

## **ESOFAGOGÁSTRICO**

### **74.-RESULTADOS DE LA GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL MANEJO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LA REGIÓN DE AYSÉN**

Jaime Zamarin, Claudio Vallejos, Andrés Torrealba, Rodrigo López, Elias Flores.

Servicio de Cirugía Hospital Regional Coyhaique

**INTRODUCCIÓN:** El abordaje laparoscópico para el tratamiento del Cáncer Gástrico ha ido en progresivo aumento desde que fue descrito por Kitano en 1991. El desarrollo y crecimiento de las habilidades laparoscópicas han permitido reproducir los principios de la cirugía abierta, agregando los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, sin afectar los resultados oncológicos.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados perioperatorios de los pacientes sometidos a Gastrectomía Laparoscópica.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio prospectivo que incluye a todos los pacientes con Adenocarcinoma Gástrico sometidos a Gastrectomía total o parcial vía laparoscópica, entre enero del 2020 a mayo del 2024, en el Hospital Regional Coyhaique.

**RESULTADO:** Se incluyeron 13 pacientes, 7 hombres. Promedio de edad: 63,2 años. Hubo 11 pacientes con Cáncer Avanzado y 2 Incipientes. La localización tumoral más frecuente fue el tercio superior (38%). 46% de los pacientes recibieron neoadyuvancia. Se realizaron 7 Gastrectomías totales y 6 parciales. La linfadenectomía fue D1 en los casos incipientes y D2 en los avanzados, con una cosecha linfonodal promedio de 31,9. Se consiguió R0 en todos los casos. El tiempo operatorio promedio fue 241 minutos. No hubo conversión a cirugía abierta ni requerimiento de transfusiones sanguíneas. La morbilidad postoperatoria fue de 28%, con 2 casos de fístula de muñón duodenal. La estadía hospitalaria promedio fue 11 días. No hubo mortalidad.

**CONCLUSIÓN:** El abordaje laparoscópico del Cáncer Gástrico puede ser realizado en forma segura en centros regionales, en la medida que manejen los principios quirúrgicos de la resección oncológica y que cuenten con experticia laparoscópica. Si bien la cosecha linfonodal es adecuada y se logra el R0, el seguimiento a largo plazo permitirá conocer su equivalencia oncológica con respecto a la cirugía abierta.

## **75.-CÁNCER GÁSTRICO INCIPIENTE. ¿QUÉ HACER CUANDO LA ESD NO ES FACTIBLE?**

J.L. Quezada, Felipe Farfán, Ignacio Obaid, Paula Fluxá

Hospital del Salvador - Clínica Bupa Stgo.

**INTRODUCCIÓN:** La Disección submucosa endoscópica (ESD), representa una excelente alternativa terapéutica para el tratamiento del cáncer gástrico incipiente (CGI). En algunas oportunidades no factible ya sea por dificultades propias de la lesión, del paciente o de los recursos disponibles. Así, la resección quirúrgica del órgano pareciera ser la única alternativa terapéutica. Sin embargo, la literatura describe la disección submucosa intragástrica como una alternativa.

**OBJETIVOS:** ¿Es factible y efectiva esta cirugía?. A partir de 3 casos, evaluamos su indicación y resultados.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una disección submucosa intragástrica laparoscópica (DSIGL) siguiendo lineamientos de la cirugía descrita. Mediante cirugía laparoscópica, se ingresa primero a cavidad abdominal, para luego introducir los puertos de trabajo a la cavidad gástrica. Realizando neumogratrío, se distiende la cavidad para lograr el espacio de trabajo y realizar la disección submucosa. Finalmente, los mismos puertos de trabajo, se utilizan para cerrar las gastrotomías. Se analizaron los casos intervenidos respecto a su indicación, características demográficas y resultados.

**RESULTADO:** Entre el 2022 y 2024, se presentaron 3 casos (61, 76 y 81 años) en que se resolvió realizar esta técnica. Las indicaciones fueron falta del recurso endoscópico, ubicación que representa imposibilidad técnica y tamaño de la lesión. La biopsia definitiva para los tres casos correspondió a adenocarcinoma gástrico bien a moderadamente diferenciado, 1 intramucoso y 2 submucosos. No existió morbilidad postoperatoria, todos progresaron ingesta precozmente. El alta hospitalaria fue al 5º día en todos los casos. No se ha reportado recidiva ni complicaciones derivadas del procedimiento a 22, 8 y 5 meses respectivamente.

**CONCLUSIÓN:** La DSIGL es una alternativa terapéutica factible y eficaz para el tratamiento del CGI. Su principal valor es conservar el estómago.

## **76.-TERAPIA DE CONVERSIÓN EN CÁNCER GÁSTRICO OLIGOMETASTÁSICO: ¿A QUIÉNES OPERAR?**

Bárbara Carreño M., Patricio Araya C., Juan Gavilanes E., Enrique Lanzarini S.

Hospital Clínico Universidad de Chile

**INTRODUCCIÓN:** La mitad de los pacientes con Cáncer Gástrico (CG) se diagnostica en etapas avanzadas, y un tercio ya tienen enfermedad metastásica al momento del diagnóstico, principalmente en hígado, peritoneo y linfonodos extrarregionales. La sobrevida de estos pacientes (etapa IV) es de 9 a 16 meses. Sin embargo, en la última década se ha visto que algunos de estos pacientes, que responden a quimioterapia, se podrían beneficiar de ser operados, aumentando su sobrevida.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este estudio es determinar qué pacientes con CG oligometastásico se benefician de una cirugía de conversión tras quimioterapia.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, observacional, de una base de datos prospectiva, de todos los pacientes operados por cáncer gástrico en un hospital universitario entre los años 2011 y 2023. Se incluyeron pacientes con cáncer gástrico en etapa IV sometidos a tratamiento quirúrgico oncológico, tras buena respuesta a quimioterapia. Se excluyeron cirugías exploratorias y paliativas. Se recopilaron datos antropométricos, histología del tumor, localización de las metástasis, tipo de quimioterapia neoadyuvante, resultado quirúrgico respecto a la enfermedad residual (R0 y R1-2) y supervivencia global en meses. Se utilizó estadística descriptiva: promedio +DS, medianas (intervalo) para variables continuas, % para variables categóricas. El análisis de sobrevida se realizó utilizando la estimación de Kaplan-Meier con un software comercial (RStudio).

**RESULTADO:** De un total de 451 casos, se incluyeron 14 pacientes, de los cuales 5 son mujeres y 9 hombres, con una edad promedio de 58 años. Todos los casos fueron adenocarcinomas, 3 de ellos con células en anillo de sello. Las metástasis observadas fueron: hepáticas en 4 casos, linfonodos a distancia en 2, peritoneales en 7 y pulmonares en 1. Se usó FOLFOX neoadyuvante en 8 pacientes, FLOT en 4 pacientes y otros 2 recibieron otro tipo de neoadyuvancia. Los 14 pacientes fueron sometidos a cirugía, logrando una resección completa (R0) en 7 de ellos, mientras que los otros 7 quedaron con enfermedad residual (R+). La sobrevida promedio fue de  $40.9 \pm 32.3$  meses en el grupo R0 y de  $13.4 \pm 6$  meses en el grupo R+. La mediana de supervivencia estimada para el grupo R0 fue de 28.6 meses (IC 95% [19.6, NA]), mientras que para el grupo R+ fue de 12.4 meses (IC 95% [7.4, 22.9]). La prueba log-rank para comparar las curvas de supervivencia fue estadísticamente significativa (chi-cuadrado = 7.9,  $p = 0.005$ ).

