCR 20 años antes al de tipo esporádico.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir la frecuencia de variantes patogénicas, edad de presentación y tipo de neoplasias presentes en 28 familias con SL.

MATERIAL Y MÉTODO: Se analizó el registro de Cáncer hereditario de nuestro hospital (2015 – abril 2024) en búsqueda de familias con sospecha de SL.

RESULTADO: De 77 familias a las que se las examinó, 28 (38%) se encontraron variantes patogénicas o probablemente patogénicas. El 71% afectan al gen MLH1, 18% y 7% a los genes MSH2 y MSH6 respectivamente y un paciente en el gen EPCAM (4%); con predominio femenino en un 57%. Al aplicar el modelo de predicción de SL (PREMM5) a los casos índice, el 96% de ellos presentaba muy alto riesgo de mutaciones. De los casos índice al ingreso en el registro, 25(89%) presentaban un CCR, siendo las ubicaciones más frecuentes con 15 en colon derecho (53%), 4(14%) colon izquierdo, transversal en 2(7%). La edad al diagnóstico del primer cáncer es en promedio de 42±11,1 años. Ocho(29%) han presentado un 2° cáncer, 6 CCR, 1 cáncer de endometrio y 1 Sarcoma. Un paciente ha presentado un tercer CCR. De los casos índice, 12(43%) cumplen criterios diagnósticos de Bethesda, 11(39%) de Ámsterdam, 4(14%) por sospecha inmunohistoquímica y 1 por hallazgo en panel solicitado por cáncer de mama. Existían 638 familiares en riesgo, 131 han presentado cáncer, 51 corresponden a CCR y 87 extra colónicos. Se realizó estudio de agregación en 68 familiares encontrándose un 48% de portación. Han fallecido por cáncer 74 familiares y 2 casos índice.

CONCLUSIÓN: Los resultados presentados confirman la edad temprana de presentación, 20% de CCR metacrónicos, predominio de mutaciones en MLH1 y lateralidad derecha del CCR en el Síndrome de Lynch.

35.-CALIDAD DE LA PIEZA OPERATORIA EN COLECTOMÍAS DERECHAS POR LAPAROTOMÍA TRANSVERSA EN CÁNCER DE COLON.

Josefina Sepúlveda G., Cristián Gallardo V., Macarena Fernández A., Felipe Illanes F., Alejandro Barrera E., Carlos Melo L.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La laparotomía transversa (LT) es una alternativa para la cirugía electiva en el cáncer de colon derecho (CCD), por sus beneficios en la reducción del dolor postoperatorio y complicaciones pulmonares en comparación con la laparotomía media (LM). Sin embargo, la eventual limitación del campo operatorio podría afectar el tamaño de la pieza quirúrgica y por ende la cosecha ganglionar

OBJETIVOS: evaluar la calidad de la pieza operatoria obtenida mediante LT y compararla con la obtenida por LM y laparoscopia, además de comparar la morbimortalidad postoperatoria entre los tres abordajes.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con CCD operados de manera consecutiva entre 2006 y 2016. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años sometidos a cirugía resectiva con intención curativa por laparoscopia, LM y LT. Fueron excluidos los pacientes con cirugía por recidiva local. Se consideró adecuada una pieza operatoria con márgenes negativos y una cosecha ganglionar >12. Como indicador de calidad la proporción de pacientes con cosecha ganglionar adecuada debe ser >75%. Se evaluaron datos clínicos, perioperatorios y anatomopatológicos. Se determinó la morbimortalidad a 30 días según la clasificación Clavien-Dindo. El análisis estadístico analítico fue a través del programa R Studio considerando significativa una $p < 0.05$, se realizó estudio descriptivo expresando resultados en mediana, promedios, valores absolutos y porcentajes.

RESULTADO: fueron incluidos 167 pacientes, 58% eran mujeres, con una mediana 68.7 años de edad y la mayoría era ASA II. 75 fueron operados por laparoscopia, 63 por LM y 29 por LT. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos en todos los casos. El promedio de ganglios cosechados fue similar en los tres grupos (LM 19, LAP 18, LT 16). El porcentaje de piezas operatorias con cosecha ganglionar óptima fue adecuado en todos los grupos sin diferencias estadísticamente significativas (LM 86%, LAP 81%, LT 76%. $p=0,73$). La morbilidad fue mayor en LT (45%) debido a complicaciones médicas. La tasa de reoperaciones fue 10% en LT y LM y 5% en laparoscopia. Sólo hubo 1 caso de mortalidad en la serie de causa coronaria.

CONCLUSIÓN: Discusión: la LT demostró ser un abordaje oncológicamente seguro con una adecuada cosecha ganglionar en comparación con la LM y la laparoscopia en esta serie. No se evidenciaron los beneficios perioperatorios reportados en la literatura, posiblemente debido a los sesgos de un estudio retrospectivo con un número limitado de pacientes.

VIDEO

14.-HEMICOLECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA CON ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON Y ESPLENECTOMÍA EN-BLOC PARA UN CÁNCER DE COLON TRANSVERSO

Christophe Riquoir, Javier Vela, Juan Alvarado, Nicolás Besser, José Tomás Larach

Departamento de Cirugía Digestiva, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Las metástasis en los ganglios linfáticos del hilio esplénico son muy raras. Kim et al. reportaron una serie de 51 pacientes con cáncer de colon en el ángulo esplénico y esplenectomía, en la cual se identificaron dos casos de metástasis en el hilio esplénico. En este escenario, se requieren estrategias adaptadas para abordar la propagación del tumor y la afectación de las estructuras adyacentes. Hay algunos reportes de esplenectomía y colectomía, pero ninguno ha descrito una esplenectomía en bloque junto con una colectomía derecha extendida y escisión completa del mesocolon (CME). En los cánceres de colon transversos, la CME requiere la resección radical del tejido linfático que recubre los vasos mesentéricos superiores, incluyendo la resección del epiplón y de los ganglios linfáticos peripancreáticos.

OBJETIVOS: Demostrar la factibilidad de realizar una esplenectomía en bloque durante una hemicolectomía derecha extendida con CME en un cáncer de colon transversos con sospecha de metástasis en los ganglios linfáticos hiliares esplénicos.

CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra el caso de un hombre de 46 años diagnosticado con un cáncer obstructivo del colon transversos distal con sospecha de compromiso nodal en el hilio esplénico y en el territorio infrapancreático, a lo largo de la rama izquierda de la arteria cólica media. En este caso, se realizó una hemicolectomía derecha extendida laparoscópica con CME y esplenectomía en bloque. El curso postoperatorio no tuvo complicaciones. La histopatología reveló un adenocarcinoma poco diferenciado pT4aN1cMx. El bazo y sus ganglios linfáticos hiliares se reportaron libres de enfermedad. Aunque la disección en bloque es viable, todavía existen limitaciones significativas en las técnicas de imagen para diagnosticar metástasis en los ganglios linfáticos, lo que potencialmente limita los beneficios de este enfoque.

36.-SOBREVIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO Y RESPUESTA PATOLÓGICA COMPLETA TRAS NEOADYUVANCIA

Josefina Sepúlveda, Carlos Melo, Macarena Fernandez, Cristián Gallardo, Felipe Illanes, Alejandro Barrera

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: el tratamiento estándar del cáncer de recto medio e inferior localmente avanzado es la radioquimioterapia (RTQ) neoadyuvante seguido de cirugía radical. La ausencia de células neoplásicas viables en la pieza operatoria, definida como respuesta patológica completa (RPC), ocurre en el 12-27% de los casos y es considerada un factor pronóstico independiente de sobrevida en estos pacientes.

OBJETIVOS: Objetivo principal: reportar la sobrevida global (SVG) y sobrevida libre de enfermedad (SLE) en pacientes con cáncer de recto operados con RPC posterior a la RTQ. Objetivo secundario: comparar los resultados de sobrevida de los pacientes con RPC con los obtenidos en pacientes operados con tumor viable de nuestra serie histórica.

MATERIAL Y MÉTODO: estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyó de manera consecutiva a todos los pacientes con cáncer de recto medio e inferior tratados con RQT operados entre 2009 y 2020 con biopsia de la pieza operatoria pT0N0M0. Se excluyeron los pacientes con datos incompletos o ficha clínica no disponible. Se utilizó estadística analítica con curvas de sobrevida estimada con método de Kaplan – Meier a través del programa R Studio y también estudio descriptivo expresando resultados en mediana, valores absolutos y porcentajes.

RESULTADO: se operaron 604 pacientes por cáncer de recto entre el 2009 y 2020, de los cuales 227 recibieron neoadyuvancia y 20 pacientes (8.8%) tenían RPC. La edad promedio de este grupo fue 62 años, la mayoría eran mujeres (60%) y sin comorbilidades (50% ASA I). El 85% de los tumores era de recto medio y el 15% de recto inferior. En cuanto al tratamiento neoadyuvante, 14/20 pacientes (70%) fueron tratados con esquema largo y 6/20 (30%) recibieron esquema corto. La mediana de tiempo entre el término de la neoadyuvancia y la cirugía fue de 16.2 semanas (6.1 – 83.4). Durante 72 meses de seguimiento, 3/20 pacientes (15%) presentaron recidiva, todas a distancia (2 pulmonares y 1 hepática). La SVG a 10 años fue 83.6% (IC 95% 68-100) y la SLE a 3 años fue 77.9% (IC 95% 60.7-99.9), mejor que la reportada en pacientes operados en nuestro centro sin RPC (N=327), con un 63% de SVG y 58% de SLE a 5 años.

CONCLUSIÓN: la SVG y SLE en pacientes con cáncer de recto operados con RPC son favorables y mejores que los publicados con tumor viable en la pieza operatoria de nuestro centro asistencial, resultados semejantes a los descritos en la literatura.

VIDEO

15.-COLECTOMÍA DERECHA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA CON EXCISIÓN MESOCÓLICA COMPLETA Y GASTRECTOMÍA PARCIAL EN BLOQUE PARA CÁNCER DE COLON LOCALMENTE AVANZADO EN EL TERCIO MEDIO DEL COLON TRANSVERSO

Felipe Silva, Javier Vela, Christophe Riquoir, Francisca Palacios, Sergio Riveros, José Tomás Larach, Nicolás Besser

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

INTRODUCCIÓN: La incidencia de tumores cT4b en el cáncer de colon es aproximadamente del 5%. En este escenario, su resecabilidad depende de la factibilidad de lograr una resección multivisceral sin enfermedad residual. En este estadio tumoral, el abordaje laparoscópico ha demostrado ser seguro; sin embargo, la tasa de conversión puede alcanzar hasta el 71%, lo que enfatiza la necesidad de habilidades técnicas para lograr una cirugía exitosa. Estos procedimientos son aún más desafiantes cuando se planea una colectomía derecha extendida laparoscópica con resección completa del mesocolon (RCM) y resección en bloque de un órgano comprometido.

OBJETIVOS: El objetivo de este video es demostrar la factibilidad de realizar una colectomía derecha extendida laparoscópica con RCM y una gastrectomía parcial en bloque para un tumor de colon localmente avanzado en el tercio medio del colon transversal.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso de una paciente de 73 años que consulta inicialmente por dolor abdominal y pérdida de peso. Los estudios de imagen revelaron un tumor de 9 cm en el colon transversal medio, con compromiso de la pared gástrica posterior. La biopsia endoscópica fue compatible con adenocarcinoma. Se decidió realizar una colectomía derecha extendida laparoscópica con RCM y resección en bloque del segmento gástrico comprometido. Se inicia la disección con búsqueda y ligadura de vasos cólicos medios e ileocólicos. Posteriormente, se realiza resección omental y gástrica, accediendo a la transcavidad de los epiplones para liberar de adherencias gástricas al mesocolon y la pared gástrica posterior. El páncreas se libera sin incidentes. Se realiza una gastrectomía parcial en manga. Se completa una colectomía derecha extendida hacia proximal con confección de anastomosis ileocólica laterolateral mecánica y se extrae la pieza operatoria en bloque por minilaparotomía en línea media. No se dejaron drenajes. La paciente tuvo un postoperatorio sin incidentes, con alta hospitalaria al cuarto día postoperatorio. El análisis histopatológico reveló un adenocarcinoma bien diferenciado con invasión de la capa muscular propia del estómago, con márgenes y linfonodos negativos, clasificándose como T4bN0M0 correspondiente a etapa II.

37.-IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA COLORRECTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROTOCOLO ERAS®

Diego Marín G.¹, María Jesús Jugo D.¹, Valentina Castillo W.¹, Francisco López K.², Felipe Quezada D.², Alejandro Barrera E.², Claudio Wainstein G.², Josette Baudoin L.³, Valeska Vargas L.³

Clínica Universidad de Los Andes

INTRODUCCIÓN: La cirugía robótica ha surgido como una nueva estrategia en cirugía colorrectal, generando gran interés en la comunidad quirúrgica por sus beneficios en resultados funcionales y recuperación post operatoria. El programa ERAS® ha revolucionado la cirugía colorrectal generando aproximación multinivel para el cuidado del paciente, con un sistema de registro auditado y basado en la evidencia para mejorar la recuperación postoperatoria.

