

HEPATOBILIAR

90.-PÓLIPOS VESICULARES: CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS ECOGRÁFICOS E HISTOPATOLÓGICOS EN POBLACIÓN CHILENA

Paloma Pozo, Martín Inzunza, María Jesús Irrarázaval, Fernando Pimentel, Fernando Crovari, Luis Ibáñez

Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN: Los pólipos vesiculares se están convirtiendo en un hallazgo común en la ecografía abdominal. El tratamiento debe considerar el riesgo potencial de lesiones malignas.

OBJETIVOS: Analizar los hallazgos ecográficos en pacientes sometidos a colecistectomía por pólipos vesiculares y compararlos con los resultados histopatológicos

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico ultrasonográfico de pólipo vesicular que se sometieron a colecistectomía desde el 2007 hasta el 2020 en la Red de Salud UC Christus.

RESULTADO: Se incluyeron un total de 447 pacientes, de los cuales el 58% fueron mujeres. La edad media fue 45 ± 12 años. El tamaño medio de los pólipos en la ecografía preoperatoria fue de $7,9 \pm 3,6$ mm. El 9% de los pólipos medían más de 10 mm y los pólipos únicos eran significativamente más grandes que los múltiples ($p=0,003$). Los resultados histopatológicos confirmaron la presencia de pólipos en un 88,4%, con un tamaño promedio de $4,8 \pm 3,4$ mm. Sólo 16 casos correspondieron a pólipos neoplásicos (4,1%), 4 de ellos malignos, todos únicos y mayores de 10 mm. Encontramos una correlación significativa entre el tamaño de los pólipos obtenido en la ecografía y la biopsia ($r=0,44$; $p<0,001$). El análisis de Bland-Altman obtuvo una sobreestimación del tamaño ecográfico de 3,26 mm. El análisis ROC entre ambas medidas obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,77 (IC 95%: 0,74-0,81). Los pólipos de tamaño superior a 10 mm en la ecografía tenían un OR de 8,147 (IC 95% 2,56-23,40) para la presencia de adenoma y malignidad, con un likelihood ratio de 2,78.

CONCLUSIÓN: Existe una correlación positiva y una precisión diagnóstica adecuada entre el tamaño ecográfico de los pólipos vesiculares en comparación con los resultados histopatológicos, con una tendencia a sobreestimar el tamaño en unos 3 mm. Los pólipos neoplásicos son poco comunes y se correlacionan con el tamaño. Aquellos pólipos mayores a 10 mm se asociaron con adenoma y malignidad.

VIDEO

32.- REPARACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LESIÓN DE VÍA BILIAR HANNOVER D4

Omar Orellana E., María José Higuera, Katrina Lolas T., Alexander Saure M., Sebastian Sapiain, Deycies Gaete.

Departamento de Cirugía del Hospital Clínico U de Chile / Servicio de Cirugía Hospital San Juan de Dios

INTRODUCCIÓN: Una de las cirugías más frecuentemente realizada en Chile es la colecistectomía laparoscópica. La lesión de vía biliar es una de las más temidas complicaciones

OBJETIVOS: Presentar una alternativa de reparación en caso de lesión compleja de vía biliar post colecistectomía laparoscópica.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta un caso de una lesión de vía biliar con diagnóstico post operatorio, en el cual se encuentra una sección completa de hepático derecho y realiza una reparación laparoscópica mediante una derivación biliodigestiva.

91.-RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA POR CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Deycies Gaete L., Alexandre Saure M., Omar Orellana E., Hanns Lembach J., Carlos Mandiola B., Jaime Castillo K., Juan Carlos Diaz J.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Desde su introducción en 1995, la Resección Hepática Laparoscópica (RHL) por Carcinoma Hepatocelular (CHC) ha aumentado de manera constante, siendo factible y segura cuando es realizada por cirujanos experimentados, incluso en pacientes cirróticos avanzados seleccionados con resultados perioperatorios aceptables.

OBJETIVOS: Comparar los resultados a corto y mediano plazo de la RHL por CHC en pacientes cirróticos con y sin Hipertensión Portal Clínicamente Significativa (HPCS).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de casos y controles que incluyó pacientes con cirrosis y CHC sometidos a RHL entre el 2016 y el 2023. Los pacientes se dividieron en dos grupos según la presencia o ausencia de HPCS (definida por un gradiente de presión venosa hepática ≥ 10 mmHg o la presencia de signos de hipertensión portal). Se compararon las características basales, los resultados intraoperatorios y perioperatorios y la supervivencia a 1 y 3 años.

RESULTADO: El estudio incluyó 40 pacientes, los cuales fueron categorizados de acuerdo a la presencia de hipertensión portal, 15 pacientes (37,5%) constituyeron el grupo sin HPCS, y, 25 (62,5%) el grupo con HPCS. No hubo diferencias en las características basales, extensión de la resección, requerimientos de transfusión de hemoderivados en el intraoperatorio, duración de la cirugía o de la maniobra de Pringle ni en la tasa de conversión a cirugía abierta. En los primeros 90 días tras la RHL, no hubo mortalidad y las tasas de morbilidad grave (Clavien Dindo \geq III) fueron similares entre ambos grupos (7% en sin HPCS y 8% en con HPCS). Tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos sin HPCS y con HPCS en; la tasa de ascitis post operatoria (13,3% vs 24%), Insuficiencia Hepática Post-hepatectomía (13,3% vs 0), encefalopatía (0 vs 4%), descompensación hepática postoperatoria (20% en ambos) e infección pulmonar o abdominal (13,3% vs 12%). La mediana de estadía hospitalaria fue 4 días en ambos. Los márgenes negativos fueron similares en ambos grupos (7% sin HPCS vs 12,5% con HPCS). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango 2-89). Las tasas de supervivencia global a 1 y 3 años fueron de 100 y 78%, respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos ($p= 0,1448$).

CONCLUSIÓN: La RHL fue segura en pacientes con HPCS en nuestro centro, sin mortalidad perioperatoria y, con una supervivencia global $>75\%$ a los 3 años.

92.-¿ES POSIBLE ALCANZAR LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN HOSPITAL REGIONAL DE CHILE?

Jesús Rojas L, Guillermo Sepulveda D, Carlo Marino C, Carlos Varela V, Carlidia Ortega P, Sergio Sotelo H, Franz Gonzalez A, César Muñoz C

Hospital Regional de Talca. Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía (PD) es una cirugía compleja. En la actualidad cuenta con estándares de volumen y resultados perioperatorios bien establecidos a nivel internacional.