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio, la cirugía de conversión en pacientes con CG oligometastásico, tras quimioterapia, mostró que aquellos con resección R0 obtuvieron significativamente mayor sobrevida que aquellos que quedaron con enfermedad residual.

VIDEO

**23.- TIEMPO TORÁCICO POR VTC EN PRONO DE ESOFAGECTOMÍA POR CÁNCER: TÉCNICA PASO A PASO.**

Dr. Rodrigo Abularach, Dr. Ramón Hermsilla, Dr. Cristian Pinto, Dr. Rodrigo Vela,

Hospital Barros Luco Trudeau

**INTRODUCCIÓN:** Se describen múltiples alternativas para realizar el tiempo torácico en la esofagectomía por cáncer, ya sea desde la técnica abierta a la mínimamente invasiva y robótica. En ese sentido la esofagectomía en prono es una alternativa con buenos resultados en términos de morbi-mortalidad y pronóstico oncológico.

**OBJETIVOS:** Describir la técnica de esofagectomía mínimamente invasiva en prono desarrollada en el Hospital Barros Luco Trudeau por el equipo de cirugía digestiva alta.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Se describe la técnica paso a paso del tiempo torácico por VTC en prono en esofagectomía por cáncer.

## 77.-AMPLIACIÓN DE LAS INDICACIONES DE LA GASTRECTOMÍA ONCOLÓGICA LAPAROSCÓPICA

Marco Ceroni V, Enrique Norero M, Cristian Martinez B, Rodrigo Muñoz C, Emilio Morales Z, Ignacio Obaid C, Nicolás Muñoz F, Alfonso Diaz F

Hospital Sótero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**INTRODUCCIÓN:** A través de la laparoscopia se puede realizar una gastrectomía oncológica en forma segura. Con el tiempo ha mejorado la tecnología, la resolución de los monitores y se ha extendido la indicación de cáncer gástrico(CG) incipiente a avanzado. Nuestro centro ha ampliado las indicaciones en forma progresiva, en base a protocolos, frente al análisis de la evidencia y la experiencia.

**OBJETIVOS:** Describir la ampliación de las indicaciones de la gastrectomía oncológica laparoscópica a través del tiempo.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo, descriptivo. Se incluyeron los pacientes que tuvieron indicación de una gastrectomía laparoscópica con intención de resección de un tumor gástrico. Se excluyeron los pacientes con hallazgo de carcinomatosis durante la laparoscopia. Periodo: 2006-2024. La información se obtuvo de un registro prospectivo de nuestro centro. Se consideró para el análisis, índice de masa corporal(IMC), tamaño tumoral, tipo de resección, conversión, TNM 8va edición, conversión a cirugía abierta y complicaciones Clavien>2. Se dividieron los pacientes en 6 periodos compuestos de 50 cirugías. Se realizó análisis estadístico con t-student y chi-cuadrado. Se consideró significativo  $p < 0,05$ .

**RESULTADO:** Fueron 308 pacientes, edad 62,6 DE12,6. Las indicaciones de gastrectomía laparoscópica fueron: 241(78,2%) CG; 35(11,4%) GIST; 14(4,5%) tumores subepiteliales benignos; 11(3,5%) tumores neuroendocrinos; 5(1,6%) linfomas. Hay un aumento de la indicación por CG avanzado de 27% a 73% ( $p < 0,0001$ ); del tamaño tumoral del CG del tercio superior de 2 a 4,5 cm( $p=0,016$ ); del IMC de 25,5 a 29,8( $p < 0,0001$ ); del recuento ganglionar de 21,4 a 42,9. Hubo conversión en el 7,5%, 3 por fallas técnicas, la última fue en la gastrectomía 122. No hay aumento de las complicaciones. Clavien>2 en 17(5,5%) pacientes. Se mantiene en el tiempo la distribución por ubicación del tumor y el tamaño tumoral para la ubicación del tercio medio e inferior.

**CONCLUSIÓN:** Se han ampliado en forma segura las indicaciones de la gastrectomía laparoscópica a una mayor cantidad de pacientes con CG avanzado, con un IMC mayor y con mayor tamaño tumoral en el tercio superior del estómago.

## **VIDEO**

### **24.-GASTRECTOMIA TOTAL LAPAROSCOPICA Y RECONSTRUCCION EN Y DE ROUX CON ANASTOMOSIS ESOFAGOYUYUNAL MANUAL. TÉCNICA SIMPLIFICADA CON SUTURA BARBADA.**

Daniel Garcia, Matias Orellana, Emilio Morales, Marco Ceroni, Enrique Norero.

Equipo de Cirugia Digestiva Esofagogastrica. Hospital Sotero del Rio. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Pontificia Universidad Catolica de Chile.

**INTRODUCCIÓN:** La esofago-yeyuno anastomosis manual es un procedimiento que requiere una gran curva de aprendizaje y es técnicamente compleja de realizar. Con el desarrollo de la tecnología de suturas barbadas en los últimos años, cada vez existen más reportes sobre su uso para la esofago-yeyuno anastomosis para la reconstrucción luego de una gastrectomía total por cáncer gástrico, lo cual pareciera simplificar el proceso, con resultados similares perioperatorios.

**OBJETIVOS:** Paciente de 28 años, sexo masculino, con antecedente de resección de tumor mediastínico en 2022 por enfermedad de Castleman. Consultó por baja de peso no cuantificada y saciedad precoz por lo que se realiza endoscopia digestiva alta que evidencia una lesión prepilórica de aspecto neoplásica, Borrmann III. Biopsia compatible con adenocarcinoma moderadamente diferenciado G2. Se estudia con tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis, sin diseminación. Se realiza gastrectomía total laparoscópica con reconstrucción con esofagoyeyuno anastomosis en Y de Roux. Esoyagoyeyuno anastomosis T-L en 2 planos, utilizando V-loc 3/0. Evolución favorable, trago contrastado día 3 PO sin filtración. Alta al 5to día postoperatorio, sin drenajes, tolerando papilla. Biopsia de pieza operatoria informa cáncer gástrico de antro y curvatura menor, de 4x3 cm, con compromiso hasta la submucosa. Tipo histológico: adenocarcinoma tubular G3 localizado, intestinal. Permeación linfovascular presente. Compromiso de 3 de 43 linfonodos, correspondiente a los del grupo 6. Bordes negativos (pT1bN2). Actualmente en su 5to ciclo de FOLFOX, bien tolerado.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Gastrectomía total laparoscópica + D2. Reconstrucción con esófago-yeyuno anastomosis termino-lateral manual en 2 planos, utilizando sutura barbada, en Y de Roux.

## **78.-GASTRECTOMÍAS POR CÁNCER GÁSTRICO EN CENTRO DE REFERENCIA AL SUR DE CHILE REVISIÓN HISTÓRICA 2017-2023**

Francisca Diaz, Felipe Barnert, Karen Concha, John Bittner , Nelson Corsini, Francisco Izquierdo, Erick Castillo

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer gástrico presenta alta prevalencia y morbimortalidad en Chile y ,particularmente, en la región de Los Lagos. La cirugía oncológica es la única opción curativa en la mayoría de los casos. Ante la descentralización en salud, es necesario comparar y consensuar estos resultados perioperatorios con evidencia de calidad disponible.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados perioperatorios de pacientes gastrectomizados por cáncer, con intención curativa y compararlos con los reportados el estudio es del consorcio gastrobenchmark y GASTRODATA.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio observacional retrospectivo y descriptivo, realizado en el Hospital de Puerto Montt entre 2017 y 2023, incluyendo a todos pacientes consecutivos sometidos a gastrectomía electiva por cáncer gástrico, total (GT) o subtotal (GST), con intención curativa. Se excluyeron pacientes con cáncer sincrónico y metastásico. Se registraron variables demográficas y perioperatorias.