OBJETIVOS: describir las características y resultados quirúrgicos de la serie de pacientes sometidos a cirugía resectiva colorrectal por técnica robótica, bajo la implementación del programa ERAS® en Clínica Universidad de Los Andes, durante los años 2023-2024

MATERIAL Y MÉTODO: se extrajeron datos de los registros prospectivos de la base de datos del protocolo ERAS® de Clínica Universidad de Los Andes. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía resectiva primaria colorrectal por patologías malignas y benignas bajo técnica robótica entre los años 2023-2024. Se realizó un análisis descriptivo univariado de las variables estudiadas

RESULTADO: 53 pacientes sometidos a cirugías respectivas de colon y recto, con una edad promedio de 60 años. Un 54% corresponden a diagnósticos oncológicos, sometidos a colectomías de sigmoides (45%) y colon derecho (25%), seguidos por resecciones anteriores (19%). La media de estadía hospitalaria fue de 4 días, con una tasa de complicaciones de 29.2%, siendo la de mayor impacto el íleo postoperatorio (14.6%), con un 8.3% de complicaciones Clavien-Dindo ≥ III, 3 de los cuales fueron intervenidos (6.3% del total). Los tiempos promedios de trocar y docking fueron de 12 y 10 minutos respectivamente, sin variaciones desde el inicio del programa. El tiempo de consola varió de un promedio de 125 minutos a 98 minutos entre las primeras y últimas registradas. Para el grupo robótico, se logró un compliance de ERAS de 71.4% promedio desde su implementación

CONCLUSIÓN: el inicio de un programa de cirugía colorrectal bajo un protocolo ERAS® acreditado es una oportunidad para evaluar el cumplimiento de estándares de cuidado perioperatorio basados en evidencia, con un registro completo y auditado de antecedentes y resultados perioperatorios. Los datos obtenidos se asimilan a los reportados en la literatura en cuanto a outcomes post operatorios y curva de aprendizaje en tiempos quirúrgicos robóticos. El inicio de un programa robótico con aplicación de intervenciones basadas en evidencia y un registro confiable supone un desafío, siendo este un trabajo en desarrollo que permitirá evaluar su efecto en resultados quirúrgicos en un tiempo más

38.-VALOR PREDICTIVO DE LA PROTEÍNA C REACTIVA PARA DESCARTAR DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS EN CIRUGÍA COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA

Diego Gianetti, Alexis Delgado, Francisco Rivera, Fabio Paoletto, Fernando Saelzer, Emilio Decinti, Manuel Lizana

Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: La dehiscencia anastomótica, sigue siendo una de las complicaciones más temidas de la cirugía colorrectal. La medición de PCR parece ser un método rentable para guiar el seguimiento postoperatorio.

OBJETIVOS: Evaluar la eficacia de la proteína C reactiva (PCR) como predictor de dehiscencia de anastomosis (DA) en cirugía colorrectal (CCR) laparoscópica, medida en los días 2 y 4 postoperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 172 pacientes sometidos a CCR en el Hospital San Juan de Dios, durante el 2017 y el 2024. Se excluyeron los pacientes con resecciones multiviscerales, metastasectomías hepáticas y a los que se les realizó ileostomía de protección. Se consideraron para el cálculo final 140 pacientes. Se evaluaron los niveles de PCR (mg/L) en los días 2 y 4 postoperatorios. Los datos de los pacientes fueron obtenidos de la ficha clínica electrónica "San Juan Digital" y el análisis estadístico fue realizado mediante el programa STATA.

RESULTADO: Se analizaron tres tipos de anastomosis: ileocolónicas (51,43%), colorrectales (46,43%) e ileorrectales (2,14%). La tasa de dehiscencia que requirió reintervención fue de 6,43% en el periodo estudiado. El diagnóstico de DA se realizó en un 88,23% de los casos mediante tomografía computarizada contrastada de abdomen y pelvis. Los niveles de PCR en el día 2 presentaron una AUC de 0,84 y se determinó un punto de corte óptimo de 139,2 mg/L. La detección de dehiscencia anastomótica (DA) con la PCR en el segundo día mostró una especificidad del 87,0% (IC 95%: 79,7% - 92,4%) y un valor predictivo negativo (VPN) del 94,7% (IC 95%: 88,8% - 98,0%). Para los niveles de PCR en el día 4, la AUC fue de 0,97 y se determinó un punto de corte óptimo de 136,2 mg/L. La PCR en el día 4 mostró una sensibilidad del 94,1% (IC 95%: 71,3% - 99,9%) y una especificidad del 87,8% (IC 95%: y un VPN del 99,1% (IC 95%: 95,0% - 100%). El LR- de la PCR medida en el cuarto día fue de 0,07 (IC 95%: 0,01 - 0,45).

CONCLUSIÓN: La alta sensibilidad y VPN, asociados al bajo LR-, especialmente un valor menor a 136,2 mg/L en el cuarto día postoperatorio, serían lo suficientemente confiables como para descartar la presencia de DA. Los resultados sugieren que la PCR es una herramienta excelente, no invasiva y rentable, para el seguimiento postoperatorio y la exclusión de dehiscencia anastomótica en este grupo de pacientes.

39.-EXPERIENCIA DE USO DE ENDOPROTESIS COLONICA COMO PUENTE A CIRUGIA ELECTIVA EN LA REGIÓN DE LOS RÍOS

Dr Rodolfo Avendaño H, Dr Leonardo Carcamo G., Dr Alejandro Murua A, , Dr Andres Vera S. Dr Tomas Gutierrez, Julian Briones C., Josefina Avendaño W.

Instituto de cirugía Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorectal (CCR) ha incrementado significativamente en la región de Los Ríos, Chile, con una incidencia de 31 por 100,000 habitantes. Aproximadamente el 30% de los casos de CCR se presentan con obstrucción intestinal baja, requiriendo intervenciones urgentes. El uso de endoprótesis colónica como puente a la cirugía permite estabilizar a los pacientes, realizar estudios preoperatorios completos, optar por cirugías laparoscópicas oncológicas y reducir la necesidad de ostomías.

OBJETIVOS: Evaluar la experiencia en la Región de Los Ríos en el uso de endoprótesis colónica para obstrucción intestinal baja como puente hacia la cirugía electiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo. Muestreo total de pacientes enrolados en una base de datos prospectiva entre el 1 de enero de 2014 y el 31 de mayo de 2024. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 15 años con obstrucción colónica confirmada por TAC, entre el colon transversal distal y la unión rectosigmoidea. Criterios de exclusión: Endoprótesis colocadas con fines paliativos. La variable principal fue el éxito en la instalación de la endoprótesis, variables secundarias incluyeron características demográficas, complicaciones asociadas, tipo de abordaje quirúrgico posterior, necesidad de ostomías y filtración anastomótica. Estadística analítica realizada mediante Python 3.10.

RESULTADO: Se incluyeron 37 pacientes, 22 (59.45%) mujeres, con una edad promedio de 66 (RIQ 17) años. La instalación de la endoprótesis fue exitosa en el 94.59% de los casos. Hubo una tasa de perforación del 8.1%, todas tratadas con operación de Hartmann de emergencia. La mediana de edad de los pacientes perforados fue de 73 vs 67 años, p 0.78. Del total, 36 (97.2%) tenía CCR y 1 (2.7%) por enfermedad diverticular. De los 34 pacientes que fueron operados de manera electiva, el 22 (64.7%) se realizó por vía laparoscópica. 29 (85.3%) pacientes no requirieron de ostomía postoperatoria. La tasa de filtración anastomótica fue del 5.8% y no se registró mortalidad relacionada con la endoprótesis o la cirugía.

CONCLUSIÓN: El uso de endoprótesis colónica como puente a cirugía electiva es una alternativa segura para manejar la obstrucción intestinal baja, permitiendo cirugías programadas, por vía mínimamente invasiva y con baja incidencia de ostomías y filtraciones anastomóticas. Este estudio representa la mayor serie reportada en Chile sobre el uso de endoprótesis colónica como puente para la cirugía electiva.

40.-CÁNCER COLORRECTAL EN LA XIV REGIÓN: UN ANÁLISIS ACTUALIZADO DE SU INCIDENCIA

Dr Leonardo Carcamo G., Dr Rodolfo Avendaño H, Dr Alejandro Murua A, Dr Andrés Vera S.,
Ronaldo Villablanca V.

Instituto de cirugía Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) representa una carga significativa en la salud global. La incidencia de esta neoplasia muestra variaciones geográficas importantes, lo que subraya la necesidad de estudios epidemiológicos regionales detallados.

OBJETIVOS: Este estudio se centra en la XIV Región de Chile, analizando la incidencia del CCR con el objetivo de identificar patrones específicos, tendencias temporales y caracterizar a dichos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de incidencia poblacional basado en base de datos prospectiva del registro del cáncer del Hospital Base Valdivia, abarcando los años 2011-2023 y datos poblacionales del censo 2017. • Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico confirmado de cáncer colorrectal, usuarios de FONASA. • Criterios de exclusión: Historial previo de CCR o procedencia fuera de XIV región. • Tamaño de la muestra: Se incluyeron 1280 casos mediante un muestreo total. • Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del CCR, variables secundarias incluyen edad, sexo, urbano/rural, comuna de origen, ubicación y estadio tumoral. • Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica para caracterizar la población e identificar tendencias en el tiempo, utilizando Python 3.10.

RESULTADO: La incidencia cruda por cada 100,000 habitantes aumentó de 14.3 en 2011 a 30.7 en 2023, alcanzando máximo en 2022 con 37.2. La incidencia estandarizada por edad mostró un incremento de 12 en 2011 a 22.28 en 2023, con un pico en 2022 de 26.2. La mediana de edad fue de 68 años (RIQ 57-76), sin diferencias significativas en el tiempo. La incidencia en menores de 55 años aumentó en 0.9 casos/año, $p < 0.05$. No se observaron diferencias por sexo. La mayoría de los casos provinieron de la comuna de Valdivia (51.4%). El 79.06% de los casos fueron urbanos. El 61.6% de los casos fueron de ubicación colónica, predominando colon izquierdo. La incidencia del cáncer de recto aumentó significativamente en 1.51 casos/año. El 70.3% de los diagnósticos se realizaron en estadios avanzados (III y IV).

CONCLUSIÓN: La incidencia de CCR en la XIV Región de Chile ha experimentado un aumento alarmante, duplicándose entre 2011 y 2023. La concentración de casos en zonas urbanas y el aumento en pacientes de menor edad observado, plantean interrogantes sobre factores ambientales y de estilo de vida. La alta tasa de diagnósticos en estadios avanzados subraya la importancia de intensificar los esfuerzos en prevención y detección temprana.

41.-ASOCIACIÓN ENTRE COLECISTECTOMÍA Y CÁNCER COLORRECTAL: UN LLAMADO A LA CAUTELA

Dr Leonardo Carcamo G., Dr Rodolfo Avendaño H, Dr Alejandro Murua A, Dr Andres Vera

Instituto de cirugía Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) ha duplicado su incidencia en la XIV región en la última década, reflejando la interacción de múltiples factores de riesgo. Entre estos, la colecistectomía ha sido planteada como un posible contribuyente debido a su efecto en el metabolismo de los ácidos biliares. La extirpación de la vesícula biliar altera el equilibrio de estos ácidos, aumentando los niveles de ácido desoxicólico (DCA), un conocido factor carcinogénico.

OBJETIVOS: Este estudio busca determinar la incidencia del CCR en pacientes colecistectomizados, comparándola con la incidencia regional general.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de incidencia poblacional basado en base de datos prospectiva del registro del cáncer del Hospital Base Valdivia, años 2011-2023, listado de pacientes colecistectomizados entre 2008-2023 y datos poblacionales del censo 2017. • Criterios de inclusión: Pacientes colecistectomizados por coleditiasis y diagnóstico de CCR, usuarios de FONASA. • Criterios de exclusión: Historia previo de CCR, cáncer al momento de colecistectomía, procedencia fuera de XIV región. • Tamaño de la muestra: Muestreo total, 12498 pacientes colecistectomizados y 1280 con CCR. • Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del CCR, variables secundarias incluyen tiempo entre colecistectomía y cáncer, edad y sexo. • Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica utilizando Python 3.10.

RESULTADO: Se identificaron 58 pacientes que cumplieron criterios. 34 (58.6%) fueron mujeres. La mediana de edad al diagnóstico de CCR fue de 57 (RIQ 51-71) años, menor en mujeres que hombres (p 0.017). La mediana entre cirugía y CCR fue de 6 (RIQ 4-9) años. La incidencia cruda del CCR por cada 100.000 habitantes/año en pacientes colecistectomizados fluctúa entre 22.8 y 89.1, con promedio de 45.85, obteniendo una IRR de 1.81 (1.58-2.07) al compararlo con la incidencia del CCR global en ese mismo período. LA IRR es significativamente al largo de todos los años de estudio. 25 pacientes fueron operados en edad GES de colecistectomía, lo que sugiere una incidencia mayor de 53.09 (RIQ 34.9-72.89), p 0.45.

CONCLUSIÓN: Este estudio revela una asociación intrigante entre la colecistectomía y un aumento en la incidencia de CCR en la XIV región. Con una tasa de incidencia relativa de 1.81, los pacientes colecistectomizados presentan un riesgo significativamente mayor, posiblemente debido a alteraciones en el metabolismo de los ácidos biliares. Estos resultados subrayan la necesidad de indicar correctamente la colecistectomía y optimizar el tamizaje para CCR en este subgrupo de pacientes.

42.-INCIDENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TUMOR NEUROENDOCRINO EN LA XIV REGIÓN

Gabriel Kunstmann C.; Leonardo Carcamo G., Rodolfo Avendaño H.; Alejandro Murúa A.; Andrés Vera S.; Daniela Leporati J.

Instituto de cirugía Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN: Los tumores neuroendocrinos (TNE) tienen su origen en el sistema neuroendocrino difuso, por lo que pueden presentarse en la mayoría de los órganos epiteliales. En literatura internacional encontramos una incidencia que ha aumentado progresivamente, desde 1.09 casos por hasta 6.98 casos por 100.000 habitantes. Predominan en sexo femenino y la mediana de edad de presentación es de 64 años. Las principales ubicaciones son el tracto gastrointestinal (70%) y árbol broncopulmonar (25%). Dentro del tracto intestinal se presentan mayormente en intestino delgado. Se reporta entre 12-22% de enfermedad metastásica al momento del diagnóstico. La sobrevida a 5 años es cercana al 67%.

OBJETIVOS: Conocer la incidencia y las características de los pacientes con diagnóstico de TNE en la XIV región.