OBJETIVOS: Nuestro objetivo es evaluar si es posible cumplir y mantener los estándares internacionales de esta cirugía compleja, en un centro de referencia regional de Chile.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte. Se incluyeron todos los pacientes en los cuales se realizó una PD en nuestro centro entre Junio 2014 y Junio 2023. Se excluyeron PD asociado a resección multivisceral (colon, hígado y estómago) y pancreatectomía total. Se midieron variables preoperatorias, quirúrgicas y de seguimiento oncológico (100% de seguimiento). Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva y analítica con el uso de STATA 18.0®.

RESULTADO: Hay 89 PDs en el periodo de estudio. La edad promedio 60.3 ± 11.7 años y el 60% masculino. El 98% corresponde a patología maligna. El 100% tuvo cirugía R0 y un 10% resección-reconstrucción vascular. El 98% se realizó reconstrucción pancreatoyeyunal con asa de Child o Y de Roux. El 21% requirió reintervención quirúrgica. El 18% tuvo una fistula pancreática clínicamente significativa (B-C). Un 51% tuvo morbilidad postoperatoria y el 29% requirió de UCI en el postoperatorio. La mediana de postoperatorio fue 12 días. El tumor fue más frecuentemente: ampular, páncreas, colédoco y duodeno. El 66% tuvo compromiso ganglionar. La mortalidad operatoria fue 5.6%. El 55% recibió tratamiento adyuvante. La sobrevida media global fue 40% (32% páncreas, 38% ampolla, 40% colédoco y 60% duodeno) a 60 meses.

CONCLUSIÓN: El estudio demostró que un centro de referencia regional de Chile es capaz de realizar PDs con resultados que cumplen con las recomendaciones de los estándares internacionales en términos de morbimortalidad, manejo de complicaciones, supervivencia y control de la enfermedad. Estos resultados sugieren que los pacientes en este centro reciben un nivel de atención clínica comparable al de centros internacionales.

93.-COLECISTECTOMÍA EXTENDIDA EN CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Verónica Pulgar B.; Sonia Curitol S.; Andrés Troncoso T.; Khatalina Muñoz L.; Fernanda Sandoval V.; Benjamín Lobos T.; Luis Acencio B.; Oriel Arias R.; Eduardo Sepúlveda S.; Héctor Losada M.

Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN: Introducción: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es una patología infrecuente a nivel global siendo Chile el país donde se alcanzan las tasas más altas (27/100.000). Es la neoplasia maligna más frecuente de las vías biliares y se caracteriza por su tendencia a la invasión de órganos vecinos y a distancia. La colecistectomía extendida (CE) es la cirugía de elección en pacientes con CVB T1a con invasión de senos de Rokytansky (SRA); T1b y T2.

OBJETIVOS: Se presenta serie de casos sometidos a CE por CVB en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco entre los años 2008-2024 con la finalidad de determinar los aspectos técnicos, histopatológicos, morbilidad, mortalidad y sobrevida de los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: Serie de casos de pacientes sometidos a CE por CVB en el Hospital Regional de Temuco entre los años 2008-2024. Se usó estadística descriptiva con herramientas de tendencia central y dispersión, además de un análisis de sobrevida con curvas de Kaplan Meier con Stata®.

RESULTADO: Resultados: La cohorte consta de 103 pacientes con edad promedio de 62.61 ± 9.3 años; 88% es de género femenino. El tiempo promedio entre la colecistectomía inicial y la colecistectomía extendida fue de 134 ± 62 días. El 66% tenía tumores de vesícula biliar T2. 45% de CE fue realizada por vía laparoscópica, 50% vía abierta y 4% se convirtió. El tiempo quirúrgico promedio de CE abierta fue de 274 ± 58 minutos y de CE laparoscópica de 256 ± 74 minutos. El promedio de ganglios linfáticos en la linfadenectomía fue de 5 ± 3.8 . 18% de los pacientes tuvieron ganglios linfáticos positivos. La morbilidad fue del 14%, siendo más frecuentes las tipo I y II según la clasificación Clavien-Dindo. La cohorte no presentó mortalidad perioperatoria. El seguimiento promedio fue de 71 ± 48 meses; la sobrevida con análisis de Kaplan Meier para tumores T1a con invasión de SRA fue de 92 meses; para T1b fue de 68 meses y para T2 fue de 63 meses. La sobrevida en pacientes con ganglios positivos fue de 46 meses y con ganglios negativos fue de 71 meses.

CONCLUSIÓN: Discusión: La Cohorte de CE del Hospital Hernán Henríquez Aravena presenta un 45% de cirugía laparoscópica, una morbilidad de un 14% y ausencia de mortalidad perioperatoria. La sobrevida tiene relación directa con el estadio T y N. Los resultados fueron similares a series nacionales e internacionales descritas.

94.-QUISTECTOMÍA EN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Verónica Pulgar B.; Sonia Curitol S.; Andrés Troncoso T.; Fernanda Sandoval V.; Matías Salinas N.; Benjamín Lobos T.; Joaquín Reyes T.; Luis Acencio B.; Oriel Arias R.; Héctor Losada M.

Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN: Introducción: La hidatidosis quística es una zoonosis parasitaria causada por *Echinococcus granulosus* y la localización más frecuente es la hepática. A nivel global carece de importancia epidemiológica, sin embargo, en sitios endémicos como Chile la prevalencia es de 5:100.000 habitantes y en la región de la Araucanía es de 48:100.000 habitantes constituyendo un gran problema de salud pública.

OBJETIVOS: Se presenta una serie de pacientes sometidos a quistectomía con el objetivo de determinar aspectos demográficos, resultados quirúrgicos, morbilidad y mortalidad perioperatoria.

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: Serie de casos con seguimiento de pacientes con quiste hidatídico hepático (QHH) sometidos a quistectomía entre los años 2001-2024 en el Hospital Hernán Henríquez Aravena de Temuco. Los datos se recolectaron en Excel[®] y se realizó análisis descriptivo con medidas de tendencia central y dispersión con Stata[®].