**RESULTADO:** Se realizaron 314 gastrectomía durante el periodo descrito. 218 (69.4%) fueron GT y 96 (30.6%) GST. La media de edad fue 65 años (29-89), 66% fueron hombres, la mediana de índice de masa corporal fue 26.6 Kg/m<sup>2</sup>. El 65% de los pacientes presentaban comorbilidad siendo más frecuente la cardiovascular (54%). La puntuación de ASA más frecuente fue II (37%), seguido de III (34%). En GT el tiempo operatorio promedio fue de 150 minutos en abordaje abierto y 279 en laparoscópico. En GST fue de 140 minutos en abordaje abierto y 248 en laparoscópico. La mediana de estadía hospitalaria en GT fue de 9 días y 8 días en GST. Se convirtió a laparotomía en 6 casos, 5 (17.2%) en GT y 1 (3.1%) en GST. En GT hubo un 21% de morbilidad global y 19.7% en GST. 10 pacientes (4.6%) requirieron de reintervención en GT y 6 (6.25%) en GST. La mortalidad intrahospitalaria fue 1.5% en GT y 1.6 en GST. Se logró resección R0 en el 96% de los casos. La cosecha ganglionar promedio fue 39 ganglios en GT y 29 en GST.

**CONCLUSIÓN:** Comparado con el grupo “Benchmark y no-benchmark” publicado el consorcio gastrobenchmark y GASTRODATA el 2024 destaca que esta serie tiene una media de edad mayor (65 años vs 55), similar estadía hospitalaria (8-9 días vs 10 días), morbilidad, (21% vs 19.8-22.5%), resección R0 (96% y 98%) y cosecha linfonodal (39 vs. 40 ganglios). Sin embargo destacó mayor mortalidad (1% vs. 0.3%). Hubo menor proporción de cirugía laparoscópica (19% vs 58%). La cirugía gástrica oncológica en nuestro centro regional, puede lograr estándares perioperatorios comparables a los publicados en el análisis de benchmark.

## VIDEO

### **25.-TUMOR NEUROENDOCRINO GÁSTRICO Y PANCREÁTICO SINCRÓNICO. GASTRECTOMÍA EN MANGA Y PANCREATECTOMÍA DISTAL EN UN TIEMPO. REPORTE DE CASO.**

Felipe Barnert, Karen Concha, Gustavo Martinez, John Bohle, Erick Castillo

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores neuroendocrinos (TNE) gastropancreáticos representan un 2% de todas las neoplasias. Los TNE sincrónicos son raros en pacientes sin neoplasia endocrina múltiple tipo 1 (NEM 1), siendo la evidencia disponible limitada a algunos reportes de caso.

**OBJETIVOS:** Video de la técnica quirúrgica empleada para reseca un tumor neuroendocrino gástrico y un tumor neuroendocrino de páncreas sincrónico, con abordaje laparoscópico.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Por chequeo médico un paciente masculino de 70 años se realizó endoscopia digestiva alta evidenciando lesión de aspecto neoplásico de 3-4 cm de diámetro en el cuerpo gástrico, por la curvatura mayor con pliegues engrosados, indurado y congestivo que presenta en su superficie pequeñas erosiones con fibrina. Biopsia endoscópica: tumor neuroendocrino bien diferenciado, G2, índice Ki67 10%. TC TAP compatible con lesión neoplásica gástrica de curvatura mayor, sin diseminación. Se complementó estudio con PET-DOTATATE que informó un engrosamiento mural de la curvatura mayor del cuerpo gástrico con sobreexpresión de receptores de somatostatina con SUVmax 35.1 asociado a una masa de la cola del páncreas con hiperfijación del péptido radiomarcado de 38 x 25 cm con SUVmax de 29.7. Resto normal. Se discute en comité y se decide cirugía. Se realizó una gastrectomía en manga y pancreatectomía distal por laparoscopia en un tiempo, sin incidentes y con buena evolución postoperatoria, alta al quinto día. La biopsia definitiva: Tumor bifocal gástrico (6 cm) y pancreático (3,5 cm). Nivel de infiltración gástrica hasta serosa, pancreático hasta tejido adiposo. Ambos tumores con permeaciones linfovasculares y perineurales positivas. 4/7 linfonodos peripancreáticos comprometidos por tumor. Ambos tumores sin compromiso de margen quirúrgico y con inmunohistoquímica con cromogranina A y sinaptofisina positivo, intenso y difuso. Índice Ki67 15-20% para estómago (NET-2, G2) y 20-30% páncreas (NET-3, G3).

## **79.-SOBREVIDA ALEJADA Y MORBIMORTALIDAD DE LA ESOFAGUECTOMÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A RADIOQUIMIOTERAPIA CON ESQUEMA CROSS**

Marcela Puentes, Enrique Norero, Marco Ceroni, Paulina Gonzalez, Fernando Araos, Raúl Cartes, Alfonso Díaz

Hospital Sotero del Río - SSMSO - Pontificia Universidad Católica

**INTRODUCCIÓN:** En cáncer de esófago y unión gastroesofágica el estándar actual de tratamiento oncológico es la neoadyuvancia.

**OBJETIVOS:** El objetivo de este trabajo es evaluar la sobrevida a largo plazo de los pacientes sometidos al esquema CROSS y cirugía, el porcentaje de respuesta patológica completa y la morbimortalidad de la esofaguectomía luego de este tratamiento.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de cohorte retrospectivo a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes con cáncer de esófago y unión gastroesofágica que recibieron neoadyuvancia con radioquimioterapia, con esquema CROSS (41.4 Gy de radiación y carboplatino/placitaxel) a quienes se les realizó esofaguectomía entre los años 2014 y diciembre 2023. Se utilizó la clasificación de Mandard para la evaluación de la respuesta patológica. Para el análisis de la sobrevida a largo plazo se utilizaron curvas de Kaplan-Meier.

**RESULTADO:** Treinta y cuatro pacientes recibieron el esquema CROSS, cinco pacientes no fueron a resección. Se evaluaron 29 pacientes (55% hombres, edad 65 años, 79% carcinoma escamoso). El tumor se ubicaba en el tercio inferior en el 52% de los casos. Se realizó esofaguectomía con videotoracoscopia en el 97% de los casos. La mortalidad perioperatoria a 30, 60, 90 días fue del 3%, 7% y 7%, dado una necrosis del tubo gástrico y una neumonía COVID grave. La morbilidad fue del 72% (filtración de la anastomosis 38%, complicaciones respiratorias 21%). La resección se consideró R0 en el 86%, R1 7% y R2 en el 7% de los casos. De los carcinomas escamosos, el 48% presentó una respuesta patológica completa. La mediana de seguimiento fue de 26 meses. La sobrevida global a 5 años fue de 44%, mediana de 46 meses. La sobrevida global de adenocarcinoma a 5 años fue de 66%, mediana no alcanzada. La sobrevida global del cáncer escamoso a 5 años fue de 40%, mediana de 26 meses. La sobrevida global de los pacientes con respuesta patológica completa (Mandard 1) a 5 años fue de 64%, con una mediana de 78 meses.