MATERIAL Y MÉTODO: Datos extraídos a partir de registro prospectivo del cáncer del Hospital Base Valdivia 2011-2023. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico confirmado de TNE, usuarios de FONASA. Criterios de exclusión: Procedencia fuera de XIV región. Tamaño de la muestra: Se incluyeron 90 casos mediante un muestreo total. Variables del estudio: Variable principal es año de incidencia del TNE, variables secundarias incluyen edad, sexo, urbano/rural, comuna de origen, ubicación, tipo histológico y estadio tumoral. Análisis estadístico: Estadística descriptiva y analítica utilizando Python 3.10.

RESULTADO: Mediana de edad fue de 49,9 años (9-85 años). El 54% corresponde a sexo femenino. La incidencia anual cruda aumentó desde 1.29 en 2011 hasta 2.03 en 2023 por cada 100.000 habitantes. La localización tumoral fue 38% apéndice cecal (68% tercio distal), 28% estómago (56% cuerpo), 22% intestino delgado (35% íleon, 25% multifocales, 25% duodeno y 15% yeyuno), 7% en recto, 2% esófago, 2% colon y 1% primario de origen desconocido. 23,3% fueron carcinoma neuroendocrino. Al momento del diagnóstico, el 36% presentaba etapa 1, 22% etapa 2, 16% etapa 3 y 26% etapa 4. El 13% de los pacientes presentaba enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, siendo intestino delgado y estómago el 50% la localización del primario. El 62% de la serie fue a manejo quirúrgico. La sobrevida a 5 años fue del 79%.

CONCLUSIÓN: La incidencia de los TNE ha aumentado significativamente en los últimos 10 años. A diferencia de publicaciones internacionales, en nuestra serie la edad de presentación fue menor, la localización más frecuente fue el apéndice cecal y la sobrevida a 5 años fue mayor. El porcentaje de enfermedad metastásica al momento del diagnóstico fue concordante con los datos reportados.

43.-COLONOSCOPIA CON PROPOFOL: ¿ES POSIBLE SIN ANESTESIÓLOGO?

René Cárdenas, María Ignacia León, Roberto Díaz, Sergio Latrach

Clínica Lircay, Clínica del Maule, Hospital de San Javier, Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN: Introducción: La colonoscopia es un procedimiento de creciente demanda en Chile, requiere de sedación y el esquema más utilizado en la combinación de midazolam y fentanilo. El Propofol es un agente anestésico de rápida acción y corta recuperación que comenzó a usarse como una alternativa eficaz y segura. En 2016 presentamos nuestra primera experiencia en el Congreso de Cirugía y ahora reportamos los resultados en un período de 8 años.

OBJETIVOS: Objetivo: determinar la seguridad del uso del Propofol en colonoscopia, sin la asistencia de médico anestesiólogo.

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: estudio prospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a colonoscopia con Propofol desde el 2 de mayo del 2016 al 30 de junio del 2024. Se utilizó el método TCI (Target Controlled Infusion) para la administración del propofol; la indicación y manejo estuvo a cargo del médico endoscopista y fue aprobado por el jefe de la unidad de anestesia. Se confeccionó una ficha para cada paciente en que se consignaron datos personales, peso, talla, comorbilidades, se detallan hechos relevantes durante el procedimiento: saturación menor a 90 %, P.A. sistólica menor a 90 mm Hg., bradicardia menor a 60 latidos por minuto y otros según ocurrencia. Se registra además la duración del examen, el tiempo de alcanzar el ciego, porcentaje de detección de pólipos, dosis de medicamentos utilizadas, tiempo de recuperación y alta.

RESULTADO: RESULTADOS: se realizaron 6.225 colonoscopias, 38% hombres y 62% mujeres, 56 años promedio de edad. 44% ASA I y 56% ASA II. El promedio de tiempo en la realización de la colonoscopia fue de 19,8 minutos. La dosis promedio de Propofol fue de 330 mg. Presentaron hipotensión el 34%, bradicardia el 5,3% y saturación de menos de 90% el 2,8%. 8 pacientes presentaron espasmo laríngeo que se manejaron con ventilación asistida con ambú y son los casos que fueron apoyados por médico anestesiólogo, sin problemas. El 88,4 se recuperó antes de los 10 minutos. Se alcanzó el ciego en el 96,5%, en el 38,2% se detectaron pólipos. El endoscopista calificó como buena la tolerancia en el 99,2% y la satisfacción del paciente fue de 99,9%. Los pacientes fueron dados de alta en promedio a los 38 minutos después de finalizado el examen, con el 93% antes de 60 minutos. No hubo complicaciones graves atribuibles al uso de Propofol.

CONCLUSIÓN: CONCLUSIONES: el uso de Propofol en colonoscopias, sin anestesiólogo, es un método seguro, eficaz, los efectos colaterales son de baja ocurrencia, leves y manejados sin dificultad con medidas habituales. La tolerancia y satisfacción son cercanos al 100% y puede ser una alternativa a los esquema habituales de sedación. Dado que se trata de un anestésico, debe utilizarse con todas las medidas de seguridad y los protocolos que rigen para estos procedimientos y con el apoyo de las unidades de anestesia.

44.-RESECCIÓN TOTAL DEL MESORRECTO UTILIZANDO LA TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS DE GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CÁNCER DE RECTO: RESULTADOS PRECOCES DE UNA SERIE DE 21 CASOS.

Cristián Gallardo, Cristóbal Suazo, Alejandro Barrera, Felipe Illanes, Roberto Salas, Gonzalo Contreras, Josefina Sepúlveda, Fernando Saelzer, Macarena Fernández, Carlos Melo

Clínica Redsalud

INTRODUCCIÓN: La técnica estándar de doble grapado (DS) utilizada para la anastomosis colorrectal en cirugía de cáncer de recto se asocia a una alta incidencia de filtración anastomótica (FA). La transección transanal y anastomosis con grapado único (TTSS) ha emergido como una alternativa prometedora, aunque la evidencia sobre su eficacia y seguridad es aún limitada.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir los resultados precoces de una serie de pacientes con CR operados con la técnica TTSS.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional longitudinal de 21 pacientes con cáncer de recto medio e inferior sometidos a una resección anterior baja utilizando la técnica TTSS entre octubre de 2020 y junio de 2024. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de adenocarcinoma de recto medio o inferior operados con intención curativa. Se excluyeron cirugías paliativas. Tamaño muestral calculado para una incidencia esperada de FA del 5% (vs. 15% histórico para DS), confianza 95%, poder 80%. Se utilizó estadística descriptiva. Variable principal: Morbilidad postoperatoria (tasa de FA y complicaciones). Variables secundarias: estadía hospitalaria, reingresos, resultados oncológicos.

RESULTADO: Se operaron 21 pacientes (13 hombres, 8 mujeres; edad media 55.7 ± 10.7 años), el 85.7% se operó por vía laparoscópica, 9.5% robótica y 4.8% abierta. El tiempo operatorio medio fue 261.4 ± 39.7 minutos. La mediana de estadía hospitalaria fue 4 días (rango 3-30). La tasa de complicaciones fue 28.6%, incluyendo una FA (4.8%) manejada con drenaje percutáneo. Las complicaciones según Clavien-Dindo fueron: 4.8% grado I, 14.3% grado II, 4.8% grado IIIa y 4.8% grado IIIb. Un paciente (4.8%) requirió reintervención por obstrucción intestinal. No hubo mortalidad en la serie. Se logró una resección R0 en todos los casos con un recuento ganglionar medio de 17.1 ± 8.3 . Entre los pacientes con seguimiento superior a 3 meses post-cirugía primaria, se logró el cierre de ileostomía en el 94% de los casos.

CONCLUSIÓN: Esta experiencia inicial demuestra que la técnica TTSS es segura y eficaz, con una baja tasa de FA (4.8%) comparada con las tasas históricas de técnicas convencionales y; con complicaciones de bajo grado en su mayoría. Esto sugiere que la TTSS podría ofrecer ventajas significativas en el manejo quirúrgico del CR.

45.-RESULTADOS A 30 DÍAS EN PACIENTES OPERADOS POR ADENOCARCINOMA COLORRECTAL POR VÍA ROBÓTICA.

Drs Gonzalo Contreras H, Victor Marshall D, Cristián Gallardo V, Macarena Fernández A, Felipe Illanes F, Carlos Melo L, Alejandro Barrera E

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La cirugía asistida por robot es una alternativa en la cirugía del cáncer colorrectal, brindando algunas ventajas con respecto a la laparoscopia. Sin embargo, existen limitaciones relacionadas con los costos que dificultan su implementación.

OBJETIVOS: Presentar los resultados precoces y la morbilidad a 30 días en pacientes operados por vía robótica.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie consecutiva de pacientes operados en forma electiva entre noviembre de 2022 y abril de 2024. Se incluyen todos los pacientes sometidos a cirugía por patología maligna por vía robótica en nuestro centro. Se excluyen los pacientes cuya biopsia definitiva demuestra una patología distinta del adenocarcinoma y los pacientes sometidos a cirugía no resectiva. Se consideraron tres grupos de cirugía: colectomía derecha, colectomía izquierda y resección de recto bajo la reflexión peritoneal con o sin anastomosis.

RESULTADO: Se incluyen 38 pacientes, 19 de cada género, promedio de edad 61.5 años, el 80% con alguna comorbilidad. El IMC mostró sobrepeso u obesidad en el 63,2% de la serie. La serie consta de 8 colectomías derechas, 15 colectomías izquierdas y 15 resecciones de recto. Destaca un tiempo de consola promedio de 3 horas y 3 minutos, con un tiempo notoriamente mayor para las resecciones rectales. El sangrado intraoperatorio promedio estimado fue de 185 cc, con extremos de 10 y 500 cc. La tasa de conversión fue de 5.2% que corresponde a dos pacientes operados por un tumor de colon izquierdo sobre el promontorio, con dificultad para reconocer las estructuras del retroperitoneo. La evaluación del dolor postoperatorio según la escala de EVA fue de 1 a las 12 hrs, 1 a las 24 hrs y 0 al alta. La morbilidad global fue de 26,3%, 3 pacientes (7,8%) fueron reintervenidos. La mediana de estadía hospitalaria fue de 3,5 días.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados se comparan con lo reportado en la literatura. Esta es una serie inicial, que representa la curva de aprendizaje de un equipo quirúrgico.

46.-ANASTOMOSIS ILEOCÓLICA CON STAPLER 100 MM. ¿TIENE VENTAJAS?

Ernesto Melkonian T. 1,2, Eduardo Mordojovich Z. 2, Aldo Cuneo Z. 1, Christian Jensen B. 1, Matías Salazar P. 3

1. Servicio de Cirugía, Equipo Coloproctología, Clínica Alemana de Santiago - Universidad del Desarrollo 2. Servicio de Cirugía, Equipo de Coloproctología, Hospital Salvador – Departamento Cirugía Oriente Universidad de Chile 3. Residente Cirugía General Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: La dehiscencia anastomótica es la complicación más temida de la cirugía colorrectal. A pesar de los avances, aún no está resuelto que anastomosis ileocólica es mejor. Un estudio observacional de la Sociedad Europea de Coloproctología el 2015 muestra una tasa de dehiscencia en anastomosis ileocólica mecánica de 8,5 % y de 7,4 % en la manual, cuestionando incluso la técnica mecánica. La técnica mecánica más utilizada es la laterolateral utilizando stapler lineal 75 que muchas veces requiere agregar una nueva carga para el cierre del fondo. El grupo de Wexner et al. en un reciente estudio retrospectivo demuestra por primera vez que el tamaño del stapler es un factor independiente de menor complicación anastomótica. En nuestro grupo hemos ocupado stapler lineal de 100 mm en todas las anastomosis ileocólicas laterolaterales desde el 2014. No hay series que describan el uso exclusivo de este tipo de stapler para la anastomosis ileocólica.

OBJETIVOS: Presentar los resultados de las anastomosis mecánicas ileocólicas laterolaterales anisoperistálticas usando stapler lineal de 100 mm en pacientes consecutivos.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisa en forma retrospectiva un registro de anastomosis ileocólicas electivas en que se realizó anastomosis laterolateral con stapler de 100 mm. en forma consecutiva desde enero 2014 a abril de 2024 en Clínica Alemana de Santiago. Se analizan datos demográficos, complicaciones de la anastomosis y número de cargas de stapler utilizadas.

RESULTADO: Se reclutaron 65 pacientes. La mediana de edad fue de 66 años (21-93), 51% fueron hombres y 49% mujeres. El 95% de los pacientes fueron operados por cáncer. Todos presentaban albuminemia sobre 3,0 g/dl. Todas las cirugías fueron laparoscópicas y las anastomosis fueron extracorpóreas. Hubo 1 dehiscencia anastomótica (1,54%) en una paciente con baja de peso importante y un caso de hernia interna, ambas manejadas quirúrgicamente. En ningún paciente se necesitó más de 1 carga para el cierre del fondo. No hubo sangrado postoperatorio que requiriera alguna intervención. No hubo mortalidad en la serie.

CONCLUSIÓN: El uso de stapler lineal 100 para confeccionar las anastomosis mecánicas ileocólicas laterolaterales presentó una baja tasa de dehiscencia en nuestra serie. El ocupar solo 1 carga para el cierre del fondo podría influir en este resultado, ofreciendo además una ventaja económica al no requerir una nueva carga.

47.-RENDIMIENTO DEL TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES EN EL PERÍODO 2019-2023 EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ

NATALIA SOTO V, GONZALO INOSTROZA L, FELIPE ALCALDE G, EDUARDO GARCIA M, CARLOS BELLO A, BYRON SAN MARTÍN G, MARCELO ESPINOZA P, VIRGINIA PULGAR C.