RESULTADO: Resultados: La cohorte consta de 545 pacientes, con edad promedio de 45 ± 19 años; 52% de la cohorte es de género masculino y 48% femenino. El 45,3% ingresaron vía urgencias y 54,7% vía electiva. 82,7% se diagnosticaron por Tomografía Axial Computada. La presentación más frecuente fue quiste único en un 65% seguido de 2 quistes en un 18% y 3 quistes en el 10%. La ubicación predominante fue en lóbulo hepático derecho en un 71% seguido de lóbulo izquierdo en un 23% y el diámetro promedio del quiste mayor fue de $9,7 \pm 6,5$ cm. El 7% presentó colangiohidatidosis, 6% ruptura a cavidad intraperitoneal, 5% tránsito hepato-torácico y 3% absceso hepático. Desde el año 2018 se inició la cirugía laparoscópica como tratamiento para esta patología y desde esa fecha se han operado 63 pacientes vía laparoscópica y 2 conversiones. La técnica quirúrgica más utilizada fue quistectomía subtotal en un 94%. En el 81% se usó povidona y en un 10% solución hipertónica como escolicida. El 29% recibió tratamiento con albendazol. La estadía hospitalaria promedio fue de 12 ± 12 días. La morbilidad fue de un 18,9% y la mortalidad de 0,55%. Se reportó recurrencia en 8,26% de los pacientes de los cuales un 68,8% fue de localización hepática, 24% peritoneal y 6,6% pulmonar.

CONCLUSIÓN: Discusión: Se presentó una serie de casos con un número importante de pacientes pertenecientes a una región de alta incidencia. La morbilidad y mortalidad asociada fueron de 18,9% y 0,55% respectivamente y hubo recurrencia en un 8,26% de los pacientes, cifras similares a las descritas en series nacionales e internacionales.

95.-RECONSTRUCCIÓN DE VÍA BILIAR. SERIE DE CASOS EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Khatalina Muñoz L.; Verónica Pulgar B.; Sonia Curitol S.; Andrés Troncoso T.; Fernanda Sandoval V.; Benjamín Lobos T.; Luis Acencio B.; Oriel Arias R.; Eduardo Sepúlveda S.; Héctor Losada M.

Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN: Introducción: Las lesiones de vía biliar (LVB) son un desafío para los cirujanos biliopancreáticos. Se producen principalmente en las colecistectomías siendo 2-3 veces mayor en cirugías vía laparoscópica respecto a vía abierta.

OBJETIVOS: Se presenta serie de casos con el propósito de determinar aspectos biodemográficos, técnica quirúrgica, morbilidad y mortalidad perioperatoria de pacientes sometidos a reconstrucción de vía biliar (RVB).

MATERIAL Y MÉTODO: Material y método: Serie de casos con seguimiento de pacientes sometidos a RVB por LVB en el Hospital Hernán Henríquez Aravena entre los años 2000-2024. Los datos se recopilaron en Excel[®] y se realizó análisis descriptivo con uso de medidas de tendencia central y dispersión con Stata[®].

RESULTADO: Resultados: La cohorte consta de 91 pacientes con una edad promedio de 51 ± 18 años; 71% de la cohorte es de género femenino. La indicación principal de la colecistectomía fue colelitiasis en un 60% seguida de colelitiasis con coledocolitiasis en un 28% y síndrome de Mirizzi en un 5,5%. Se realizó colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) preoperatoria en el 34,5%. La LVB ocurrió en centros de salud de Temuco en el 48%. En el 56% se identificó la lesión en la cirugía inicial. En el 22% se intentó una reparación en el centro de la cirugía inicial. La presentación clínica fue similar entre sección de vía biliar y estenosis. En el 43% de los pacientes la cirugía inicial fue por vía laparoscópica. El tipo de lesión según la clasificación de Strasberg fue 23% E1; 32% E2 y 26% E3. En el 48,35% la cirugía inicial fue por vía abierta. El tipo de lesión según la clasificación de Bismuth fue 41% Bismuth 1, 32% Bismuth 2 y 18% Bismuth 3. La técnica de RVB más usada fue hepatoyeyunoanastomosis en 87%. La morbilidad de la cohorte fue de 32% de la cual el 63% fue tipo I y II según la clasificación de Clavien-Dindo; La mortalidad perioperatoria fue de un 3%. El seguimiento promedio fue de 13 ± 21 meses y se identificó estenosis de la RVB en el 11% las cuales fueron tratadas en su totalidad por vía percutánea.

CONCLUSIÓN: Discusión: En la Cohorte de RVB por LVB las presentaciones clínicas entre sección y estenosis biliar fueron similares. No hubo diferencias significativas entre cirugía abierta y laparoscópica. La técnica de reparación más usada fue hepatoyeyunoanastomosis y las cifras de morbilidad y mortalidad fueron comparables con cifras nacionales e internacionales.

96.-TRASPLANTE HEPÁTICO SPLIT: RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y DE SOBREVIDA

Natalia Reyes L., Martín Dib M., Eduardo Briceño V., Eduardo Viñuela F., Nicolás Jarufe C., Jorge Martínez C.

Hospital Clínico UC-Christus, Servicio de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante

INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático split ofrece la posibilidad de incrementar el número de órganos disponibles, lo que reduce el tiempo en lista de espera y la mortalidad para los candidatos a trasplante. La sobrevida del paciente y del injerto es comparable entre el trasplante hepático completo y el split, tanto en receptores pediátricos como en adultos. No obstante, los trasplantes split son raramente utilizados. El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y de sobrevida de pacientes con trasplante hepático split.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es describir los resultados perioperatorios y de sobrevida de pacientes con trasplante hepático split operados en HCUC de 2010-2023.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohorte no concurrente de pacientes con enfermedades hepáticas en etapa terminal sometidos a trasplante hepático split en Hospital Clínico UC-Christus de 2010-2023. Todos los pacientes pediátricos y adultos fueron incluidos. Se revisaron las características clínicas, quirúrgicas y postoperatorias a corto y largo plazo que se registraron en porcentajes y medianas. El análisis de supervivencia se realizó con Kaplan Meier.