**CONCLUSIÓN:** La sobrevida fue comparable a los estudios internacionales con el esquema CROSS y superior a la sobrevida histórica de nuestro centro. Aproximadamente la mitad de nuestros pacientes con carcinoma escamoso presentó respuesta patológica completa. La morbimortalidad es comparable a series de esofaguectomías publicadas sin neoadyuvancia.

## **80.-FACTORES ASOCIADOS A ESTADIA HOSPITALARIA PROLONGADA TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER EN HOSPITAL LA FLORIDA**

Pascale Sallaberry S., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., Catalina Vidal O., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.

Hospital La Florida

**INTRODUCCIÓN:** La gastrectomía es un procedimiento quirúrgico complejo e invasivo, con morbimortalidad considerable, que muchas veces requiere de una estadía hospitalaria prolongada. Las consecuencias negativas de una hospitalización prolongada son conocidas y han sido ampliamente estudiadas. Identificar factores que influyen en hospitalizaciones prolongadas permite buscar alternativas que logren impactar en disminuir la estadía hospitalaria.

**OBJETIVOS:** Determinar los factores clínicos y quirúrgicos asociados a una estancia hospitalaria prolongada en pacientes sometidos a gastrectomía en un hospital público.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio de diseño analítico retrospectivo. Se incluyeron pacientes sometidos a gastrectomía (total o subtotal) por cáncer gástrico en un hospital público chileno Julio 2020 y Junio 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios y días de estadía hospitalaria de las fichas clínicas electrónicas. Se describieron las variables con medianas y rangos y frecuencias absolutas y relativas. Se evaluó la distribución de los datos con la prueba de Shapiro Wilk. Se compararon las variables categóricas con la prueba de Chi<sup>2</sup> y las variables numéricas con la prueba de Mann Whitney. Se realizó un análisis de regresión lineal para identificar los factores de riesgo independientes asociados a estadía hospitalaria prolongada, ajustando por posibles variables de confusión. Se hizo una transformación logarítmica de la estadía por su distribución con asimetría a derecha. Se consideró un valor  $p < 0,05$  y se utilizó el software STATA v16.

**RESULTADO:** Se incluyeron 93 pacientes. La mediana de edad fue de 61 (31-87) años y un 66% (61) fue de sexo masculino. Se obtuvo una mediana de hospitalización de 11 días (4-45). No se encontraron diferencias significativas en las medianas de días de hospitalización según sexo, ni comorbilidades. Se encontraron diferencias en según el tipo de gastrectomía (total 5 días vs subtotal 4;  $p < 0,01$ ) y según el abordaje (laparoscópica 4 días vs abierta 6  $p = 0,02$ ). Además, se encontró asociación entre todas las complicaciones registradas y la estadía (Filtración anastomosis, filtración muñón, complicación respiratoria, sepsis o hemoperitoneo;  $p < 0,05$ ). La regresión lineal del logaritmo de estadía mostró que, al ajustar por edad, sexo, tipo de abordaje y tipo de gastrectomía, las 5 complicaciones siguen determinando una mayor estadía de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIÓN:** La gastrectomía total en comparación con la subtotal y la técnica abierta versus laparoscópica, se asocian a mayores estadías hospitalarias. Por otro lado, las complicaciones postoperatorias (filtración anastomosis, Filtración muñón, complicación respiratoria, sepsis o hemoperitoneo), fueron factores determinantes en prolongar la estadía hospitalaria de los pacientes post-gastrectomías.

## **81.-GASTRECTOMÍA TOTAL ABIERTA VERSUS LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS POSTOPERATORIOS Y CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS ONCOLÓGICOS**

Pascale Sallaberry S., Nicolle Pinto V., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.

Hospital La Florida

**INTRODUCCIÓN:** La gastrectomía total es una de las alternativas quirúrgicas para el cáncer gástrico. El abordaje laparoscópico ha demostrado beneficios en términos de recuperación postoperatoria y menor morbilidad así como también, no inferioridad respecto a resultados oncológicos al compararla con el abordaje abierto. Actualmente, en nuestro centro, la vía mínimamente invasiva es la vía de elección.

**OBJETIVOS:** Comparar los resultados postoperatorios y cantidad de linfonodos resecados en pacientes sometidos a gastrectomía total abierta versus laparoscópica.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó un estudio analítico retrospectivo de cohortes de pacientes sometidos a gastrectomía total por cáncer gástrico en un hospital público chileno entre Julio 2020 y Junio 2024. Se recopilaron datos desde fichas clínicas electrónicas de cada paciente que se tabularon en tabla excel. Se compararon los grupos de gastrectomía abierta y laparoscópica utilizando pruebas estadísticas como p value para determinar significancia estadística de cada variable analizada.

**RESULTADO:** De las 93 gastrectomías realizadas en el periodo estudiado, 65 fueron gastrectomías totales, de las cuales 45 fueron laparoscópicas y 20 abiertas. Edad media de pacientes sometidos a gastrectomía total laparoscópica fue de 66 años y abierta 71. En laparoscópicas, 38% fueron mujeres y 63% hombres. En abierta 20% mujeres y 80% hombres. Entre pacientes sometidos a gastrectomía abierta versus laparoscópica, no hubo diferencia significativa en comorbilidades asociadas ( $p=0,453$ ), tiempo operatorio ( $p=0,298$ ), reoperación ( $p=0,803$ ), reingreso a 30 días ( $p=0,726$ ), mortalidad ( $p=0,064$ ) y resección de linfonodos ( $p=0,06$ ). En cambio, las variables que si presentaron diferencia significativa son porcentaje de cirugía anexa asociada a gastrectomía ( $p=0,00012$ ) y complicaciones postoperatorias ( $p=0,004$ ), destacando esta última en favor de cirugía laparoscópica.

**CONCLUSIÓN:** Tal como está descrito en la literatura internacional, los resultados de este estudio analítico comparativo respaldan el beneficio de la gastrectomía total laparoscópica en relación con la abierta, disminuyendo significativamente con técnica laparoscópica las complicaciones postoperatorias. Respecto a los resultados oncológicos, la resección de linfonodos es comparable en abordaje laparoscópico como en abordaje abierto. La gastrectomía total laparoscópica es segura y efectiva.

## **82.-FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES PARA COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TRAS GASTRECTOMÍA POR CANCER: ANÁLISIS MULTIVARIADO DE UNA COHORTE DE PACIENTES.**

Pascale Sallaberry S., Cecilia Casanova N., Valentina Molina H., Catalina Vidal O., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.

Hospital La Florida

**INTRODUCCIÓN:** Las complicaciones postoperatorias tras gastrectomía representan un desafío significativo en cirugía, impactando, entre otros, la recuperación del paciente y los costos hospitalarios. Identificar los factores de riesgo independientes asociados a estas complicaciones es crucial para optimizar la atención perioperatoria y mejorar los resultados. Este estudio busca analizar múltiples factores clínicos y quirúrgicos para determinar aquellos que predicen de forma independiente el desarrollo de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a gastrectomía.

**OBJETIVOS:** Identificar los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a gastrectomía.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de diseño analítico retrospectivo de cohorte. Se incluyeron pacientes sometidos a gastrectomía (total o subtotal) por cáncer gástrico en un hospital público chileno Julio 2020 y Junio 2024. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, quirúrgicos y resultados postoperatorios de las fichas clínicas electrónicas. Se describieron las variables con medianas y rangos y frecuencias absolutas y relativas. Se evaluó la distribución de los datos con la prueba de Shapiro Wilk. Se compararon las variables categóricas con la prueba de Chi<sup>2</sup> y las variables numéricas con la prueba de Mann Whitney. Se realizó un análisis de regresión logística multivariado para identificar los factores de riesgo independientes asociados a complicaciones postoperatorias, ajustando por posibles variables de confusión. Se consideró un valor  $p < 0,05$  y se utilizó el software STATA v16.