COMPLEJO ASISTENCIAL DR. VÍCTOR RÍOS RUIZ

INTRODUCCIÓN: El cáncer colorrectal (CCR) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial y una de las principales causas de morbilidad y mortalidad relacionadas con el cáncer. A pesar de los avances en la detección y tratamiento, la carga global del CCR sigue siendo significativa. La detección precoz es fundamental para mejorar los resultados clínicos y reducir la carga de esta enfermedad. Los tests de sangre oculta en deposiciones (TSOD) han demostrado ser una herramienta valiosa en la detección temprana del CCR y lesiones precancerosas. En el presente estudio, se analizaron los resultados de los tests de sangre oculta en deposiciones evaluando su correlación con los hallazgos obtenidos mediante colonoscopia.

OBJETIVOS: Describir los resultados del test de sangre oculta en deposiciones y su correlación con los hallazgos en colonoscopías realizadas entre 2019 y 2023 en CAVRR.

MATERIAL Y MÉTODO: Se llevó a cabo un estudio descriptivo que incluyó a pacientes que se sometieron a tests de sangre oculta en deposiciones por inmunocromatografía y colonoscopias en el período comprendido entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Los datos fueron recolectados retrospectivamente de los registros médicos electrónicos de los pacientes seleccionados. Se seleccionaron pacientes adultos que se habían sometido tanto a TSOD como a colonoscopias durante el período de estudio. Se recopilaron los resultados de los TSOD, indicando si fueron positivos o negativos para la presencia de sangre oculta en deposiciones, así como los hallazgos detallados de las colonoscopias, que incluyeron la presencia de pólipos, tumores malignos y otras anomalías. Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando el software Microsoft Excel.

RESULTADO: En el período mencionado se procesaron 17,231 TSOD, resultando positivos un total de 3,164 (18.36%). De este total, se realizaron colonoscopias a un total de 1,250 (39.5%) pacientes. Los hallazgos encontrados en dicho examen fueron los siguientes: tumores malignos en 77 pacientes (6.16%), pólipos en 315 pacientes (25.2%), de los cuales 11 pacientes presentaban focos de adenocarcinoma (0.88%), displasia de alto grado en 54 pacientes (4.32%), enfermedad inflamatoria intestinal en 21 pacientes (1.68%), rectitis en 14 pacientes (1.12%), enfermedad diverticular en 169 pacientes (13.52%), hemorroides en 414 pacientes (33.12%), sin hallazgos patológicos en 167 pacientes (13.36%), otros hallazgos benignos en 47 pacientes (3.76%), y sin registro de resultados en 76 pacientes (6.08%).

CONCLUSIÓN: El presente estudio proporciona información crucial sobre la utilidad de los TSOD como herramienta inicial para la detección de CCR y lesiones precancerosas. Con una tasa de positividad del 18.36% en los TSOD realizados entre 2019 y 2023, la correlación de los resultados de TSOD con los hallazgos de colonoscopías reveló una significativa prevalencia de pólipos (25.2%) y tumores malignos (6.16%) entre los pacientes evaluados. Específicamente, se detectaron 11 casos de adenocarcinoma dentro de los pólipos identificados, destacando la importancia de los TSOD en la detección precoz de lesiones potencialmente malignas. Es preocupante observar que un porcentaje considerable de pacientes con TSOD positivos (60.5%) no recibieron seguimiento con colonoscopia, a pesar de las directrices recomendadas para la evaluación completa de resultados positivos en TSOD. Esta falta de seguimiento clínico podría resultar en la subdetección de patologías colorrectales. En conclusión, este estudio refuerza la necesidad de implementar y cumplir estrictamente con protocolos de seguimiento clínico que incluyan colonoscopia para todos los pacientes con resultados positivos en TSOD. Mejorar la adherencia a estas prácticas podría facilitar una detección temprana y un manejo efectivo de condiciones potencialmente graves, reduciendo así la morbilidad y mortalidad asociadas al cáncer colorrectal y otras patologías.

48.-ESTRATEGIA DE PRIORIZACIÓN DE COLONOSCOPIÁS MEDIANTE TEST DE SANGRE OCULTA EN DEPOSICIONES (TSOD) : RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA ESTRATEGIA DE GESTIÓN DE INTERCONSULTAS

Emiliana Vizcaya, Cristián Jarry, Ximena Riesco, Sonia Maturana, Eugenio Grasset

Hospital Santiago Oriente

INTRODUCCIÓN: La colonoscopia es eficaz en el tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer colorrectal(CCR). Actualmente existe una alta demanda por colonoscopías en atención primaria (APS), pero una limitada disponibilidad. El Test de Sangre Oculta en Deposiciones(TSOD) representa una estrategia complementaria y validada en el tamizaje de CCR.

OBJETIVOS: Presentar resultados preliminares de la aplicación del TSOD para priorizar colonoscopías como estrategia de gestión de lista de espera.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico. Cada solicitud de colonoscopia recibió un puntaje de priorización basado en factores de riesgo para CCR. Si el puntaje era inferior a 7, se indicó TSOD; si este era positivo (mayor a 50ng/ml) o el puntaje igual o superior a 7, se solicitó colonoscopia. Se analizaron pacientes con resultados disponibles. Se describen factores de riesgo y resultados de exámenes. Se utilizó estadística descriptiva y analítica no paramétrica; Wilcoxon para determinar diferencias entre las medianas de factores de riesgo para CCR entre pacientes con TSOD positivo y negativo.

RESULTADO: De 771 pacientes con indicación de TSOD, a la fecha se han analizado 145 con resultados disponibles. 123 (84%) tenían más de 50 años. El 52% presentaba cambio de hábito intestinal, 28% baja de peso, 25% hemorragia digestiva, 18% antecedentes familiares de CCR, 6.8% anemia, 3.4% antecedentes de PAF y 12% pólipo previo. Veintidós pacientes tenían un examen perianal descrito, todos negativos para lesiones tumorales. 33(22%) presentaron un TSOD positivo. La mediana de factores de riesgo fue de 2[2-3], sin diferencias entre pacientes con TSOD positivo o negativo. A 32 de estos se les realizó una colonoscopia; en 21 de estas se realizaron biopsias, sin encontrar lesiones malignas.

CONCLUSIÓN: Se presenta el análisis preliminar de un grupo de pacientes sin alta prioridad para colonoscopia quienes presentando una mediana de 2 factores de riesgo para CCR, presentaron un 22% de positividad en los TSOD. Al 97% de aquellos con test positivo, se les realizó una colonoscopia y en ninguno se evidenció una lesión maligna. Resulta fundamental el análisis del resto de la muestra, incluyendo aquellos con alta prioridad y quienes no han tenido resultado del TSOD, para validar el puntaje de corte utilizado y estandarizar la solicitud de colonoscopia. Sin embargo, estos resultados apoyan el uso del TSOD complementario a la historia clínica como elementos de priorización. La validación de esta estrategia con datos locales permitirá optimizar el recurso endoscópico y proporcionar confianza a profesionales y pacientes.

16.-HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA ASISTIDA POR CIRUGÍA MAGNÉTICA: PRUEBA DE CONCEPTO

Eugenio Grasset, Cristián Jarry, Claudio Muñoz, Sebastián Olivares, Christophe Riquioir

Hospital Santiago Oriente

INTRODUCCIÓN: El recurso humano quirúrgico es una limitante en el desarrollo de cirugía oncológica en algunos sistemas de salud. La implementación de nuevas tecnologías como el robot o la cirugía magnética podrían resultar útil para aumentar la cirugía oncológica de calidad con técnica mínimamente invasiva en entornos con recursos humanos limitados. Se presenta como prueba de concepto el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en cirugía oncológica colorrectal.

OBJETIVOS: El objetivo es exponer a modo de prueba de concepto, el uso del sistema MARS de Levita Magnetics en cirugía oncológica colorrectal.

CONTENIDO DE VIDEO: Se realizaron tres hemicolectomías derechas laparoscópicas asistidas por el sistema MARS de Levita Magnetics. En el video se presenta el sistema utilizado, dos propuestas para la configuración del sistema en pabellón y los pasos de la cirugía asistidos por la pinza magnética y la cámara robotizada. La fase resectiva de las tres cirugías pudo realizarse de manera efectiva por un solo cirujano. La fase reconstructiva requirió un segundo cirujano para la anastomosis extracorpórea, pero pudo realizarse de manera autónoma por un solo cirujano en su modalidad intracorpórea. Se presentan los tiempos operatorios y los resultados quirúrgicos y oncológicos.

49.-LINFONODOS PÉLVICOS LATERALES Y NEOADYUVANCIA EN CÁNCER DE RECTO. RESULTADOS EN EL HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Augusto Barrera Z, Dominique Krauss S, José Gellona V, José Zúñiga A, Karen Schonffeldt G, Joaquín Irrarázaval E, Luis Andrade M, Giancarlo Schiapacasse F, Catalina Estay F, Leonardo Espindola S.

Hospital Militar de Santiago, Clínica Alemana de Santiago

INTRODUCCIÓN: La terapia neoadyuvante (nCRT) y la excisión total de mesorrecto (TME) son los pilares del tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado (LARC) para reducir la recurrencia local y mejorar la supervivencia. El compromiso de linfonodos pélvicos laterales (LPL) tiene aún un comportamiento incierto con estas terapias. Algunos estudios han mostrado mejores resultados con la disección linfonodal pélvica lateral (LPLD) mientras que otros muestran resultados similares solo utilizando el tratamiento estándar.

OBJETIVOS: Mostrar los resultados oncológicos de nuestro centro en pacientes tratados por LARC, con y sin sospecha de compromiso de LPL, que no recibieron disección pélvica lateral.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional analítico retrospectivo. Se analizaron todos los pacientes diagnosticados con cáncer de recto medio e inferior que fueron sometidos a neoadyuvancia entre los años 2010 y 2020, y luego TME sin disección pélvica lateral (LPLD) o seguidos según protocolo de Watch and Wait. Las resonancias magnéticas fueron analizadas por radiólogos expertos, clasificándose en satisfactorias y no satisfactorias. Se dividió a los pacientes en dos grupos, según si tenían o no linfonodos pélvicos laterales sospechosos (LPL+ y LPL-). Se clasificaron según número, tamaño y características.

RESULTADO: 51 pacientes fueron tratados en dicho período, 34 hombres y 17 mujeres. Se dividieron según estadio en Etapa I (n=5), Etapa II (n=11) y Etapa III (n=35). 39 pacientes tenían linfonodos mesorrectales sospechosos en la estadificación inicial, de ellos, 11 tenían LPL+. Los esquemas de neoadyuvancia utilizados fueron: esquema corto (n=4), largo clásico (n=34) y TNT (n=13). El 94% (n=48) de los pacientes completaron la neoadyuvancia. 41 pacientes recibieron TME (RAB, RAUB y RAP), 2 resección local y 8 tuvieron RCC e ingresaron a protocolo de W&W. La recidiva local fue de un 15.6% (n=8), de ellos, 6 con LPL- y 2 con LPL+. La recidiva sistémica fue de un 19.6% (n=10), 8 con LPL- y 2 con LPL+ (mismos pacientes). Del total de pacientes con LPL-, tuvieron recidiva local o a distancia un 27.4% (n=11). Del total de pacientes con LPL+ tuvieron recidiva local o a distancia un 18.1% (n=2)

CONCLUSIÓN: El manejo de los LPL sospechosos es aún incierto. En esta muestra los resultados no fueron estadísticamente diferentes entre aquellos con y sin LPL sospechosos sometidos a terapia estándar, habiendo una tendencia a mejores resultados en el primer grupo. Existen factores confundentes y la muestra es pequeña. Se debe estandarizar el tratamiento neoadyuvante y quirúrgico para obtener resultados más precisos

EXENTERACIÓN ANTERIOR PÉLVICA POR ADENOCARCINOMA APENDICULAR, CON INFILTRACIÓN VESICAL Y UTERINA EN PACIENTE JOVEN EMBARAZADA.

Gustavo Montesinos A., Jorge Escarate L., Christopher Hantsch R., Jorge Bermeo P., Ángela González Y.

Hospital Dr. Franco Ravera Zunino, Rancagua.

INTRODUCCIÓN: Los tumores apendiculares representan un grupo infrecuente de neoplasias del tracto digestivo. Su incidencia aproximada es de 1 caso cada 100.000 habitantes. La presentación puede variar desde un hallazgo incidental, posterior resolución quirúrgica en urgencias hasta grandes masas pélvicas. El manejo varía desde la realización de una apendicectomía hasta intervenciones complejas. Su pronóstico depende de la histología, tamaño tumoral, afectación peritoneal y compromiso a órganos distantes.

OBJETIVOS: Reportar caso de un adenocarcinoma apendicular, en paciente joven embarazada, con compromiso uterino, vesical, ureteral y su manejo quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de historial clínico.