RESULTADO: De un total 490 trasplantes hepáticos durante el periodo de estudio, 8 pacientes recibieron trasplante hepático split (1,6%), 6 adultos y 2 pediátricos. La mediana de edad fue 41 (1-58) años, con 75% de mujeres. El tiempo en lista de espera fue 4 (1-50) meses, con MELD operacional de 26 (16-38). Un paciente pediátrico recibió el lóbulo hepático izquierdo reducido (segmento II-III) y el otro paciente pediátrico recibió el lóbulo izquierdo completo, los adultos recibieron el lóbulo hepático derecho. La relación de peso entre injerto-receptor en adultos fue 1,34 (1,28-1,8) y en pacientes pediátricos 2,1 y 3,25, no se desarrolló síndrome de small-for-size. 2 pacientes requirieron reoperación precoz y 2 pacientes sufrieron complicaciones biliares que requirieron ERCP y drenaje percutáneo. Las complicaciones tardías fueron 2 estenosis de anastomosis biliar manejado con ERCP y 1 estenosis de vena porta manejada con venoplastia y luego shunt mesocavo. La sobrevida fue 58 (7-165) meses, con 100% de sobrevida a 5 años.

CONCLUSIÓN: El trasplante hepático split en los pacientes adultos y pediátricos de esta revisión fue un procedimiento factible, importante destacar que la relación de peso entre injerto y receptor fue dentro de los límites aceptados según la evidencia existente, $>0,8\%$, disminuyendo el riesgo de síndrome small-for-size. Los resultados a corto y largo plazo fueron comparables con los resultados publicados en la literatura, y la sobrevida global es destacable en esta revisión. Se requiere un mayor número de pacientes para establecer diferencias significativas y comparar el trasplante hepático completo del trasplante hepático split.

VIDEO

33.-QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PRESURIZADA EN AEROSOL (PIPAC) EN CARCINOMATOSIS POR CÁNCER DE PÁNCREAS.

Mario Uribe, Carlos García, Robin Álvarez.

Clínica MEDS.

INTRODUCCIÓN: La Quimioterapia Intraperitoneal Presurizada en Aerosol (PIPAC) es una técnica emergente, que consiste en la administración de fármacos antineoplásicos en la cavidad abdominal a alta presión. Sus indicaciones son: disminuir el volumen de masas tumorales, a través de repetición del procedimiento, con el objetivo de hacer resecable las lesiones que no lo eran y, el más frecuente, para paliación de ascitis refractaria y otros síntomas abdominales. Sus contraindicaciones son, una supervivencia estimada menor a 3 meses, alergia a las drogas a administrar, obstrucción o perforación intestinal y malas condiciones generales del paciente.

OBJETIVOS: Presentar el caso de un paciente portador de carcinomatosis peritoneal de origen pancreático y mostrar un video con la técnica de PIPAC.

CONTENIDO DE VIDEO: Se presenta el caso clínico de un paciente de 44 años portador de carcinomatosis por cáncer de páncreas. El video muestra la implementación de pabellón, la técnica de acceso a la cavidad abdominal, la toma de biopsias intraoperatorias, la administración de quimioterapia a alta presión, sus precauciones y bioseguridad. Posteriormente se muestra una visión panorámica del pabellón y la monitorización anestésica y laparoscópica afuera del mismo. Finalmente, el video revela la técnica de aspiración de los gases de la quimioterapia, y el cierre de la pared abdominal. De acuerdo a nuestro conocimiento, éste es el primer video de esta técnica presentado en nuestro país.

97.-PREVALENCIA DE FÍSTULA PANCREÁTICA POST PANCREATODUODENECTOMÍA EN UN CENTRO REGIONAL.

Felipe Barnert S, Karen Concha V, Mónica Díaz H, Macarena Grandón F, Constanza Medina R, Francisco Izquierdo, Nelson Corsini, Francisca Díaz H, Erick Castillo F.

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: La fístula pancreática (FPPO) es la principal complicación posterior a una pancreatoduodenectomía. El tratamiento oportuno depende del diagnóstico precoz y abordaje multidisciplinario. Además de las técnicas de anastomosis, características de la glándula y diámetro del conducto de Wirsung, existen múltiples estudios que muestran asociación significativa entre el volumen de pacientes sometidos a una intervención y el resultado postquirúrgico, por lo cual es importante revisar los resultados en centros de menor volumen.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia de FPPO en pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía, además de evaluar algunas variables intraoperatorias y su posible relación causal con dicha complicación.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de todos los pacientes sometidos a PDD cefálica abierta con reconstrucción pancreatoyeyunoanastomosis en Hospital Base de Puerto Montt, entre los años 2018 y 2023. Se definió y clasificó fístula pancreática de acuerdo a la clasificación del International Study Group of Pancreatic Fistulae (ISGPF). Información obtenida de base de datos local "Experto". Se realizó análisis estadístico con prueba de chi-cuadrado.

RESULTADO: Se realizaron 70 PDD. La mediana de edad fue de 64 años (40-84) y 36 (50.7%) fueron varones. La puntuación de ASA más frecuente fue III (52.1%). El tiempo operatorio promedio fue de 242 minutos. 42.3% presentaron un wirsung dilatado (≥ 5 mm), Se realizó pancreatoyeyunoanastomosis anastomosis ducto mucosa en 37 casos (52.1%) y telescópada en 32 casos (45.7%). Se utilizó tutor en conducto pancreático en 25 casos (35%). Veinte (29%) pacientes presentaron fístula pancreática, de ellas 8 (40%) fue grado A, 11 (55%) grado B, no hubo casos grado C. No hubo diferencia estadística en la incidencia de fístula pancreática según el diámetro del conducto de Wirsung ($P=0.291$), el tipo de anastomosis ($P=0.672$) o el uso de tutor ($P=0.214$).

CONCLUSIÓN: El Hospital Base de Puerto Montt es un centro de alta complejidad de referencia regional, donde el volumen de pacientes ha aumentado exponencialmente. En nuestra serie de casos la presencia de fístula pancreática en esta serie fue similar a reportada por centros de alto volumen (29% vs 8-32%). No se encontró diferencia estadística en la técnica de pancreatoyeyunoanastomosis ni diámetro del conducto pancreático.

34.-TÉCNICA QUIRÚRGICA: HEPATECTOMÍA IZQUIERDA LAPAROSCÓPICA CON ABORDAJE PEDICULAR

Felipe Barnert, Karen Concha, John Bohle, Erick Castillo

Hospital de Puerto Montt, Universidad San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: En las resecciones hepáticas laparoscópicas, la técnica quirúrgica se caracteriza por tener un nivel importante de complejidad, determinando una prolongada curva de aprendizaje.