**RESULTADO:** Se incluyeron 93 pacientes. La mediana de edad fue de 61 (31-87) años y un 66% (61) de sexo masculino. No hubo asociación entre las diferentes comorbilidades (diabetes, hipertensión, tabaquismo y enfermedad pulmonar) ( $p > 0,05$ ) con la complicación postoperatoria. Ni tampoco asociación con la hemoglobina preoperatoria ( $p = 0,3$ ). Con respecto a los datos intraoperatorios/quirúrgicos los pacientes con gastrectomía total presentaron mayor proporción de complicaciones que aquellos con gastrectomía subtotal (36% versus 12%;  $p = 0,01$ ). No hubo asociación con el abordaje ni con el tiempo quirúrgico ( $p > 0,05$ ). El análisis de regresión entregó que los pacientes con gastrectomía total tienen 4,3 (IC95% 1,1-15,7;  $p = 0,03$ ) veces más chance de tener una complicación. Al ajustar por edad, sexo y tipo de abordaje mantiene su significancia, no así al ajustar por tiempo quirúrgico cuya significancia cambia a  $p = 0,2$ .

**CONCLUSIÓN:** De las variables revisadas, el tipo de gastrectomía es la única variable independiente con significancia estadística que se establece como factor de riesgo de complicaciones postoperatorias, teniendo un riesgo 4,3 veces mayor los pacientes sometidos a gastrectomía total en comparación con los sometidos a gastrectomía subtotal.

## **VIDEO**

### **26.- ESOFAGECTOMÍA TOTAL USANDO EL NUEVO STAPLER ENDRIVE ZERO**

Alberto Sirabo, Michael Schiller, Matías Sosa, Cristóbal Davanzo

IST / Clínica Lo Curro

**INTRODUCCIÓN:** Un paso crítico de la esofagectomía total es la tubulización del estómago la cual realizamos con el nuevo Stapler Endrive Zero.

**OBJETIVOS:** Mostrar el primer caso de tubulización gástrica en esofagectomía total usando Endrive Zero.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Resumen de esofagectomía total mínimamente invasiva poniendo énfasis en la tubulización gástrica usando Endrive Zero.

## **84.-RESULTADOS A LARGO PLAZO DE MIOTOMÍA DE HELLER LAPAROSCÓPICA EN ACALASIA ESOFÁGICA.**

Megan Neumann, María Jesús Irarrazaval, Josefina Sáez, Andres Benitez, Fernando Crovari, Fernando Pimentel, Luis Ibañez

Pontificia Universidad Católica de Chile

**INTRODUCCIÓN:** Acalasia esofágica, es un trastorno infrecuente de la motilidad esofágica. Si bien no existe tratamiento curativo, la Miotomía de Heller Laparoscópica (MHL) sigue siendo una de las opciones quirúrgicas más efectivas para el tratamiento de esta condición. Los resultados a corto plazo de la MHL están bien documentados y respaldados en la literatura, sin embargo, se dispone de datos limitados que evalúen sus resultado a largo plazo.

**OBJETIVOS:** Analizar los resultados a largo plazo de la MHL en paciente con acalasia esofágica operados en un hospital de alto volumen.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se realizó una revisión retrospectiva en pacientes con diagnóstico de acalasia esofágica, que se sometieron a MHL entre los años 2001 y 2016. Se incluyeron pacientes de todas las edades, con o sin tratamiento previo, y con seguimiento a largo plazo (por más de 5 años). Se recolectó información de seguimiento endoscópico, necesidad de reintervenciones, y control sintomático mediante puntaje de Eckardt.

**RESULTADO:** Se operaron 77 pacientes, 42 hombres y 35 mujeres, con diagnóstico de acalasia esofágica. La mediana de edad fue de 46 años (13 – 88 años). Un 13% tenía tratamiento previo no invasivo. Del estudio preoperatorio, 31% se realizó esofagograma, 100% endoscopia digestiva alta, y 24% manometría esofágica. El abordaje quirúrgico fue por vía laparoscópica en todos los casos, con un 2.6% de conversión. En 27% de los casos se asoció algún mecanismo antirreflujo como Dorr o Toupet, y en un 5% se usó parche de Thal. La morbilidad postoperatoria durante los primeros 30 días fue de un 2.6%, mientras que la mortalidad fue de 0%. El control sintomático demostró mejoría estadísticamente significativa para todas las categorías del puntaje de Eckardt. En cuanto al seguimiento endoscópico, el primer año se realizó control el 61% de los pacientes, a los 3 años un 50,1%, a los 5 años un 45% y a más de 6 años un 24%. Se identificaron signos de recidiva en el 14% de los pacientes y esofagitis en un 7%. Para el manejo de recidiva, 4% se realizó dilatación, 7% POEM y 1% reoperación.

**CONCLUSIÓN:** En nuestro estudio de seguimiento, un 85,7% de los pacientes operados se mantiene, a largo plazo, sin signos endoscópicos de recidiva ni esofagitis. Se evidencia un adecuado control sintomático, medido por puntaje de Eckardt, lo que respalda la eficacia de MHL como tratamiento quirúrgico para la acalasia esofágica.

## **85.- EVALUACIÓN DE SOBREVIDA A LARGO PLAZO Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON CÁNCER ESOFÁGICO EN ESTADIO T1 SOMETIDOS A ESOFAGECTOMÍA.**

Gonzalo Sáez C, Luis Contreras S, Enrique Norero M, Marco Ceroni V, Javier Meneses P, Paulina Gonzalez, Fernando Araos, Alfonso Diaz.

Hospital Dr. Sótero del Río, SSMSO. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**INTRODUCCIÓN:** El cáncer esofágico en estadios tempranos tiene una baja frecuencia, ya que la mayoría de los casos se diagnostica en estadios avanzados. Existen actualmente 2 principales alternativas terapéuticas en cáncer esofágico T1 (compromiso de mucosa o submucosa), endoscópico y quirúrgico. Históricamente la esofagectomía se considera un procedimiento de alta morbi-mortalidad, sin embargo, en estadios tempranos la cirugía podría presentar menor tasa de complicaciones.

**OBJETIVOS:** Evaluar la mortalidad post operatoria y la sobrevida a largo plazo en esofagectomía en cáncer esofágico T1.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Realizamos un estudio de cohorte retrospectivo, a partir de una base de datos prospectiva. Incluimos a los pacientes que se sometieron a una esofagectomía con etapificación T1 entre los años 1996 y 2023. Se realizó una descripción demográfica, características tumorales, tipo de cirugía y sobrevida alejada. Se consideró la mortalidad post operatoria a 30, 60 y 90 días. Y se calculó la sobrevida global con curvas de Kaplan Meier.

**RESULTADO:** Incluimos 16 pacientes (11 Hombres, edad promedio 63 años), 56% presentaban alguna comorbilidad. La ubicación del tumor fue 19% tercio superior, 63% medio y 19% inferior. El tipo histológico fue 44% adenocarcinoma y 56% escamoso. El tipo de cirugía fue 38% esofagectomía abierta (3 transhiatales y 3 transtorácicas) y 62% esofagectomía mínimamente invasiva (8 McKeown y 2 Ivor Lewis). El sangrado promedio fue de 205±95 cc, con un tiempo quirúrgico promedio de 400±72 min. La morbilidad postoperatoria fue de 81%, de los cuales un 25% fue Clavien ≥ 3. La mortalidad a 30, 60 y 90 días fue de 0%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 20 días. En el 100% de los casos se logró resección R0, con un promedio de 19±13 ganglios resecaados, todos los casos fueron N0. La profundidad fue T1a (mucoso) 81% y T1b (submucoso) 19%. La sobrevida global 5 años fue de 94% con una mediana de seguimiento de 101 meses.