RESULTADO: Paciente femenina de 28 años cursando embarazo, dentro de controles prenatales ecográficos, se constata masa abdominal pericólica derecha. Comienzo de estudio con resonancia magnética de abdomen y pelvis que describe masa en fosa iliaca derecha y supravesical de 10x8x14 cm, neoplasia de origen mucinoso, con compromiso de ciego, colon ascendente y cúpula vesical. Se decide biopsia por equipo de radiología intervencional, reportando adenocarcinoma de probable origen digestivo. Estudio de laboratorios destaca CEA 14.9, AFP, Ca 125, Ca19-9 normales. En coordinación con equipo de obstetricia, se decide interrupción de embarazo a las 34 semanas, el cual transcurre sin incidentes y se programa para cirugía por equipo de coloproctología. Ingresa paciente a pabellón, se observa masa pélvica pétreo que compromete vejiga, útero y anexos. Acceso a espacio de retzius, compromiso cúpula vesical y pared anterior de útero. Rectosigmoides no comprometido. Se realiza histerectomía. Junto a Urología; se define cistectomía radical. Se diseña conducto ileal con 20 cm de íleon terminal, formación tipo Bricker. Confección ileotransverso anastomosis latero-lateral manual isoperistáltica. Biopsia post quirúrgica informa adenocarcinoma aserrado con componente mucinoso grado uno, 10x 7x7 cm, con invasión de vejiga y útero. Score de brote tumoral alto. Márgenes negativos, 0/23 linfonodos, sin metástasis. Se decide posterior control multidisciplinario y quimioterapia adyuvante

CONCLUSIÓN: Casos como el expuesto, son infrecuentemente descritos en la literatura actual. Requieren manejo multidisciplinario. En lesiones que reporten adenocarcinoma, el manejo corresponde a hemicolectomía derecha oncológica; no obstante, en este caso, por los hallazgos intraoperatorios y el resultado de biopsia, el manejo quirúrgico conjunto con la quimioterapia son los pilares de tratamiento

50.-USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA PLATAFORMA EDUCATIVA COLOPROCTOLOGICA PARA PACIENTES

Brandon Valencia-Coronel, Julian Peña Herrera, Carlos Morales, Jose Escobar, Adriana Silva, Cristobal Flores, Felipe Quezada-Diaz, Erik Manriquez

Pontificia Universidad Católica De Chile, Hospital Dr. Sotero del Rio

INTRODUCCIÓN: La educación del paciente es fundamental para lograr resultados óptimos. Sin embargo, la creación de recursos educativos efectivos y accesibles puede ser costosa y compleja. Este estudio evalúa la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo utilizando inteligencia artificial (IA) para pacientes con patologías coloproctológicas

OBJETIVOS: El objetivo se centra en evaluar la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo utilizando inteligencia artificial (IA) para pacientes con patologías coloproctológicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Se utilizó una plataforma web llamada Framer, una herramienta gratuita de diseño web potenciada con IA. El contenido se generó mediante la técnica de zero-shot prompting con modelos de lenguaje de gran tamaño (LLMs) como ChatGPT-4 y ClaudeAI, estructurado en siete componentes: Objetivo principal, Contexto, Persona, Ejemplo, Formato, Razonamiento y Tono. Se utilizaron buscadores potenciados por IA para obtener información basada en evidencia. El material textual se complementó con videos explicativos grabados por un coloproctólogo experto y contenido audiovisual generado por IA mediante la plataforma Gen 3 alpha.

RESULTADO: Se creó una plataforma web funcional que proporciona información detallada y accesible sobre patologías coloproctológicas comunes enfocada para personal no médico. La plataforma integró con éxito contenido generado por IA con la experiencia clínica de especialistas, ofreciendo recursos educativos multimedia. El costo mensual se limitó a las suscripciones de ChatGPT y Gen 3 Alpha, totalizando aproximadamente 110 USD, durante la fase de desarrollo e implementación. Adicionalmente, se invirtieron recursos humanos no cuantificados directamente, consistentes en aproximadamente dos horas-persona semanales para la creación y organización del contenido en el sitio web. Este enfoque representa una reducción significativa de costos en comparación con los métodos tradicionales de desarrollo web, que pueden alcanzar entre 500 y 2000 USD mensuales, incluyendo gastos de dominio, administración y marketing.

CONCLUSIÓN: Este estudio demuestra la factibilidad de desarrollar una plataforma educativa de bajo costo para pacientes coloproctológicos utilizando herramientas de IA gratuitas y de pago. Evidenciando un costo menor significativo en comparación con métodos tradicionales. El costo pudiera disminuir cada vez que se complete un ciclo de generación de contenido, suspendiendo la suscripción a las plataformas de pago. El costo de mantención, impacto y aceptación de esta plataforma será evaluado en la siguiente etapa de este proyecto.

51.-TÉCNICA DE TRANSECCIÓN TRANSANAL Y ANASTOMOSIS CON GRAPADO ÚNICO (TTSS) EN CIRUGÍA DE RESERVORIO ILEAL. RESULTADOS A CORTO Y MEDIANO PLAZO DE UNA EXPERIENCIA INICIAL.

Cristóbal Suazo, Cristián Gallardo, Roberto Salas, Fernando Saelzer, Gonzalo Rebolledo, Natalia Farías, Gonzalo Contreras, Josefina Sepúlveda, Augusto Barrera

Clínicas Redsalud de Santiago

INTRODUCCIÓN: La cirugía de reservorio ileal con anastomosis ileoanal (RIA) tradicionalmente se ha realizado mediante la técnica de doble grapado, criticada por producir muñones rectales más largos asociados con cuffitis y potenciales puntos débiles que aumentarían el riesgo de filtración anastomótica. La técnica TTSS se propone como alternativa para superar estas limitaciones.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados a corto y mediano plazo (función intestinal) de la técnica TTSS en cirugía de RIA en una serie de 5 pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de una serie de pacientes sometidos a cirugía de RIA utilizando la técnica TTSS entre agosto de 2020 y agosto de 2023 en Clínicas Redsalud de Santiago. Se utilizó estadística descriptiva para analizar datos demográficos y resultados postoperatorios y; la evaluación funcional según la escala de Öresland. Variables principales: morbilidad postoperatoria y resultados funcionales.

RESULTADO: Se incluyeron 5 pacientes (2 mujeres, 3 hombres), edad promedio 35 años (rango 22-52), IMC promedio 25,6 kg/m² (rango 21-29), todos ASA II. Tres pacientes tenían antecedentes de una colectomía total previa. Las indicaciones quirúrgicas fueron: colitis ulcerosa refractaria (n=3) y poliposis adenomatosa familiar (n=2). Las cirugías se realizaron en 2 (2 casos) ó 3 (3 casos) tiempos. Los procedimientos realizados fueron una proctectomía con reservorio ileal (n=3) y una colectomía total laparoscópica con reservorio ileal (n=2). Todos con reservorio en J. El abordaje fue abierto (n=2) y laparoscópico (n=3). El tiempo operatorio promedio fue de 339 minutos (rango 250-420). La mediana de estadía hospitalaria: 5 días (rango 4-12). No se observaron filtraciones anastomóticas ni reintervenciones. Sin mortalidad. Se registró una complicación postoperatoria (ileostomía de alto débito, clasificada Clavien-Dindo I) manejada con loperamida. La tasa de reingreso fue de 20% (1/5). Una paciente con PAF presentó un pólipo complejo del colon sigmoidees (pTis N0 M0). Se realizó cierre de ileostomía en todos los pacientes sin complicaciones. De 4 pacientes con seguimiento >24 meses post-cierre de ileostomía, 3 presentaron una función satisfactoria según escala de Öresland.

CONCLUSIÓN: La técnica TTSS en cirugía de RIA parece ser segura y factible en esta experiencia inicial, con resultados a corto plazo favorables. No se observaron filtraciones anastomóticas y la tasa de complicaciones fue baja. La función intestinal mostró resultados satisfactorios a mediano plazo.

52.-ESCISIÓN COMPLETA DEL MESOCOLON POR LAPAROSCOPIA. RESULTADOS COMPARATIVOS CON EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO TRADICIONAL.

Paulina Pérez V., Felipe Barnet S., Sofia Lopez I., Tomás Contreras R., Felipe Imigo G.

Hospital Puerto Montt Dr. Eduardo Schütz Schroeder

INTRODUCCIÓN: La escisión completa del mesocolon (ECM) para el cáncer de colon derecho consiste en la disección del envoltorio mesocolónico asociado a una ligadura vascular central y disección ganglionar completa D3. Esta técnica ha demostrado menor tasa de recidiva local asociado a una mejor sobrevida libre de enfermedad en estudios retrospectivos, lo que ha gatillado que múltiples grupos quirúrgicos inicien la fase de implementación.

OBJETIVOS: Comparar los resultados perioperatorios de la fase de implementación de la ECM versus la Hemicolectomía derecha tradicional (HDT) por vía laparoscópica en pacientes con cáncer de colon.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte prospectivo. Se incluyeron pacientes con cáncer de colon derecho y transversal proximal/medio intervenidos mediante hemicolectomía derecha laparoscópica electiva entre abril de 2021 y junio de 2024 en el Hospital de Puerto Montt. Se consignaron variables demográficas y perioperatorias. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29.

RESULTADO: Se realizaron 44 HCD (27 HDT y 17 ECM). La mediana de edad fue de 67 (48-92) y 63 (33-78) años respectivamente. La mayoría (52,27%) fueron categorizados ASA III. La mediana de IMC para ambos grupos fue de 26,41. El 77,7% del grupo HDT presentó cirugías abdominales previas versus el 64,7% para ECM. El CEA, tamaño tumoral y la ubicación tumoral fueron similares. La mediana de tiempo operatorio para HDT fue de 185 minutos (105-310) y 205 (150-293) en ECM ($p=0,96$). La anastomosis fue intracorporea en 18 pacientes (9 para cada grupo). No hubo lesiones vasculares intraoperatorias. Existieron 2 conversiones, ambas para HDT. Se registraron 6 (13,6%) complicaciones para HDT y 4 (9,1%) para ECM. Se registró 1 complicación Clavien Dindo III (Filtración anastomosis) en el grupo HDT la que determinó reintervención quirúrgica y reconfección de anastomosis. La mediana de ganglios resecaos fue de 30 (rango 10-62) en la HDT y 39 (rango 15-74) para la ECM ($p=0,135$). La estadía postoperatoria fue de 5 (3-18) días para la HDT y 4 (3-15) para el ECM ($p=0,246$). No se registraron rehospitalizaciones ni mortalidad a 30 días.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie inicial se evidencia que la ECM por vía laparoscópica es una técnica quirúrgica segura y factible al compararla con la HDT laparoscópica. El tiempo quirúrgico es menor en HDT y el número de ganglios resecaos es mayor para ECM sin embargo estas diferencias no son significativas. Se requiere seguimiento a mediano y largo plazo para evaluar los beneficios oncológicos.

17.-CIRUGÍA DE ENDOMETRIOSIS PROFUNDA UTILIZANDO VERDE DE INDICIANINA

Felipe Celedón, Carlos Ibañez, Sebastián Uribe Valenzuela, Gina Squella, Sebastián Uribe Araya

Hospital de la Fuerza Aérea de Chile

INTRODUCCIÓN: La endometriosis profunda con compromiso rectal es una afección severa donde el tejido endometrial se infiltra profundamente en la pared rectal, causando dolor intenso, disfunción intestinal y complicaciones reproductivas. Requiere diagnóstico y tratamiento especializado para mejorar la calidad de vida de las pacientes afectadas.

OBJETIVOS: Presentar una técnica quirúrgica mínimamente invasiva utilizando verde de indocianina

CONTENIDO DE VIDEO: Instalación de catéteres ureterales, intrucción de verde de indocianina y camleo. Resección anterior de recto e histerectomía totalmente laparoscópica, con extracción de especímenes por vía vaginal. Ulteriormente se realizó salpingectomía bilateral, anastomosis rectal con stapler circular reforzando sus extremos, y cierre de la vagina. Instalación de drenaje pélvico.

VIDEO

18.-RESECCIÓN DE EXTENSIÓN LATERAL EN EL RECTO MEDIO-INFERIOR. SUPERANDO OBSTÁCULOS CON ALTERNATIVAS INNOVADORAS

Nairo Javier Senejoa Nuñez, Sergio Camilo Ayala Perez

Hospital Militar Central, Bogota, Colombia

INTRODUCCIÓN: La disección endoscópica de la submucosa, la resección endoscópica de la mucosa y la cirugía transanal mínimamente invasiva (TAMIS) son técnicas modernas que desempeñan un papel crucial en el tratamiento de las lesiones colorrectales. La detección y el tratamiento temprano de lesiones premalignas reduce morbilidad asociada con el cáncer colorrectal. Los procedimientos menos invasivos han demostrado eficacia. Sin embargo, es necesaria una consideración cuidadosa de las características de la lesión y del paciente para determinar el abordaje más apropiado.

OBJETIVOS: Mostrar las aplicaciones y evidencia actual sobre diferentes técnicas y plataformas disponibles, en busca del tratamiento más adecuado para la eliminación de lesiones en el recto y la unión anorrectal, ya que estas localizaciones poseen características distintas que exigen un abordaje más específico o híbrido.

CONTENIDO DE VIDEO: Presentamos el video quirúrgico de un paciente de 60 años con una lesión de extensión lateral en recto a los 7cm de borde anal de 3 años de evolución y discrepancia en su resecabilidad. En la colonoscopia realizada por cirujano colorrectal, se considera no existe infiltración más allá de la submucosa para lo cual se plantea resección quirúrgica transanal por TAMIS con ESD previo. Mediante este abordaje híbrido se logra la resección completa de la lesión, con reporte histopatológico de un adenoma tubulovelloso gigante con focos de displasia de alto y bajo grado, así como márgenes de resección negativos; obteniendo un resultado exitoso y un postoperatorio de evolución rápida y favorable, librándose de lo que pudo ser una resección ultrabaja de recto. Al individualizar el tratamiento de las lesiones del recto y de la unión anorrectal, se pueden mejorar los resultados, reduciendo la morbilidad. Con el manejo híbrido de estas lesiones, es posible realizar resecciones difíciles y antes no imaginadas. Se deben evaluar cuidadosamente factores como la ubicación anatómica, el tamaño, la morfología, el patrón glandular y vascular, ya que se relacionan con la profundidad y extensión de la invasión y la probabilidad de malignidad.

53.-QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA Y CITORREDUCCIÓN COMO TRATAMIENTO PARA LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Valentina Durán E., Carlos Morales M., Sergio Arroyo Z, Nicolás López, Kaorys Barros, Erik Manríquez A, Richard Castillo, Rodrigo Kusanovich, Felipe Quezada D.