OBJETIVOS: Presentar la técnica quirúrgica de Hepatectomía izquierda por vía laparoscópica con abordaje pedicular que se realiza en Hospital de Puerto Montt.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente femenina de 71 años, colecistectomizada. Consulta a Broncopulmonar por tos. Se solicitó TC que pesquisó tumor hepático. Se solicita resonancia de abdomen con contraste que evidencia lesión quística compleja multiseptada en lóbulo hepático izquierdo, pudiendo corresponder a metástasis hepática versus cistoadenoma/adenocarcinoma. Evaluación ginecológica, endoscopia digestiva alta y colonoscopia no evidenciaron presencia de tumor primario. Se discute caso en comité oncológico, se decide, resolución quirúrgica. Hepatectomía izquierda laparoscópica: Abordaje pedicular y control de pedículo izquierdo con stapler lineal 60 morado. Demarcación isquémica y transección con sonicision y bipolar. Control de ramas venosas con hemolok. Sección de vena suprahepática hepática izquierda con carga 45 mm beige. Liberación de ligamento triangular izquierdo, se extrae pieza con endocatch por mini laparotomía de pfannenstiel.

98.-CARACTERIZACIÓN ANATOMORADIOLOGICA DEL TRONCO DE HENLE EN PANCREATODUODENECTOMÍAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS

Bettina Guijón, Xabier de Aretxabala, Felipe Castillo.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: El Tronco de Henle (TC) se describe frecuentemente como una estructura anatómica altamente variable y de gran importancia en diversos procedimientos quirúrgicos, incluyendo pancreatoduodenectomías (PD), gastrectomías y colectomías derechas¹. Así, su importancia quirúrgica ha ganado protagonismo últimamente, convirtiéndose en una estructura de renombre. Su primera descripción se remonta a 1868 cuando Jakob Henle, lo describió por primera vez como “una vena gastrocólica compuesta por la vena gastroepiploica derecha (VGED) y la vena cólica, que drena en el lado cóncavo de la vena mesentérica superior (VMS)”². Con el tiempo, esta descripción ha evolucionado, describiéndose ramas tributarias pancreáticas en publicaciones de Descomps & De Lalaubie en 1912 y Guillot en 1962, denominadas venas pancreatoduodenales anteroinferior y anterosuperior, respectivamente^{1,3,4}. La definición del TH ha evolucionado, reconociéndose actualmente como tronco gastropancreatocólico en la mayoría de los casos (56,1%). Sin embargo, puede presentar variantes en sus afluentes, incluido los troncos gastrocólicos (17,8%), gastropancreáticos (12,7%) o pancreatocólicos (0,9%)¹. Su ubicación en el borde inferior del páncreas⁵, entre el mesocolon, el mesopancreático y el epiplón mayor, plantea desafíos para la disección. Además, debido a las múltiples variantes anatómicas que puede presentar, existe un riesgo importante de sangrado para quienes no están familiarizados con la anatomía del paciente; lo que podría provocar una hemorragia importante por su proximidad a la VMS y tracción inadvertida del mesocolon^{1,5,6}. Si bien se ha prestado mucha atención a su descripción, la mayoría de la literatura existente consiste en estudios radiológicos y/o cadavéricos del TH, con descripciones anatómicas limitadas, como en la laparoscopia⁷. Esto subraya la importancia de realizar una descripción anatómica meticulosa.

OBJETIVOS: Analizamos el TH en cinco pacientes sometidos a PD mínimamente invasiva por sospecha de tumores periampulares, entre enero de 2022 y julio de 2024. Nuestro objetivo es brindar una descripción integral de la anatomía del Tronco de Henle y sus variantes, tanto en imágenes como durante la laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisamos las imágenes preoperatorias y registramos los procedimientos quirúrgicos, presentando solo los segmentos relevantes, mediante edición de los videos.

RESULTADO: Las imágenes preoperatorias se correlacionaron con los hallazgos durante los procedimientos laparoscópicos. La mayoría de los pacientes presentaban un tronco gastropancreatocólico, y sólo unos pocos presentaban un tronco gastropancreático. Un paciente también presentó múltiples venas cólicas, que se fusionaron en una antes de llegar a la VMS.

CONCLUSIÓN: Se observó una alta concordancia entre los casos expuestos y la literatura existente. La mayoría de los pacientes tenían tronco gastropancreatocólico, ninguno tenía tronco pancreatocólico y solo unos pocos tenían tronco gastropancreático; siendo las variantes más común, menos común y segunda menos común, respectivamente. Esto demuestra que con una comprensión anatómica profunda y un análisis de imágenes preoperatorio, es posible realizar una disección precisa y exitosa del tronco de Henle sin mayores complicaciones. Sin embargo, se deben realizar más estudios anatómicos para precisar la prevalencia de cada variante.

VIDEO

35.-HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA POST HEPÁTICO-YEYUNO ANASTOMOSIS. RESOLUCIÓN HÍBRIDA DE UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE.

Bettina Guijón, Felipe Castillo, César Serrano, Hugo Veis.

Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN: La hepatico-yeyuno anastomosis (HYA) es una técnica comúnmente utilizada en las derivaciones biliodigestivas. Se ha reportado una morbilidad de 13.5%, con complicaciones frecuentes como la estenosis (47%), hepatolitiasis (32%) y fístula biliar (11%)¹. La hemorragia digestiva alta tardía asociada a HYA y/o pancreatoduodenectomía es poco frecuente, ocurriendo en un 3-13% de los casos, pero con una mortalidad significativa que oscila entre 15-58%². Ésta puede deberse a sangrados del muñón de arteria gastroduodenal², pseudoaneurismas³, fístulas pancreáticas³, angioectasias perianastomóticas³, lesiones de Dieulafoy⁴, entre otras. El diagnóstico y tratamiento es endoscópico^{3,4}, sin embargo, en estos pacientes con alteraciones anatómicas derivadas de la cirugía inicial, puede considerarse un abordaje mixto quirúrgico-endoscópico para superar las dificultades de acceso presentes.

OBJETIVOS: Presentar un abordaje multidisciplinario quirúrgico-endoscópico exitoso para el diagnóstico y tratamiento de una HDA en paciente con HYA reciente y reconstrucción en Y de Roux, con las complicaciones de abordaje y tratamiento por la anatomía que estas cirugías conllevan.