**CONCLUSIÓN:** En esta serie de pacientes que se sometieron a una esofagectomía por cáncer esofágico T1 no se presentó mortalidad postoperatoria. La sobrevida a largo plazo superó el 90%. Estos resultados se deben considerar al evaluar las alternativas de tratamiento quirúrgico o endoscópico en pacientes con cáncer esofágico en estadio T1.

## **87.-TUMORES NEUROENDOCRINOS DE INTESTINO DELGADO. ¿ES COMPLETAMENTE NECESARIO LA ETAPIFICACIÓN CON PET CT PARA IDENTIFICAR EL PRIMARIO?**

Rosario Millán C, Isabella Vaccarezza G, Felipe Farfán F, Barbara Godoy A, Diva Villao M, Ernesto Schultz F, Paula Leon B, José Quezada G, Paula Fluxá R

Hospital del Salvador

**INTRODUCCIÓN:** Las neoplasias neuroendocrinas del tracto gastrointestinal representan casi el 70% del total siendo la localización más frecuente el intestino delgado (45%). El diagnóstico de los tumores neuroendocrinos de intestino delgado se realiza en un 62% con imágenes y hasta un 11% en alguna intervención quirúrgica. El TC y la RM son las modalidades más utilizadas tanto para la etapificación y seguimiento. El PET CT durante este último tiempo se ha integrado como un examen de detección de tumores y a la vez como seguimiento. Existen diferentes tipos de PET que pudiesen mejorar la localización del tumor primario como también la extensión de éste, logrando aumentar tanto la sensibilidad como especificidad del examen para estos pacientes.

**OBJETIVOS:** Analizar la utilidad del PET CT como examen de etapificación de rutina en pacientes con tumores neuroendocrinos de intestino delgado

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de cohorte retrospectiva. Se incluyeron todos los pacientes tratados por tumor neuroendocrino de intestino delgado desde enero 2019 a junio 2024 en un único centro de alta complejidad. Se registraron datos demográficos, clínicos, estudios de imágenes, resultados quirúrgicos, estudio anatomopatológico y resultados de seguimiento. Se realizó un análisis de los resultados de las piezas quirúrgicas obtenidas y se compararon con los descritos a nivel de los estudios de imágenes, en particular con el PET CT.

**RESULTADO:** Se intervino 6 pacientes. 5 mujeres, con una mediana de edad de 56 años (43-78 años). El PET CT como examen de etapificación se utilizó en 4 pacientes, 2 ingresaron con cuadro de obstrucción intestinal producto del tumor teniendo como examen único un TC con contraste endovenoso. En 3 pacientes, el PET CT fue el único examen que logró identificar la lesión primaria reconocida en la biopsia definitiva. El análisis de la pieza quirúrgica mostró que los hallazgos imagenológicos más comunes se refieren al compromiso ganglionar contiguo más que al tumor primario.

**CONCLUSIÓN:** El PET CT parece ser útil en la etapificación de los tumores neuroendocrinos de intestino delgado al ser capaz de pesquisar la lesión primaria, no necesariamente identificable por otros medios de imagen.

## **88.-GIST GÁSTRICO EN UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD. ¿LOGRAMOS UNA SOBREVIDA ADECUADA?**

Felipe Farfán F, Felipe Aruta C, José Quezada G, Gabriela Ruiz V, Ernesto Schulz F, Diva Villao M, Paula Leon B, Paula Fluxá R

Hospital del Salvador

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) se originan en las células intersticiales de Cajal a nivel submucoso. La ubicación más frecuente es el estómago (60%). El diagnóstico se obtiene mediante la biopsia y el análisis histopatológico. Se clasifican las lesiones de bajo a alto riesgo según el tamaño del tumor, tasa de mitosis y localización. Este riesgo se relaciona con el tiempo de supervivencia libre de enfermedad. La resección completa del tumor es el objetivo principal. Lograr márgenes microscópicos negativos (R0) y la terapia con imatinib mejora la supervivencia. Distintas series internacionales reportan aproximadamente un 80% de supervivencia libre de enfermedad a los 5 años de seguimiento; sobre un 90% en etapas I y II, 50-75% en etapas III a IV.

**OBJETIVOS:** Analizar la supervivencia libre de enfermedad de los pacientes con GIST gástricos de acuerdo con la clasificación TNM que recibieron tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio analítico de cohorte retrospectivo. Analizamos la información de pacientes que hayan sido intervenidos quirúrgicamente y/o hayan realizado su tratamiento adyuvante en el Hospital del Salvador entre enero de 2019 y diciembre 2023 para comparar la supervivencia libre de enfermedad según su clasificación TNM. Para ello se construyeron curvas de Kaplan-Meier. El análisis estadístico se realizó en STATA v18. Para un  $\alpha < 0.05$  con significancia estadística.

**RESULTADO:** En el periodo analizado tenemos 22 pacientes con GIST gástrico (55% mujeres), con una mediana de edad de 64,4 años. El tamaño tumoral promedio de 5,54 cm (1,9 – 19,5 cm). Se logró R0 en todos los pacientes. En la clasificación TNM AJCC 8, 77% de los pacientes se encuentra en etapa I – II. Del total de pacientes 13% (3/22) recibió neoadyuvancia y un 31% (7/22) inicio la adyuvancia con Imatinib. La mediana de seguimiento a la fecha es de 23,9 meses (1-65 meses). En los pacientes etapa III-IV que fallecieron fueron producto de la progresión de enfermedad. Observándose una diferencia significativa al comparar pacientes en etapa I-II con III –IV en una curva Kaplan-Meier.

**CONCLUSIÓN:** La supervivencia libre de enfermedad en nuestros pacientes es comparable con los resultados publicados en la literatura, por lo cual la correcta etapificación como a la vez la conducta terapéutica permiten lograr mejores resultados.

## **86.-CARACTERISTICAS ANATOMOPATOLOGICAS DE CANCER GASTRICO OPERADOS EN HOSPITAL LA FLORIDA**

Pascale Sallaberry S., Valentina Molina H., Cecilia Casanova N., José Luis Galindo R., Lissette Leiva S., Rubén Ávila S., Caterina Contreras B., Pedro Soto G., Andrés Marambio G.

Hospital La Florida

**INTRODUCCIÓN:** Chile, es uno de los países con mayor tasa de cáncer gástrico a nivel mundial. Una de las características que diferencia al cáncer gástrico en nuestro país de países asiáticos, es que en Chile, se diagnostica principalmente en estadios avanzados. Lo anterior, es una característica muy relevante, ya que determina el pronóstico de nuestros pacientes. A continuación, se describen las características anatomopatológicas de todas las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en Hospital La Florida en un periodo de 4 años.

**OBJETIVOS:** Describir las características anatomopatológicas de las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en Hospital La Florida.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Se extraen datos de forma retrospectiva de ficha electrónica del hospital, registrándolos en una tabla excel. Se incluyen todas las gastrectomías realizadas por cáncer gástrico en el hospital en un período de 4 años entre Julio 2020 y Junio 2024. Se excluye una biopsia por no contar con todos los ítems evaluados. Se realiza análisis descriptivo univariado de variables obtenidas.