Servicio de Coloproctología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

INTRODUCCIÓN: La carcinomatosis peritoneal constituye un factor pronóstico negativo en la enfermedad metastásica de origen colorrectal. En las últimas décadas, la cirugía de citorreducción se ha mostrado como una opción terapéutica factible. En nuestro país existen escasas experiencias publicadas con seguimiento de resultados de esta técnica, principalmente asociadas a centros privados de salud.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es reportar los resultados de una cohorte con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal que fueron tratados con quimioterapia sistémica y citorreducción en un hospital público de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo que incluyó a pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río tratados con quimioterapia sistémica óptima seguida de citorreducción entre noviembre-2016 y febrero-2024. Se excluyeron los pacientes con etiologías distintas. Se registraron variables demográficas y peri operatorias, incluyendo el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI, por sus siglas en inglés). Los datos fueron recopilados directamente de la ficha clínica electrónica.

RESULTADO: Se registraron 13 pacientes, con una mediana de 64 (50-70) años. El 61.5% (n=8) de los tumores se ubicó en el sigmoidees, el 30.8% (n=4) en la unión rectosigmoidea y 7.7% (n=1) en colon ascendente. La mediana de PCI fue 12.5 (5.75-14.25). El 100% de los pacientes tuvo una citorreducción completa (CCR 0-1). La mediana de estadía hospitalaria fue de 7 (6-18) días. A 30 días, el 30.8% (n=4) de los pacientes tuvo una complicación mayor y un 15.4% (n=2) requirió una reintervención quirúrgica. Sólo un paciente falleció dentro de los 90 días del procedimiento. Con una mediana de 17.4 meses de seguimiento, el 77% de los pacientes se encontraban vivos.

CONCLUSIÓN: La quimioterapia óptima con citorreducción es una alternativa válida para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. Más estudios son necesarios para establecer conclusiones definitivas, junto a definir el rol de la quimioterapia hipertérmica peritoneal en este grupo de pacientes.

VIDEO

19.-LÍNFADENECTOMÍA PÉLVICA LATERAL EN CÁNCER DE RECTO, PRIMERA EXPERIENCIA.

Mauricio Zambra R, Eustaquio Peña A.

Hospital San Pablo de Coquimbo.

INTRODUCCIÓN: El compromiso metastásico de los ganglios linfáticos pélvicos laterales (LPLN) ocurre en 10% -25% de los casos de cáncer de recto. La escisión total del mesorrecto (TME) con disección LPLN de rutina (LPLND) se aplica predominantemente en Japón, mientras que en Occidente se utiliza la TME con tratamiento neoadyuvante. LPLND es un procedimiento mórbido y las técnicas mínimamente invasivas pueden ayudar a reducir su morbilidad. La elección del paciente es fundamental, por lo cual la disección selectiva de los ganglios pélvicos laterales con TME después del tratamiento neoadyuvante logra una supervivencia general y libre de enfermedad aceptable.

OBJETIVOS: Mostrar nuestra primera experiencia en linfadenectomía pélvica lateral laparoscópica en Cáncer de Recto.

CONTENIDO DE VIDEO: El video contiene el caso clínico y los pasos que para nosotros fueron los más importantes al momento de realizar nuestra primera disección pélvica lateral laparoscópica, finalizando con un resultado en la biopsia no esperado.

54.-EXENTERACIÓN PÉLVICA CON Y SIN RESECCIÓN ÓSEA EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO O RECURRENTE

Carlos Morales M., Valentina Durán E., Erik Manríquez A., José Escobar R., Hernán Zúñiga G., Rodrigo Kusanovich B., Felipe Quezada-Díaz.

Hospital Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN: El tratamiento del cáncer de recto localmente avanzado y recurrente ha evolucionado con el pasar de los años. A pesar de la existencia de nuevas estrategias de tratamiento menos invasivas, entre 6 y 10% de los pacientes seguirán requiriendo una exenteración pélvica, de las cuales existen escasos reportes nacionales.

OBJETIVOS: Mostrar la experiencia de exenteraciones pélvicas por cáncer de recto con y sin resección de hueso en un hospital público.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo. Se incluyó a todos los pacientes operados de exenteración pélvica por cáncer de recto localmente avanzado o recurrente durante un período de 8 años, en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, entre enero-2016 y diciembre-2023. Se registraron los datos demográficos y características postoperatorias. Los datos fueron recopilados de la ficha clínica electrónica. Se excluyeron los pacientes operados de exenteración pélvica por alguna etiología distinta. Se realizó estadística analítica para comparar grupos con y sin resección ósea.

RESULTADO: Se incluyeron 14 pacientes en total. Siete pacientes (50%) recibieron neoadyuvancia; Seis de los 7 pacientes que no recibieron neoadyuvancia, correspondieron a recurrencias previamente tratadas. Se realizó una resección ósea en el 50% de los casos (n = 7). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con y sin resección ósea en cuanto a la indicación quirúrgica (cáncer primario o recurrente), presencia de ganglios positivos, márgenes quirúrgicos, tasas de reingreso a 90 días (28,6% vs. 42,9%), necesidad de reintervención (42,9% vs. 28,6%), mortalidad a 90 días (0% en ambos grupos) y estadía hospitalaria. Los tipos de resección ósea realizados fueron resección de coxis en el 21% (n = 3), sacrectomía baja en el 21% (n = 3) y sacrectomía alta en el 7,1% (n = 1). No se encontraron diferencias significativas entre los tipos de resección ósea en cuanto a las complicaciones mayores, que ocurrieron en el 42,9% (n = 6) de los casos en igual proporción, ni en la necesidad de reintervención, que se presentó en el 35,7% (n = 5) de los casos. En el 71% de los pacientes con resección ósea se realizó una EPT, mientras que todos los pacientes sin resección ósea recibieron una EPT. En cuanto a los márgenes quirúrgicos en pacientes con y sin resección ósea fueron similares, con un 71,4% de márgenes R0 y un 28,6% de márgenes R1 en ambos grupos sin encontrar diferencias significativas (p = 1,0). No hubo pacientes con márgenes R2 en ninguno de los grupos.

CONCLUSIÓN: En pacientes con indicación de exenteración pélvica por cáncer colorrectal, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con y sin resección ósea en términos de estudio anatomopatológico diferido, márgenes oncológicos ni complicaciones post operatorias. La resección de segmentos óseos es una estrategia importante en el tratamiento de pacientes con cáncer de recto, primario o recurrente, para lograr mejores márgenes quirúrgicos.

55.-RESULTADOS DE UN PROTOCOLO ESTANDARIZADO DE WATCH AND WAIT EN PACIENTES CON CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO.

Carlos Morales M., Valentina Durán E., Erik Manríquez A., Brandon Valencia-Coronel, Rodrigo Kusanovich B., Felipe Quezada-Díaz.

Complejo Asistencial “ Dr. Sótero del Río”

INTRODUCCIÓN: En pacientes altamente seleccionados, la estrategia de “Watch and Wait” ha surgido como una posibilidad terapéutica viable en el cáncer de recto localmente avanzado. Pese a estar incluida en las recomendaciones de guías internacionales actuales, su práctica no ha sido adoptada ampliamente a nivel nacional.

OBJETIVOS: presentan los primeros resultados de seguimiento a mediano plazo de una cohorte bajo un protocolo de seguimiento estandarizado para Watch and Wait en un hospital público de nuestro país.

MATERIAL Y MÉTODO: Se registraron los datos de todos los pacientes ingresados al programa de Watch and Wait de cáncer de recto localmente avanzado en el Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, entre 2019 y 2023, que hubieran alcanzado una respuesta clínica completa posterior a la neoadyuvancia, a quienes se les explicó la estrategia y entregaron su consentimiento informado. Los datos se obtuvieron del registro clínico electrónico.

RESULTADO: Se incluyeron 23 pacientes. La mediana de edad al momento del reclutamiento fue 65,5 (53,5-68) años. Un 60,87% del total (n = 14) eran hombres. El 39,1% (n = 9) eran o fueron fumadores. La mediana del IMC fue 28,75 (24,35-30,85). El 78,26% (n = 18) tenía ECOG 1. La mediana de CEA basal fue 3,1 (1,6-16,0). Mediana de altura del tumor desde el margen anal 5,8cm (4,3-7,5cm). Un 13,04% (n = 3) tenía EMVI. Un 39,1% (n = 9) tenía margen circunferencial amenazado. Un 69,5% de los pacientes estaban en etapa cT3N+M0. Un 78,2% presentaban ganglios positivos mesorrectales al inicio. Un 95,6% (n = 22) de los pacientes recibieron neoadyuvancia total: 18 en combinación con radioterapia corta y 4 con radioquimioterapia. Un paciente recibió radioquimioterapia solamente. El 82,6% (n = 19) recibió FOLFOX de consolidación. La mediana de seguimiento fue de 13,16 (7,13-20,33) meses. Un 31,8% (n = 7) de casos tuvo recurrencia, encontradas en una mediana de 9 (6,75-10,5) meses de seguimiento. Cuatro pacientes con recurrencia tumoral recibieron radioterapia larga y tres radioterapia corta. Un paciente con recurrencia declinó operarse y falleció posteriormente de enfermedad sistémica. Todos los otros pacientes con recurrencia (n = 6) fueron rescatados quirúrgicamente, solo con una resección abdominoperineal en un paciente que terminó falleciendo por enfermedad sistémica posterior.

CONCLUSIÓN: Este estudio presenta los primeros resultados favorables del seguimiento de pacientes con cáncer de recto localmente avanzado enrolados en un protocolo de “Watch and Wait” a nivel nacional. Interesantemente, la mayoría de estos pacientes alcanzaron una respuesta clínica completa con un esquema basado en neoadyuvancia total con radioterapia corta. Se requieren estudios prospectivos y un seguimiento más extenso para validar nuestros hallazgos.

56.-RESULTADOS PRELIMINARES DE UN PROGRAMA ACREDITADO DE ERAS® EN CIRUGÍAS RESECTIVAS COLORRECTALES

Diego Marín G.¹, Valentina Castillo W.¹, María Jesús Jugo D.¹, Francisco López K², Felipe Quezada D.², Claudio Wainstein G²., Alejandro Barrera E.², Jose Miguel Zuñiga A.², Josette Baudoin L.³, Valeska Vargas L.³

Clínica Universidad de Los Andes

INTRODUCCIÓN: El programa ERAS® ha facilitado la aplicación de medidas basadas en la evidencia para mejorar la recuperación postoperatoria en cirugías colorrectales resectivas, integrando evaluaciones e intervenciones desde el período pre-admisión. Este enfoque incluye un registro autónomo y auditado continuamente, proporcionando datos precisos sobre variables clave relacionadas con los resultados quirúrgicos

OBJETIVOS: Describir las características y resultados quirúrgicos de pacientes sometidos a cirugía resectiva colorrectal bajo el programa ERAS® en la Clínica Universidad de Los Andes durante 2023-2024

MATERIAL Y MÉTODO: Se extrajeron datos del protocolo ERAS® en Clínica Universidad de Los Andes, incluyendo pacientes con cirugía resectiva colorrectal primaria laparoscópica o robótica por patologías malignas y benignas entre 2023 y 2024. Se realizó un análisis descriptivo univariado de los resultados

RESULTADO: Se recolectaron los datos de 109 pacientes sometidos a cirugías resectivas de colon y recto mediante técnicas mínimamente invasivas (laparoscópica y robótica). La edad promedio de los pacientes fue de 60 años, con un 67% de ellos de sexo masculino. Del total de cirugías, el 55% se realizaron por motivos oncológicos. La cirugía más comúnmente efectuada fue la sigmoidectomía, representando el 39% de los casos, seguida de la colectomía derecha con un 34%. En términos de abordaje, el 52.3% de las cirugías fueron laparoscópicas y el 44% robóticas, con una tasa de conversión del 3.7%. El cumplimiento del protocolo ERAS fue del 70.1%, valor que fue bastante similar sin importar la técnica de abordaje. La mediana de la estadía hospitalaria media fue de 4.0 días, con un porcentaje de reingreso de 8.3%. Las complicaciones postoperatorias fueron similares en ambos grupos, con una tasa global del 32.1%, de las cuales el 7.3% fueron graves (definidas como Clavien-Dindo \geq III). La complicación más frecuentemente reportada en esta serie fue el íleo postoperatorio con 16 casos correspondiente a un 14.7%. La tasa de reoperaciones fue de un 6.4%. Sólo 2 pacientes en esta serie requirieron estadía en UPC, ambos operados vía laparoscópica. No se reportaron casos de mortalidad

CONCLUSIÓN: El seguimiento y la revisión constante de los resultados quirúrgicos son esenciales para mejorar las prácticas clínicas y elevar los estándares de cuidado en los centros acreditados en ERAS®. Esta serie prospectiva de pacientes operados con técnicas mínimamente invasivas en la Clínica Universidad de Los Andes tras la implementación del programa ERAS® muestra resultados comparables con los reportados en la literatura, independiente de la técnica utilizada

57.-PROTEÍNA C REACTIVA COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES, RESULTADOS PRELIMINARES EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO

Dominique Krauss S, Josefina Sepúlveda G, Ignacio Gutierrez M, Augusto Barrera Z, Karen Schonffeldt G, Luis Andrade M, Jose Zuñiga A, Joaquin Irarrazaval E, Leonardo Espindola S, Jose Gellona V

Hospital Militar de Santiago, Santiago Chile / Universidad de los Andes, Santiago Chile.

INTRODUCCIÓN: Se han propuesto diversos marcadores para predecir complicaciones en el postoperatorio de la cirugía colorrectal, debido a que estas generan una alta tasa de morbimortalidad con altos costos en salud. Existe evidencia de que la proteína C reactiva (PCR) podría ser buen predictor de complicaciones, pero actualmente, no hay un consenso sobre el valor de corte de este examen para sospechar complicaciones y depende mucho de cada centro. Es por esto que creemos que cada centro debe definir un valor de corte e implementarlo en conductas futuras.