CONTENIDO DE VIDEO: El video muestra una paciente femenina de 34 años, con antecedentes de cirugía de Whipple (con reconstrucción en Y de Roux) por quiste coledociano en 2021, reanastomosis hepático-yeyunal en junio 2024 por estenosis de la anastomosis y consultas recurrentes por hemorragia digestiva alta (HDA), con 2 endoscopías digestivas altas (EDA) descartando sangrado. Consulta en urgencias con cuadro de shock hipovolémico, melena y hematemesis. El AngioTAC demuestra neumbilia intrahepática y contenido denso cercano a confluencia hiliar de aspecto hemático, sin sangrado activo. Se realiza abordaje mixto quirúrgico-endoscópico mediante externalización de pie de Y de Roux, ingreso de endoscopio y exploración de asas alimentaria, ciega y biliar. Se identifica úlcera de 1.5 cm en cara anterior de HYA, a 20 cm de entrada de asa biliar, con vaso visible y estigmas de sangrado residual y otro vaso visible con coágulos en cara posterior. Se maneja con hemoclips a vasos, cierre de defecto con clips y hemospray. Evolución postoperatoria inmediata favorable, sin nuevos episodios de sangrado.

99.- ANÁLISIS DE 10 AÑOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE VESÍCULA EN EL HOSPITAL LA FLORIDA

Samuel Balmaceda, Denisse Vera, Pascale Sallaberry, Rubén Ávila, José Galindo, Lissette Leiva, Natalia Reyes, Andrés Marambio, Pedro Soto, Caterina Contreras,

Universidad de los Andes, Universidad Finis Terrae, Equipo Cirugía Abdominal Adulto Hospital La Florida

INTRODUCCIÓN: El cáncer de vesícula biliar (CVB) es la neoplasia más frecuente del tracto biliar. Tiene una presentación heterogénea a nivel mundial, siendo Chile uno de los países con mayor prevalencia y mortalidad en el mundo. Existe escasa información que permita ahondar en su comportamiento local.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es aportar conocimiento en cuanto a los resultados del tratamiento quirúrgico de esta patología en los últimos 10 años en un centro hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo a partir del análisis de registros clínicos. Muestreo por conveniencia no probabilístico, incluyendo casos consecutivos de pacientes operados por CVB en el Hospital La Florida de Santiago, Chile entre los años 2014 y 2024. Se utiliza estadística descriptiva para análisis de variables demográficas y clínicas.

RESULTADO: Se incluyeron 41 pacientes, de los cuales 35 (85,3%) fueron mujeres. Edad promedio al diagnóstico de 68 años (46-80 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (63,4%) y DM2 (48,7%). En su mayoría, el diagnóstico fue postoperatorio en biopsias de pacientes operados de urgencia por colecistitis aguda (39%) o electiva por colelitiasis (34%). Un menor porcentaje se diagnosticó en contexto de estudio por dolor abdominal inespecífico (15%), síndrome consuntivo (10%) o síndrome icterico (2%). El estadio al diagnóstico fue 0-I (12%), II-III (76%) y IV (2%). El 100% fue a cuña hepática + linfadenectomía tras la confirmación diagnóstica, con un abordaje abierto en 30 pacientes (73%), y conversión en 2 pacientes (5%). En dos pacientes se hizo adicionalmente resección segmentaria de colon (4.8%) y en cuatro de ellos una derivación biliodigestiva (9.8%). Trece presentaron complicaciones postoperatorias (31,7%), de los cuales 3 fueron Clavien Dindo \geq III, requiriendo re-operación (7.3%). El promedio de días de hospitalización postoperatoria fue de 7 días (1-29 días). Tres pacientes se re-hospitalizaron en los primeros 30 días postoperatorios (7.3%). Sólo 14 pacientes fueron candidatos a quimioterapia adyuvante (34%). El promedio de sobrevida de la serie fue de 44.8 meses (0.3-142.7 meses).

CONCLUSIÓN: El tratamiento quirúrgico del CVB se ha realizado en el Hospital La Florida desde su apertura en 2014. Este análisis inicial evidencia una morbimortalidad comparable con la escasa literatura disponible. Llama la atención el escaso porcentaje de pacientes que reciben terapia adyuvante o la ausencia de terapia neoadyuvante en estos grupos, lo cual podría mejorar aún más los resultados en estos grupos.

VIDEO

36.-REPARACIÓN DE LESIÓN DE VÍA BILIAR ROBOT ASISTIDA CON SISTEMA DA VINCI X R

Elías Arroyo A, Guillermo Martínez S, Ignacio Miranda C Carlos García C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La cirugía robot asistida es poco frecuente en nuestro medio debido a los costos asociados, sin embargo, los beneficios de esta técnica son la precisión, ergonomía y la mejor visualización de estructuras. A pesar de la seguridad y eficacia de la cirugía robótica, existen pocas publicaciones en reparación de lesiones de vía biliar, siendo lo más frecuente la hepático yeyuno anastomosis en y de Roux.

OBJETIVOS: Presentar el video de un caso de reparación de lesión de vía biliar con técnica mínimamente invasiva robot asistida con sistema Da Vinci X R

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 32 años colangioresonancia y colangiografía a través de drenaje, evidencian lesión de conducto hepático derecho aberrante en lecho vesicular. Se realiza reparación de lesión con derivación bilio digestiva en Y de Roux mediante cirugía mínimamente invasiva robot asistida con sistema Da Vinci.

100.-EXPERIENCIA EN PANCREATODUODENECTOMÍA EN HOSPITAL CLINICO DRA ELOISA DIAZ LA FLORIDA.

Camila Olivares R, Caterina Contreras B, Natalia Reyes L, Lissette Leiva S, Ruben Ávila S, Jose Galindo R, Andrés Marambio G, Pedro Soto G

Hospital Dra. Eloísa Díaz de la Florida

INTRODUCCIÓN: La pancreatoduodenectomía es una cirugía de alta complejidad y representa el único tratamiento potencialmente curativo para los pacientes con tumores periampulares. Si bien en los últimos años la mortalidad postoperatoria ha disminuido a menos de 5%, las complicaciones fluctúan entre un 30-60%.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional y transversal. Se incluyeron a todos los pacientes operados entre junio de 2021 a junio 2024 en el Hospital Clínico Dra Eloisa Díaz La Florida. Se revisó el registro clínico y se confeccionó una base de datos con las características demográficas, variables quirúrgicas, complicaciones postoperatorias, readmisión a los 30 días y resultados histopatológicos. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva. Las variables cualitativas fueron expresadas en porcentajes y las cuantitativas utilizando media y valores mínimo y máximo.