**RESULTADO:** En el período de tiempo analizado, se registran 93 gastrectomías por cáncer gástrico. De estas se excluye 1 por no contar con biopsia completa, dejando un total de 92 biopsias analizadas. El 100% de las biopsias analizadas informa Adenocarcinoma Tubular de origen gástrico. El tamaño de los tumores fue en promedio de 5,3 cm con una desviación estándar de 3,4 cm. La cantidad de linfonodos resecados fueron en promedio de 36,4 con una desviación estándar de 17,5. Los linfonodos positivos para neoplasia fueron en promedio 7,3, con una desviación estándar de 10,2. Un 57,6% resultó positivo para permeación vascular y un 44,56% para permeación perineural. Respecto al grado de diferenciación, 4,3% fue bien diferenciado, 33,7% moderadamente diferenciado y 62% pobremente diferenciado. Respecto al estadio tumoral, 19,5% resultaron pT1, 18,5% pT2, 3,3% pT3 y 58,7% pT4. Respecto al N, 31,5% resultaron N0, 16,3% N1, 20,7% N2 y 31,5% N3.

**CONCLUSIÓN:** Los hallazgos descritos en el presente trabajo concuerdan con la literatura reportada: en nuestro hospital la mayoría de cánceres gástricos operados son estadios avanzados, siendo pT4N(+) los más frecuentes.



## **89.-ESOFAGECTOMIA MINIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA CON TÉCNICA ESTANDARIZADA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA.**

Javier Meneses, Enrique Norero, Gonzalo Saez, Marco Ceroni, Paulina Gonzalez, Fernando Araos, Alfonso Diaz.

Hospital Sótero del Río. SSMSO. Pontificia Universidad Católica de Chile.

**INTRODUCCIÓN:** La esofagectomía mínimamente invasiva (EMI) ha demostrado disminuir la morbilidad postoperatoria. Desde el 2013 en nuestro centro realizamos una técnica estandarizada de EMI por videotoroscopia (VATS) en posición semiprono. En la experiencia inicial previamente publicada la morbilidad global fue 78%, la morbilidad grave de 21% y la mortalidad de 0%.

**OBJETIVOS:** Describir la morbilidad y la mortalidad postoperatoria utilizando nuestra técnica de EMI por VATS.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio de tipo cohorte retrospectiva, a partir de una base de datos prospectiva. Se incluyeron pacientes en que se planificó una EMI por VATS en posición semiprono por cáncer de esófago o unión gastroesofágica entre 2013 y 2023. Utilizamos las definiciones propuestas por el grupo de consenso de complicaciones en esofagectomía (ECCG).

**RESULTADO:** Durante el período de estudio se realizaron 81 esofagectomías, de las cuales 66 corresponden a EMI por VATS (61% hombres, edad 64 años). Según las comorbilidades asociadas, se registraron 47 pacientes ASA II y 7 pacientes ASA III. La histología fue carcinoma escamoso en 34 pacientes, adenocarcinoma en 31 y adenoescamoso en uno. La ubicación más frecuente del tumor fue el tercio esofágico inferior (56%). Se realizó neoadyuvancia con radioquimioterapia en 29 pacientes y con quimioterapia en 14. Un caso se consideró localmente irreseccable en el intraoperatorio. La EMI se realizó mediante técnica McKeown en 54 pacientes y por Ivor-Lewis en 11. En el 100% de los casos se completó la cirugía por VATS sin conversión a toracotomía. El tiempo abdominal se realizó mediante laparotomía en 27 pacientes y por laparoscopia en 38, con un caso de conversión a laparotomía. En 61 casos se realizó una reconstrucción con estómago, en un caso con colon transverso y en tres casos no se realizó reconstrucción inmediata. La morbilidad global postoperatoria fue de 68% y la morbilidad grave (Clavien 3 o más) fue un 16%. Las principales complicaciones fueron las respiratorias en un 24% y la filtración de la anastomosis esofágica en un 38% de los casos. La mortalidad a 30 y 90 días fue de 1,5% y 3%. La mediana de estadía hospitalaria fue de 20 días. La cirugía se consideró R0 en 57 pacientes, R1 en tres y R2 en 5. El promedio de recuento ganglionar fue de 27 ganglios.

**CONCLUSIÓN:** Con nuestra experiencia acumulada observamos una menor tasa de complicaciones totales y graves. Con un mayor número de casos sometidos a EMI por VATS, se ha mantenido una baja mortalidad postoperatoria.

## **VIDEO**

### **27.-SÍNDROME DE PINZAMIENTO DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR: RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA.**

Luis Barra L., Víctor Molina G., Luis Fonseca R., Cristóbal Azocar B.

Hospital Doctor Hernán Henríquez Aravena Temuco.

**INTRODUCCIÓN:** El síndrome de la arteria mesentérica superior (SAMS) o pinzamiento de arteria mesentérica superior presenta como principal característica el estrechamiento del ángulo formado por la arteria mesentérica superior (AMS) y la aorta bajo los 20°, lo que resulta en la compresión de la tercera porción del duodeno y de la vena renal izquierda. Este síndrome se ha descrito principalmente en dos grupos: pacientes que lo presentan posterior a cirugía y asociado a una pérdida severa de peso por otra causa. El cuadro clínico característico incluye dolor epigástrico postprandial, vómitos, pérdida de peso, saciedad precoz y distensión gástrica. El tratamiento quirúrgico está indicado cuando falla el manejo conservador. Existen múltiples opciones quirúrgicas como el procedimiento de Strong, gastroyeyuno anastomosis y duodenoyeyuno anastomosis.

**OBJETIVOS:** Presentar la resolución quirúrgica mínimamente invasiva de un paciente de género masculino de 20 años con diagnóstico de síndrome de la arteria mesentérica superior.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Resumen de la técnica quirúrgica vía laparoscópica mediante duodeno yeyuno anastomosis.

## VIDEO

### **28.-ENUCLEACIÓN DE LEIOMIOMA DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA POR LAPAROSCOPIA. UNA ALTERNATIVA CONSERVADORA EN UNA LOCALIZACIÓN DIFÍCIL.**

Gabriela Ochoa S, Ignacio Soto C, Lucía Cortés S, Carlos Carcamo I

Hospital Base Valdivia

**INTRODUCCIÓN:** Las UGE es una región anatómicamente compleja en su abordaje y en general para lesiones transmurales se ha utilizado como estrategia estándar las gastrectomías totales o proximales que requieren después la reconstrucción esofagoyeyunal que corresponde a una anastomosis de alto riesgo de filtración. En el caso de las lesiones subepiteliales, la enucleación es una alternativa que permite abolir esta morbilidad, y el abordaje laparoscópico además añade las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva. Los leiomiomas son una lesión infrecuente que representa el 2,5% de las lesiones gástricas. Las formas infiltrativas de la pared gástrica son poco frecuentes y generalmente malignos.

**OBJETIVOS:** Presentar caso clínico abordado por una alternativa mínimamente invasiva en una localización difícil logrando evitar la morbilidad de una resección estándar (gastrectomía total).