OBJETIVOS: Evaluar el uso de PCR como factor predictor de complicaciones en cirugía colorrectal y definir un valor de corte inicial en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron 95 pacientes sometidos a colectomías electivas con anastomosis primaria en el Hospital Militar de Santiago entre enero 2021 y junio 2024, se les tomó PCR en distintos días de su postoperatorio, para evaluar su relación con las complicaciones. Además, se analizaron diversas complicaciones según clasificación Clavien-Dindo. Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva y regresión logística binaria.

RESULTADO: De los 95 casos incluidos, un 17,9% presentó algún tipo de complicación, de las cuales 10,5% fue Clavien-Dindo I-II y 7,4% fue III o más. La tasa de filtración anastomótica fue de 5,26%. El valor de corte en PCR para predecir una complicación fue de 170 mg/L (S 98% E 38%). La estadía hospitalaria en los pacientes sin complicaciones fue de cuatro días (mediana), mientras que los pacientes complicados fue mayor, con una mediana de 10 días.

CONCLUSIÓN: Este estudio, es un punto de inicio para implementar la toma rutinaria de PCR al tercer día y con esto ver la necesidad de buscar activamente complicaciones. En este caso, se observó que un valor de PCR menor a 170 mg/L, la probabilidad de complicación es baja.

58.-ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE TRÁNSITO INTESTINAL POST-HARTMANN: EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Felipe Barnet, Paulina Pérez, Roberto Olguin, Julio Figueroa, Enrique Morales, Tomás Contreras, Felipe Imigo

Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: La operación de Hartmann (OH) es un procedimiento frecuente en escenarios de urgencia y en pacientes complejos. Se asocia a alta morbilidad e impacto significativo en la calidad de vida. La reconstitución de tránsito (RT) luego de una OH se considera una intervención desafiante por su complejidad técnica, siendo el abordaje abierto (AA) el de elección. En las últimas décadas el abordaje laparoscópico (AL) ha demostrado resultados similares o incluso mejores según las series.

OBJETIVOS: Describir los resultados perioperatorios de la RT con abordaje laparoscópico (AL) y contrastarlos con los resultados del abordaje abierto (AA) y la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo incluyendo todos pacientes consecutivos que se sometieron a RT entre enero del 2015 y mayo del 2024, posterior a una OH en el Hospital de Puerto Montt, sin exclusión. Se registraron variables demográficas y perioperatorias. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29.

RESULTADO: Se realizaron 64 RT durante el período de estudio (40 casos por AL y 24 por AA). El tiempo promedio de espera para la intervención fue de 31 meses. El tiempo operatorio promedio fue de 211 minutos AL vs 158 minutos AA ($P=0.005$). La media de estadía hospitalaria fue de 4 días para AL y 7 días para AA ($P<0.001$). Fue necesaria la conversión en 4 pacientes (10%) en el grupo de AL. La morbilidad global fue mayor en el grupo de AA (41% vs 20% AL; $p=0.062$). La morbilidad quirúrgica fue de un 29.2% en AA y 10% en AL ($p=0.049$). Fue necesaria la reintervención en 6 (9.8%) pacientes, siendo más frecuente en el grupo de AA (16.6% vs 3.28% $p=0.121$). Hubo un caso de filtración en cada grupo. No hubo mortalidad en esta serie. Comparado con la literatura el grupo AL presentó resultados similares a reportados en otras series en cuanto a días de hospitalización (4 días vs 4.6 - 8.6 días), conversión (10% vs 0 - 20%), morbilidad (20% vs 9 - 21.9%) y fuga anastomótica (1.5% vs 0 - 4.5%).

CONCLUSIÓN: La laparoscopia para la RT después de una OH es un abordaje factible, comparable con la cirugía abierta, que si bien se asocia a tiempos quirúrgicos significativamente más prolongados, se asocia también a con mejores resultados en cuanto a morbilidad quirúrgica y días de hospitalización.

59.-COLGAJO DE LIMBERG AMBULATORIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PILONIDAL SACROCOXÍGEA

Martín Quintana M(1), Cristóbal Suazo L(2), Roberto Salas O(2), Cristián Gallardo V(2), Fernando Saelzer R(2)

(1) Programa Cirugía General, Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Clínica Red Salud Santiago.

INTRODUCCIÓN: El quiste pilonidal sacrocoxígeo es una patología común que afecta principalmente a hombres entre los 15 y 35 años y se caracteriza por la afección aguda o crónica de la región sacrococcígea. El tratamiento quirúrgico es de elección, y las diferentes técnicas buscan bajas tasas de recurrencia y morbilidad postoperatoria. El colgajo de Limberg se describe como una técnica efectiva, pero su implementación en un contexto ambulatorio no ha sido ampliamente documentada.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir los resultados perioperatorios de pacientes sometidos a este procedimiento ambulatorio.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal de 58 pacientes con quiste pilonidal sacrocoxígeo operados con la técnica de colgajo de Limberg entre enero de 2018 y julio de 2024 en un centro de salud privado. Todos estos procedimientos fueron realizados de manera ambulatoria, y los pacientes fueron dados de alta con un drenaje aspirativo. Se analizaron los datos demográficos, perioperatorios y de seguimiento postoperatorio.

RESULTADO: La edad promedio fue 26,7 años ($\pm 7,4$), con 74,1% (43) de hombres. El tiempo quirúrgico promedio fue 52,8 minutos ($\pm 11,3$). En total se registraron 5 pacientes con infección de herida operatoria (8,6%), de los cuales 3 se manejaron de manera ambulatoria con antibióticos vía oral. Se registraron 3 reingresos hospitalarios (5,2%), uno secundario a pielonefritis y dos a infección de herida operatoria, de estos uno se manejó con drenaje bajo anestesia local y otro con aseo quirúrgico en pabellón, siendo la única reoperación (1,7%). El periodo de seguimiento promedio fue de 219 días p25-p75 [34 días-371 días], dentro del cual hubo una recurrencia (1,7%), al tercer año postoperatorio.

CONCLUSIÓN: Este estudio descriptivo reafirma la viabilidad del colgajo de Limberg como una alternativa a las otras técnicas quirúrgicas para el tratamiento del quiste pilonidal, pudiendo realizarse de manera ambulatoria y con baja tasa de complicaciones, como la infección de la herida operatoria, y recurrencia, ambas similares a lo descrito en la literatura (4,5% a 16% y 5% a 8%, respectivamente). A pesar de las limitaciones propias de un estudio descriptivo retrospectivo y al pequeño tamaño muestral, los resultados son auspiciosos y apoyan la implementación del colgajo de Limberg como una opción de tratamiento ambulatorio. En conclusión, el colgajo de Limberg como cirugía mayor ambulatoria, es una técnica que ofrece resultados favorables con bajas complicaciones.

60.-PREVENCIÓN Y BÚSQUEDA ACTIVA DE LA FILTRACIÓN COLORRECTAL. RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROTOCOLO “7 PILARES”.

Paulina Pérez V., Felipe Barnet S., Sofia Lopez I., Roberto Olguin R., Tomás Contreras R. Felipe Imigo G.

Hospital de Puerto Montt

INTRODUCCIÓN: La filtración de la anastomosis colorrectal es un evento devastador para todo equipo quirúrgico siendo considerada el principal factor de morbimortalidad quirúrgica. La prevención, búsqueda y detección precoz es un objetivo fundamental para los equipos que se desarrollan en cirugía colorrectal.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados de la implementación de un protocolo de prevención y búsqueda activa de filtración de anastomosis colorrectal.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo. Se incluyen pacientes adscritos a un protocolo de prevención y búsqueda activa para la filtración colorrectal, entre febrero 2021 y Julio 2024, el cual consta de 7 variables: Preparación intestinal, prueba hidroneumática, colonoscopia intraoperatoria, verde indocianina (VI), evaluación de las rodetes anastomóticas, seguimiento con proteína C reactiva (PCR) postoperatoria y tomografía precoz ante la sospecha de fuga. No se consignó información sensible de los pacientes. Se realizó estadística descriptiva y analítica mediante el software SPSS v29.

RESULTADO: Se incluyeron 109 resecciones colorrectales en el periodo. El cumplimiento para cada pilar fueron los siguientes: 100% para preparación intestinal, prueba hidroneumática, protocolo de VI (5.5% cambio de conducta) y revisión de rodetes, 94.5% para colonoscopia intraoperatoria, y 96.3% para seguimiento con PCR. Se realizó estudio tomográfico precoz en 16 pacientes (14.7%). El 94.5% se intervinieron por abordaje laparoscópico. Se requirió conversión en 2 casos (1.8%). El 58,7% fueron hombres. La edad promedio fue 65 años (DE: 13.8). El IMC medio fue 26.0 (DE: 4.45). La mayoría (53,2%) fueron categorizados ASA II. El 92.7% fueron intervenidos por cáncer. La cirugía más frecuente fue sigmoidectomía (45.9%), seguido de resección anterior de recto (45.0%). Se realizó ileostomía de protección en el 28.8% de los casos. Fue necesaria la reintervención en 9 casos (8.2%), de los cuales 6 (5.5%) fueron por fuga de anastomosis (4 rectos, 2 sigmoides). No se registró filtración en los cambios de conducta por VI. La mediana entre la intervención y la reintervención fue de 3 días. Hubo un 4.6% de readmisión dentro de los primeros 30 días del egreso hospitalario, ninguno por filtración de anastomosis. No hubo mortalidad en esta serie. El punto de corte de PCR como predictor de filtración al 3er día postquirúrgico fue 8.97 mg/dL (AUC 0.901, IC:0.81-0.98) y para el 4to día 16.46 mg/dL (0.95 AUC, IC: 0.94-0.99).

CONCLUSIÓN: La implementación de un protocolo de prevención y búsqueda activa de filtración de anastomosis permite identificar precozmente esta complicación determinando un rápido manejo y resolución, lo que en esta serie contribuyó en evitar a mortalidades secundarias.

20.-REPARACIÓN DE HERNIA INCISIONAL PERINEAL - ABORDAJE PERINEAL.

C. Ayala, R. Cápona, E. Mordojovich, P. Baeza, R. Fernández, M. Pruzzo, V. Vargas, G. Rebolledo, F. Navarro, G. Reyes, R. Salas, E. Melkonian.

Hospital del Salvador

INTRODUCCIÓN: Se define hernia perineal como la protrusión de contenido intra o extraperitoneal a través de un defecto del piso pélvico. Es una complicación poco frecuente, históricamente se ha reportado una incidencia del 1% posterior a la resección abdominoperineal. Con frecuencia se acompaña de dolor o de masa que se asocia a molestias que empeora al estar de pie. Las complicaciones que suelen tener los pacientes con hernia perineal pueden ser úlcera de la piel, disfunción urinaria y obstrucción intestinal. El tratamiento es quirúrgico, pero debido a la baja frecuencia y poca evidencia no existe consenso en el abordaje. Existen distintos abordajes descritos para la reparación, incluyendo el abordaje perineal, abdominal, y en éste último puede realizarse abierto o laparoscópico. A continuación, se presenta el caso de un paciente de 51 años sexo masculino con antecedente de recurrencia de carcinoma anal posterior a quimiorradioterapia que requiere resección abdominoperineal el 2015. Evoluciona con masa en zona perineal asociado a dolor. Al examen físico y estudio con resonancia revela gran masa en región perineal compatible con hernia. Se realiza una reparación de hernia perineal con abordaje perineal con uso de malla compuesta. Evoluciona favorablemente y es dado de alta al segundo día post operatorio. Seguimiento de 10 meses sin evidencia de recurrencia.

OBJETIVOS: Presentar un caso mediante un video de una cirugía de reparación de hernia perineal incisional usando un abordaje perineal usando malla compuesta.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta un video de reparación de hernia perineal incisional usando un abordaje perineal. El procedimiento incluye la disección del saco herniario, manipulación cuidadosa de su contenido, medición del defecto y puntos fijación de una malla compuesta. Una ventaja que destacar de este abordaje es la reducción de estancia hospitalaria.

61.-CIERRE DE ILEOSTOMÍA EN ASA: ÍLEO POSTOPERATORIO Y PREVALENCIA DE FACTORES RELACIONADOS

Constanza Chabour B., Marcela Abde C., Fernanda Sanhueza A., Victoria Vargas V., Matías Pruzzo G., Carlos Ayala R., Gonzalo Rebolledo D., Roberto Salas O., Eduardo Mordojovich Z., Ernesto Melkonian T.

Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: El cierre de ileostomía presenta una tasa de complicación que alcanza el 45%, reoperación 7% y mortalidad 3.7%. El íleo es la complicación más frecuente (10 -30%), se asocia a estadías prolongadas, reingresos y aumento de los gastos en salud.

OBJETIVOS: Establecer la tasa de complicaciones de los cierres de ileostomía realizados en el Hospital del Salvador. Establecer la incidencia de íleo postoperatorio y factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional retrospectivo transversal de los pacientes sometidos a cierre de ileostomía entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Registro y revisión de datos físicos y digitales: demográficas, clínicas, tipo de anastomosis, estadía hospitalaria, complicaciones, reingresos y mortalidad.

RESULTADO: Entre enero de 2019 y diciembre de 2023 se realizaron 78 cierres de ileostomía en asa; promedio de edad 60 años, 60 % hombres; causa más frecuente, cáncer de recto (78.2%). Tipos de anastomosis: mecánica laterolateral anisoperistáltica (80.7%), manual laterolateral (15.3%) y manual terminoterminal (3.8%). Tasa global de complicaciones 22.1%: CD I y II 16.9%, IIIa 1.3% y IIIb 3.9%. Íleo (15.3%), obstrucción intestinal (2.5%) y evisceración contenida (2.5%); dos reingresos (2.6%). No se registraron dehiscencias anastomóticas ni fallecimientos. Los pacientes con íleo presentaron mayor estadía hospitalaria (9.25 versus 3.6 días; $p < 0.001$); mayor tiempo promedio entre confección y cierre de ileostomía (13 versus 11.7 meses; $p=0.38$); mayor uso de quimioterapia adyuvante (33 versus 17.9%; $p=0.431$) y más anastomosis manuales (33 versus 19.1%; $p=0.23$). No se encontraron diferencias en el diagnóstico o los exámenes preoperatorios.