RESULTADO: Se incluyeron 38 pacientes, de los cuales 28 (73,7%) fueron de género femenino. La edad promedio fue de 72 años (37-88). Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron la hipertensión arterial (55,3%) y la diabetes mellitus (39,5%). Solo 3 pacientes requirieron un drenaje biliar preoperatorio. Con respecto a la vía de abordaje un 92,1% fue abierta y un 7,9% laparoscópica. El tipo de reconstrucción pancreática más utilizada fue la pancreato yeyuno anastomosis en un 94,7% de los casos. El tiempo quirúrgico promedio fue de 416 min (240-600) y el sangrado de 550 cc (200-1500 cc). Un 60,5% de los pacientes presentó complicaciones postoperatorias, sin embargo solo un 18,4% fueron Clavien Dindo \geq III. Un total 34,2% pacientes desarrollaron fístula pancreática, de las cuales un 18,4% fueron clínicamente significativas. El retardo del vaciamiento gástrico se presentó en 13,2% de los casos y la hemorragia digestiva en un 10,5%. Una paciente falleció a causa de un hemoperitoneo. El promedio de estadía hospitalaria fue de 14 días (8-63). No hubo readmisión a los 30 días. El tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma ductal de páncreas en un 65,8% de los casos.

CONCLUSIÓN: La pancreatoduodenectomía en nuestro centro es una cirugía habitual, con más de 12 casos al año y con resultados comparables a los reportados en la literatura.

101.-EXPERIENCIA INICIAL EN RESECCIONES HEPÁTICAS MENORES POR ABORDAJE ROBÓTICO.

Carlos García C, Guillermo Martínez S, Elías Arroyo A, Arantxa García A, Nicolas Retamal C

Hospital Clínico San Borja Arriarán

INTRODUCCIÓN: La cirugía hepática ha evolucionado hacia técnicas mínimamente invasivas. El abordaje robótico ofrece ventajas como la ausencia de temblor, mejor visión 3D y mayor precisión en la disección fina. Este estudio presenta la experiencia inicial en resecciones hepáticas menores utilizando cirugía robótica inserto en un programa de cirugía robótica digestiva.

OBJETIVOS: Evaluar los resultados postoperatorios inmediatos en resecciones hepáticas menores por abordaje robótico con el propósito de demostrar su factibilidad y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional descriptivo. Los datos fueron obtenidos del registro prospectivo de cirugía robótica de la unidad correspondiente. En esta experiencia inicial, entre enero 2023 y marzo 2024, se efectuaron 10 procedimientos de resecciones hepáticas menores (menos de tres segmentos) por vía robótica. Criterios de inclusión: todos los pacientes consecutivos en que se programó y se realizó procedimiento total o parcial por vía robótica. Se registraron y analizaron variables demográficas, co-morbilidades, cirugías abdominales anteriores, tipo de hepatectomía, tiempo de Docking, tiempo en consola, tiempo total quirúrgico, destino postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, conversión. Análisis estadístico descriptivo, según variables.

RESULTADO: 10 pacientes consecutivos sometidos a hepatectomía menor robótica. Periodo de estudio: enero 2023-marzo 2024. Relación género masculino:femenino 4:6, promedio de edad:66,4 años. Diagnósticos preoperatorios: Cáncer vesicular (3), hepatocarcinoma (1), sospecha adenoma/HNF (3), metástasis hepáticas cáncer de colon (2), lesión sólida- quística compleja (1). Tiempo Docking 18,9 minutos; tiempo de consola: 150,2 min. (rango 13-268), promedio sangrado intraoperatorio 255 ml. Tipos de hepatectomía: Segmentectomía IV y V (3), segmentectomía simple (2), tumorectomías (5). Conversión a cirugía abierta: 1/10. Destino paciente: Intensivo 1/10. Complicaciones quirúrgicas: 1/10 (punción percutánea). Anatomía patológica: Cirugía R0 10/10.

CONCLUSIÓN: La experiencia inicial en resecciones hepáticas menores por abordaje robótico en nuestro programa de cirugía robótica digestiva ha demostrado ser factible y segura. En un periodo de 15 meses, se realizaron 10 procedimientos con resultados postoperatorios inmediatos satisfactorios, incluyendo una baja tasa de complicaciones y conversión a cirugía abierta. Los tiempos quirúrgicos y el sangrado intraoperatorio fueron aceptables, y todas las resecciones lograron márgenes negativos (R0). Estos hallazgos sugieren que la cirugía robótica es una opción viable y efectiva para hepatectomías menores, ofreciendo beneficios en términos de precisión y recuperación del paciente.

102.-¿CÓMO INICIAR UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA EN HPB?

Carlos A García; Guillermo Martínez, Carlos Esparguel, Ignacio Miranda

Hospital San Borja Arriarán, Servicio de cirugía: Departamento de Cirugía Campus centro
Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: Iniciar un programa robótico en cirugía hepato-bilio-pancreática (HPB) es un desafío significativo que requiere una implementación progresiva, supervisada y prudente. Es fundamental considerar la formación y capacitación en cirugía robótica, incluyendo al personal adjunto, así como la experiencia previa en cirugía laparoscópica. El apoyo de un equipo multidisciplinario es crucial para la discusión y selección de pacientes adecuados. Además, es necesario demostrar la factibilidad económica del proyecto y presentar constantemente los resultados clínicos para evaluar y optimizar el programa. Con este enfoque, nuestro estudio documenta las lecciones aprendidas durante la implementación y desarrollo de un programa de cirugía robótica HPB, destacando los logros y desafíos enfrentados.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es evaluar la implementación clínica de un programa de cirugía robótica en procedimientos hepato-bilio-pancreáticos (HPB), analizando su factibilidad, seguridad y eficacia a través de los resultados postoperatorios iniciales.

MATERIAL Y MÉTODO: Diseño del Estudio: Estudio observacional descriptivo. Periodo de Estudio: Enero 2023 - Junio 2024. Población del Estudio: Pacientes sometidos a cirugía HPB mediante abordaje robótico. Criterios de Inclusión: Pacientes programados para hepatectomías, cirugías de vía biliar (benignas y malignas), colecistectomías y resecciones pancreáticas por abordaje robótico. Selección de casos por un equipo multidisciplinario. Procedimientos Quirúrgicos: Realizados con el sistema robótico Da Vinci. Se comenzó con casos de menor complejidad y se avanzó a procedimientos más complejos. Todos los cirujanos y el personal adjunto recibieron formación específica en cirugía robótica. Variables Analizadas: Datos demográficos, comorbilidades, cirugías abdominales previas, tipo de hepatectomía, tiempo de docking, tiempo en consola, tiempo total quirúrgico, destino postoperatorio, complicaciones intra y postoperatorias, conversión a cirugía abierta. Recolección de Datos: Los datos pre, intra y postoperatorios fueron recolectados prospectivamente en una base de datos específica. Análisis Estadístico: Análisis descriptivo de todas las variables.