**CONTENIDO DE VIDEO:** Paciente de 50 años, con historia de dos meses de evolución de sensación de atoro y disfagia, se estudió con endoscopia digestiva alta que evidenció lesión en la región subcardial subepitelial 10 x 12 cm. Se complementó el estudio con TC TAP que informó engrosamiento parietal de aspecto neoplásico de la UGE de 5 cm. Se decidió realizar enucleación del tumor subepitelial de unión gastroesofágica por vía laparoscópica. En el intraoperatorio se observó lesión que sobrepasaba el hiato diafragmático sin comprometer la serosa de aproximadamente 5 cm. Se realizó liberación del esófago abdominal encontrando el tumor en el ángulo de Hiss comprometiendo los primeros cm del esófago abdominal. Se decidió realizar enucleación de la lesión con hook y ligasure hasta el plano submucoso. Se produce pequeña lesión de la mucosa que se repara con monocryl 3.0 y se realiza el cierre de capa seromuscular con puntos corridos y se cubre el defecto en el fondo gástrico con un parche tipo Dor a la cara anterior del defecto reparado. La paciente evoluciona favorablemente durante hospitalización, tolerando alimentación oral progresiva y adecuado manejo del dolor. En controles posteriores paciente en buenas condiciones generales, sin dolor ni disfagia. La biopsia informó correlación de los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatible con leiomioma de la UGE.

## **29.-RESECCIÓN DE LEIOMIOMA ESOFÁGICO POR VIDEOTORACOSCOPIA**

Marcelo Santelices B. Carlo Marino C. César Muñoz C. Carlos Varela V. Gabriela Coronado T.

Hospital Regional de Talca

**INTRODUCCIÓN:** Los tumores benignos del esófago son infrecuentes, y representan aproximadamente el 1%. El leiomioma es el tumor benigno más frecuente del esófago, con bajo potencial de malignización. Éstos suelen ser de ubicación transmural, asintomáticos, de crecimiento lento, y generalmente se ubican en el tercio medio o distal del esófago. Aquellos tumores mayores a 5 cm pueden presentar sintomatología, siendo lo más frecuente la disfagia, dolor epigástrico o retroesternal, y baja de peso. El manejo quirúrgico se ha establecido para pacientes sintomáticos, siendo de preferencia en la actualidad la enucleación de la lesión mediante un abordaje mínimamente invasivo. El apoyo endoscópico intraoperatorio es una herramienta útil para vigilar una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía, como es la laceración de la mucosa, pudiendo ser advertida y reparada tempranamente.

**OBJETIVOS:** Exponer mediante video una técnica de resección mínimamente invasiva, como opción de abordaje quirúrgico en un caso de leiomioma esofágico sintomático.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Paciente femenina de 57 años hipertensa, monorrena, consulta por disfagia. Endoscopía digestiva alta (EDA): sin lesión intraluminal. Tomografía axial computarizada (TAC): evidencia lesión en esófago distal, sólida, intramural, por sobre el hiato esofágico, con calcificaciones, de 47 x 19 x 35 mm. Endosonografía: impresiona tumor del estroma gastrointestinal, no obstructivo de 30 mm. Se decide resección con abordaje por videotoracoscopia, se identifica lesión en receso costofrénico posterior, bajo el ligamento pulmonar, se realiza disección con hook y ligasure hasta identificar el pedículo de la lesión que se liga y secciona con carga EndoGIA vascular 60 mm. Se extrae la pieza por puerto anterior y se envía a biopsia diferida. Se instala Drenaje 24 fr posterior. EDA intraoperatoria muestra mucosa esofágica indemne. Buena evolución, alta al segundo día post operatorio. Biopsia: Proliferación tumoral nodular fusocelular de aspecto histológico y expresión inmunohistoquímica compatible con leiomioma.

## **VIDEO**

### **30.-ESOFAGECTOMÍA TOTAL MÍNIMAMENTE INVASIVA TRANSTORÁCICA EN SEMIPRONO CON ASCENSO GÁSTRICO (TÉCNICA DE MCKEOWN) CON USO DE VERDE DE INDOCIANINA**

Autores: Francisco Rodríguez V.1,3; Iván Núñez Q.1,3; Fernanda Häberle O.1,2; Rubén Lima F.1; María Rodríguez T.2; Sebastián Fuentes V.2; Marysol Alejo Q.2; Felipe Valenzuela M.2; Abelino Jara N.2; Enrique Norero M4.

1Servicio de Cirugía Hospital de La Serena; 2Facultad de Medicina Universidad Católica del Norte; 3Facultad de Medicina Universidad del Alba; 4Servicio de Cirugía Hospital Dr. Sótero del Río.

**INTRODUCCIÓN:** La esofagectomía es un procedimiento invasivo, con alta tasa de complicaciones postoperatorias (hasta 59%). Dentro de ellas, la fuga anastomosis es una de las complicaciones más temidas, con alta tasa de mortalidad y morbilidad, prolongación de la estancia hospitalaria y necesidad de nuevos procedimientos quirúrgicos. Unos de los puntos claves para evitar la fuga anastomótica es la correcta perfusión de los tejidos a utilizar. En la técnica de McKeown con ascenso gástrico se realiza la confección tubular del estómago, con dependencia total de su irrigación sobre la arcada gastroepiploica. El uso intraoperatorio de verde de indocianina permite evidenciar la correcta irrigación del estómago previo a su ascenso, disminuyendo así las posibilidades de la filtración de la anastomosis.

**OBJETIVOS:** Presentar un video con la primera experiencia en nuestro centro del uso de verde de indocianina en la gastrectomía total mínimamente invasiva transtorácica en semiprono con ascenso gástrico.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Paciente de 50 años, sin comorbilidades con antecedente de cáncer de esófago Siewert II, con biopsia vía endoscópica compatible con tumor neuroendocrino de alto grado. En afagia, con instalación de yeyunostomía 30 días previo a resolución quirúrgica para prehabilitación nutricional. Se presenta video del abordaje mínimamente invasivo transtorácico en semiprono, sección de vena ácigos, disección de esófago respetando vena pulmonar, vía aérea y arco aórtico. Disección de ganglios de grupo 1 y 2 derechos e infracarinales. Se liga conducto torácico. Tiempo abdominal se realiza mediante técnica de McKeown clásica, se confecciona colgajo gástrico de 4.5 cm de ancho a la curvatura mayor, con preservación de arcada gastroepiploica. Se utilizan 7.5 mg de verde de indocianina en intraoperatorio para la comprobación de la irrigación de remanente gástrico. En tiempo cervical se comprueba vitalidad de anastomosis con nuevo uso de 7.5 mg de verde de indocianina.

## **VIDEO**

### **31.-DISECCIÓN SUBMUCOSA INTRAGÁSTRICA LAPAROSCÓPICA**

José Luis Quezada, Felipe Farfán, Ignacio Obaid, Paula Fluxá

Hospital del Salvador, Clínica Bupa Stgo.

**INTRODUCCIÓN:** Durante la última década se encuentran múltiples reportes de resecciones tumorales intragástrica vía laparoscópica. Se establece como un tratamiento que permite preservar el órgano y como una alternativa al tratamiento endoscópico cuando este no es posible. Sin embargo, la disección submucosa intragástrica laparoscópica (DSIGL), sólo en recientes reportes se plantea como una alternativa para el tratamiento del cáncer gástrico incipiente. Hoy hemos efectuado una serie de casos locales que nos permite confeccionar un material visual al respecto.

**OBJETIVOS:** Presentar la técnica de DSIGL, el desarrollo y aprendizaje local.

**CONTENIDO DE VIDEO:** Se presenta un registro visual continuo elaborado a partir del 3 casos de DSIGL en que se expone el proceso de aprendizaje, errores, avances y logros durante la ejecución de esta técnica. Etapa por etapa se expone el procedimiento en forma completa, mostrando su efectividad en el objetivo último que es una cirugía con carácter oncológico.