CONCLUSIÓN: La tasa de complicaciones, íleo y reoperaciones está acorde a lo descrito en la literatura internacional, sin mortalidad. La mayoría de las anastomosis fueron mecánicas laterolaterales. Los pacientes que presentaron íleo, estuvieron más del doble de tiempo hospitalizados, y si bien tenían mayor uso de quimioterapia adyuvante, anastomosis manuales y mayor tiempo de espera para el cierre de la ileostomía, estos valores no fueron estadísticamente significativos. Este trabajo nos muestra un panorama general de nuestros resultados, sirviendo de base para plantear nuevas intervenciones a futuro. Las falencias que tiene son: números pequeños, revisión retrospectiva, con información difícil de conseguir por el cambio de sistemas físicos a digitales; considerando además que se incluye el tiempo de pandemia (2020-2021), donde disminuyó la operatoria electiva.

VIDEO

21.-COLOPEXIA VENTRAL CON MALLA PARA EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO DE COLON POST CIRUGIA DE RESECCION TOTAL DE MESORRECTO CON RESECCION INTERESFINTERIANA POR CANCER DE RECTO INFERIOR.

CRISTOBAL SUAZO L (1), CRISTIAN GALLARDO V (1), GONZALO REBOLLEDO D (1), MARTIN QUINTANA M (2), ROBERTO SALAS O (1), FERNANDO SAEZ R (1), CARLA MARCHESSE A (1)

(1) RED SALUD, (2) PROGRAMA DE CIRUGIA GENERAL PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

INTRODUCCIÓN: EL PROLAPSO DE COLON DESCENDIDO POR CIRUGIA DE CANCER DE RECTO ES UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE QUE AFECTA EN FORMA IMPORTANTE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES. SE PRODUCE MAS FRECUENTEMENTE EN LOS PACIENTES CON RESECCION INTERESFINTERIANA. EN LA LITERATURA SE DESCRIBE UN INCREMENTO EN LA INCIDENCIA DE ESTA COMPLICACION CON LAS TECNICAS MINIMAMENTE INVASIVAS, YA SEA LAPAROSCOPICA O ROBOTICA. LA TECNICA TRADICIONALMENTE DESCRITA ERA LA CIRUGIA DE MILES, SIN EMBARGO, EN LOS ULTIMOS 10 AÑOS SE HAN DESCRITO LAS TECNICAS DE ALTEMEIR, DELORME Y SACROPROMONTOFIJACION CON MALLA PARA LA RESOLUCION DE ESTE TIPO DE PROLAPSOS . LA COLOPEXIA VENTRAL ANTERIOR ES OTRA DE LAS ALTERNATIVAS DISPONIBLES, DE LA QUE EXISTEN ESCASOS REPORTES EN LA LITERATURA.

OBJETIVOS: MOSTRAR LA REALIZACION DE UNA COLOPEXIA VENTRAL CON MALLA EN UNA PACIENTE CON CANCER DE RECTO INFERIOR TRATADA CON NEOADYUVANCIA Y CIRUGIA CON RESECCION TOTAL DE MESORRECTO MAS RESECCION INTERESFINTERIANA PARCIAL DE ESFINTER INTERNO.

CONTENIDO DE VIDEO: COLOPEXIA VENTRAL CON MALLA COMPUESTA SYMBOTEX POR VIA LAPAROSCOPICA, PROLAPSO PREOPERATORIO Y RESULTADO POSTOPERATORIO INMEDIATO.

62.-RESECCIÓN ABDOMINOPERINEAL DE RECTO: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES Y COMPLICACIONES DEL HOSPITAL DEL SALVADOR.

Fernanda Sanhueza A., Constanza Chabour B., Catalina San Martín, Victoria Vargas V., Carlos Ayala R., Gonzalo Rebolledo D., Rodrigo Fernández M., Rodrigo Cápona P., Eduardo Mordojovich Z., Ernesto Melkonian T.

Hospital del Salvador, Servicio de Cirugía. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN: Actualmente la resección abdominoperineal se reserva para casos seleccionados de tumores bajos con compromiso esfinteriano, cuando no es posible la preservación de órgano técnicamente o por condiciones del paciente. Conocida históricamente como una cirugía mórbida, ha mejorado notoriamente con los avances quirúrgicos y médicos, pero mantiene una elevada morbimortalidad.

OBJETIVOS: Describir las características clínicas y quirúrgicas de los pacientes sometidos a resección abdominoperineal en el Hospital del Salvador, con énfasis en el tipo de cierre y complicaciones asociadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con cáncer rectal o anal sometidos a resección abdominoperineal en el Hospital del Salvador en el periodo 2019-2024. Se realizó un análisis descriptivo de las características clínicas del paciente y enfermedad, neoadyuvancia, técnica quirúrgica, complicaciones y estadía hospitalaria.

RESULTADO: Durante el período descrito, se realizaron 20 resecciones abdominoperineales, 60% hombres, edad promedio 66 años, estadía hospitalaria 11.95 días. Comorbilidades: hipertensión arterial (40%), diabetes (35%). 95% presentaban cáncer de recto, 10% recidivado y un caso de cáncer anal persistente. La mayoría (80%) recibió neoadyuvancia. Cirugía: 50% laparoscopia; 2 resecciones multiorgánicas; 85% cierre primario y 15% colgajos (VRAM o gracilis). Distribución en el tiempo: año 2023 fueron 7 cirugías, mientras que en los años 2020 y 2021, sólo una cirugía por año. Tasa de complicaciones : 65%, 50% CDI y II (dehiscencia de herida perineal); 15% CD IIIa y IIIb, considerando el aseo quirúrgico de colgajos dehiscentes. No hubo mortalidad asociada a la cirugía.

CONCLUSIÓN: Esta serie presenta una alta tasa de morbilidad (65%), similar a lo publicado, pero en su mayoría son complicaciones leves, generalmente en relación a la dehiscencia del cierre primario; una estadía hospitalaria mayor de lo esperado, explicado en parte por el manejo del ileo y los pacientes con colgajos que requieren reposo prolongado y manejo multidisciplinario junto a cirugía plástica. La tasa de neoadyuvancia está dentro de lo descrito en la literatura. La baja tasa de laparoscopia, sobretodo los últimos años, está dado por las resecciones multiorgánicas, el uso de VRAM y los cánceres recidivados en abdómenes multiintervenidos. Llama la atención el aumento de estas cirugías luego del período de pandemia, ya que más del 50% de esta serie se ha realizado estos últimos dos años, lo que podría deberse a la falta de diagnóstico precoz durante esos años de pandemia.

63.-RESULTADOS DE CIRUGÍAS DE URGENCIAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ANASTOMOSIS PRIMARIAS Y OSTOMÍAS EN HCUCH.

Sebastián Olivares M, Víctor Cortés F, Ricardo Villalón C, Mauricio Diaz B, Antonella Sanguinetti M, Mario Abedrapo M.

Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: RESULTADOS DE CIRUGÍAS DE URGENCIAS COLORRECTALES EN PACIENTES CON ANASTOMOSIS PRIMARIAS Y OSTOMÍAS EN HCUCH.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es analizar los aspectos clínicos, intraoperatorios y evolución post operatoria de los pacientes sometidos a anastomosis primarias y ostomías en urgencias quirúrgicas colorrectales.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño observacional de cohorte. Se incluyen a pacientes con cirugías colorrectales resectivas por abordaje abierto y laparoscópico de urgencia que cursaron con anastomosis primarias y ostomías en Hospital Clínico Universidad de Chile, entre el 2016 – 2022. Los criterios de exclusión fueron, menores de 15 años, cirugías electivas, datos incompletos. Se compararon según sus características demográficas, complicaciones y evolución clínica postoperatorio. Estadística: Analítica y descriptiva, χ^2 , Test de Fisher. STATA 15.

RESULTADO: De 138 pacientes, 55 (39,8%) tuvieron anastomosis y 83 (60,2%) ostomías. No se observaron diferencias significativas en los antecedentes clínicos y demográficos entre ambos grupos. El origen neoplásico y el abordaje abierto de la cirugías de urgencia fueron significativamente más frecuentes, con un 63% y 84% ($P = 0,002$; $P= 0,0004$) respectivamente. La filtración anastomótica fue de un 12%, siendo más frecuente en el abordaje abierto sin una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,32$). En el tiempo de hospitalización, reoperaciones, rehospitalizaciones no se presentaron diferencias significativas ($P= 0,45$; $P=0,32$; $P=0,51$ respectivamente). La mortalidad fue mayor en el grupo ostomizado siendo estadísticamente significativa ($p=0.0019$). En el subgrupo laparoscópico se observó una tendencia a menos: requerimientos de analgesia peridural, tiempo en recuperar el tránsito intestinal, reoperaciones, de hospitalización, rehospitalizaciones y mortalidad.

CONCLUSIÓN: La filtración anastomótica fue del 12%, similar a lo ya reportado, acercándose a la tasa de filtración anastomótica en pacientes electivos. Si bien no hubo diferencias significativas entre los grupos en la evolución post operatoria, excepto en la mortalidad, se pudo observar en el subgrupo del abordaje laparoscópico con anastomosis primarias tuvo una tendencia a una mejor evolución post operatoria. La correcta selección del paciente para plantear una anastomosis primaria es crucial para ofrecer el menor riesgo posible asociado a los mejores resultados quirúrgicos.

64.-CÁNCER COLORRECTAL GES. TENDENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS DESDE SU IMPLEMENTACIÓN EN EL HOSPITAL PUERTO MONTT.

Francisca Becar C.; Kony Mera C.; Cristian Robles C.; Martín Vera G.; Constanza Medina R.; Catalina Carvacho D.; Melissa Montes V.; Julio Figueroa R.; Roberto Olguin R., Eduardo Morales C.; Tomas Contreras R.; Felipe Imigo G.,

Hospital Puerto Montt, servicio de cirugía y coloproctología

INTRODUCCIÓN: El cáncer de colon(CC) y cáncer de recto(CC) es la tercera neoplasia mas frecuente en Chile según GLOBOCAN 2022. El año 2013 fue incluido en las patologías con garantías explícitas en Salud (GES). El Hospital Puerto Montt (HPM) es un centro de alta complejidad que concentra los casos de toda la provincia de Llanquihue con una población asignada de 500.000 personas. Establecer nuestros resultados epidemiológicos es fundamental para la planificación de estrategias a mediano y largo plazo.

OBJETIVOS: Determinar las principales características demográficas y sobrevida de los pacientes tratados por CCR en el HPM.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte retrospectivo anidado en base de datos prospectiva. Se utilizó el registro de confirmaciones y prestaciones GES 70. Se incluyeron todos los casos entre el periodo 2013 a 2021 asegurando un seguimiento mínimo de 24 meses. Se obtienen variables demográficas, quirúrgicas, TNM y sobrevida global. Se revisó el registro civil para confirmar defunciones. No se consignaron datos sensibles de los pacientes. Se utilizó el software SPSS v29 para el análisis de datos y sobrevida.

RESULTADO: En el periodo de estudio se confirmaron 913 casos. El 69,2% (632) corresponde a CC y el 30,8% (281) CR. El 53,9% fueron hombres. La edad promedio al diagnóstico en CC fue 67 años y de 62 años para CR. La distribución por etapas fueron: T0=1,5%; I=5%; II 18%,III=20,6%, IV=41,6% El 79,7% (728) requirió algún tipo de intervención correspondiendo la más frecuente a la colectomía parcial seguido de la resección anterior. El 22,9 % fueron cirugías de urgencia. Al seguimiento 59,1% (540) de los pacientes están fallecidos. La media de sobrevida para el total de pacientes fue de 40,1 meses. La distribución de sobrevida al seguimiento fue según estadio: Etapa 0=100%; Etapa I=89,1%; Etapa II 74,4%,Etapa III= 49,5%, Etapa IV=8,2%.

CONCLUSIÓN: Los pacientes atendidos en el HPM en su mayoría corresponden a cáncer de colon avanzados destacando la etapa IV como el grupo más frecuente con una alta mortalidad al seguimiento. Es fundamental a luz de estos resultados establecer estrategias a corto, mediano y largo plazo para facilitar el diagnóstico y tratamiento precoz.

VIDEO

22.-MANEJO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE OBSTRUCCIÓN MALIGNA

Eugenio Grasset, Matías Hidalgo

Hospital Luis Tisné Brousse

INTRODUCCIÓN: La obstrucción maligna del colon es una patología frecuentemente vista en los servicios de urgencia. El manejo habitual incluye una laparotomía, resección del segmento comprometido y ostomía derivativa proximal, e incluso la colectomía subtotal en aquellos casos con compromiso de vitalidad del colon proximal, lo cual implica agregar la morbilidad del manejo abierto al de la obstrucción.

OBJETIVOS: El tratamiento mínimamente invasivo de la obstrucción intestinal maligna de colon es una alternativa viable en casos seleccionados con la adecuada técnica. La cecostomía descompresiva es una técnica valiosa en el arsenal terapéutico del coloproctólogo y cirujano de urgencias, proporcionando una opción efectiva para el manejo agudo de la obstrucción colónica, mejorando significativamente los resultados clínicos postoperatorios de pacientes seleccionados.

CONTENIDO DE VIDEO: En este vídeo se presenta el caso de una paciente de sexo femenino con un tumor de colon sigmoides distal localmente avanzado que compromete el útero y genera una obstrucción intestinal baja. La paciente fue tratada de forma laparoscópica con re sección oncológica previa descompresión proximal.