RESULTADO: Durante el periodo de estudio se operaron 60 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 56,5 años, con una relación hombre de 0,61:1. Las cirugías realizadas incluyeron: Colecistectomías (con o sin otros procedimientos): 34 Hepatectomías: 10 Pancreatectomías: 8 Derivaciones biliodigestivas: 5 Otros: 3 Tiempos Promedios: Docking: 18,28 minutos Consola: 117,97 minutos (variando de 50 minutos para colecistectomía a 341 minutos para pancreatoduodenectomía). Resultados Clínicos: Mortalidad operatoria: 0% Complicaciones postoperatorias: 18,33% Días promedio de hospitalización: 4

CONCLUSIÓN: La implementación de un programa de cirugía robótica HPB en nuestro centro ha demostrado ser factible, segura y efectiva. Los procedimientos realizados incluyeron colecistectomías, hepatectomías, pancreatectomías y derivaciones biliodigestivas, con tiempos quirúrgicos aceptables y bajas tasas de complicaciones. La mortalidad operatoria fue nula y el tiempo de hospitalización promedio fue de 4 días, indicando una recuperación rápida y eficiente. La capacitación específica del equipo quirúrgico y el apoyo de un equipo multidisciplinario fueron clave para el éxito del programa. Estos resultados sugieren que la cirugía robótica es una opción viable y segura para procedimientos HPB, ofreciendo beneficios significativos en precisión quirúrgica y recuperación del paciente.

83.-COLANGIOGRAFÍA FLUORESCENTE DE RUTINA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ELECTIVA

Pascale Sallaberry S., Alex Escalona P., Rodrigo Muñoz C., Manuel Vial G., Enrique Lanzarini S.

Clínica Universidad de Los Andes

INTRODUCCIÓN: La colecistectomía laparoscópica es la cirugía electiva más realizada en Chile. La complicación más temida es la lesión de vía biliar, que ocurre en el 0,2 a 0,7% de los pacientes, siendo la principal causa, la no identificación de las estructuras anatómicas. La utilización de fluorescencia en esta cirugía es una técnica prometedora, ya que permite una identificación rápida y no invasiva de la vía biliar principal, lo que podría disminuir el riesgo de lesionarla.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es determinar la factibilidad y seguridad de la colangiografía fluorescente de rutina en pacientes adultos sometidos a colecistectomía electiva.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio piloto que incluye todos los pacientes adultos sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva en una clínica universitaria, entre junio del 2023 y junio del 2024. Se excluyeron los pacientes en que se realizó colecistectomía combinada con otra cirugía y pacientes alérgicos al yodo. Se compararon los pacientes en que se realizó colangiografía fluorescente (CF) con 1.25 mg de verde de indocianina, inyectados vía intravenosa 30 minutos antes de la cirugía, con los pacientes en que no se realizó (no-CF), como grupo control. Se evaluaron las variables demográficas, tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, consulta en urgencias, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta y lesión de la vía biliar. Se realizó análisis exploratorio de los datos y estadística analítica bivariada, T-test para variables continuas y X² para variables categóricas.

RESULTADO: Se incluyeron 254 pacientes. En 29 de ellos se realizó CF y en 225 no. La edad promedio fue 49.9±16 para ambos grupos. En el grupo con CF, un 54.2% fueron mujeres, y un 60.4% en el grupo no-CF. La estadía hospitalaria fue significativamente menor en el grupo con CF (11.8±5.9 versus 21.0±24 horas, p=0.031). No hubo diferencia estadística significativa en tiempo operatorio (59.1±11.7 versus 56.1±22.7 minutos). El grupo CF no tuvo consultas en urgencia, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta, ni lesiones de la vía biliar, en comparación al grupo control, que tuvo 2.2%, 0.4%, 0.4%, 0.9% y 0.9% respectivamente, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. No se presentaron eventos adversos asociados a la inyección de verde de indocianina. En el grupo con CF se logró visualizar la vía biliar principal en todos los casos, tanto antes, como después de realizar la disección.

CONCLUSIÓN: La CF en forma rutinaria es factible y segura en pacientes adultos sometidos a colecistectomía electiva. En nuestro estudio, la utilización de CF se asocia a menor estadía hospitalaria.

103.-PANCREATECTOMÍA TOTAL: RESULTADO DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Sebastián Sapiain González, Patricio Araya Cortés, Deycies Gaete Letelier, Alexandre Saure Maritano, Jaime Castillo Koch, Hanns Lembach Jahnsen, Carlos Mandiola Bunster, Omar Orellana Espinoza, Karin Papapietro Vallejo.

Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: La pancreatectomía total (PT), publicada en 1943, es una cirugía de alta morbimortalidad, genera insuficiencia pancreática endocrina y exocrina permanente, por lo que es poco practicada. Los avances en el tratamiento de la diabetes y reemplazo de enzimas pancreáticas, ha mejorado significativamente en la calidad de vida y sobrevida de estos pacientes.

OBJETIVOS: El objetivo de este estudio es caracterizar a los pacientes sometidos PT en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) y su evolución.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio unicéntrico, descriptivo, observacional, retrospectivo de los pacientes con PT en el HCUCH entre 2006 y 2024, caracterizándose en cuanto a morbimortalidad y seguimiento.

RESULTADO: Se realizaron un total de 20 PT. Esta población presentó: similar distribución entre sexos, promedio de edad de 63 años. 55% eutróficos, 25% sobrepeso, 10% obesos al ingreso. El 75% presentaba comorbilidades, principalmente hipertensión (45%), diabetes (25%) y tabaquismo (25%), antecedente de cáncer de otro origen tratado (15%). Un 95% fue por cáncer, un 84,21% adenocarcinoma, 10,53% neuroendocrino y 5,26% metástasis (de cáncer renal), 1 caso con IPMN de alto grado. 35% presentó ganglios comprometidos. 55% presentó complicaciones, 35 % quirúrgicas, principalmente retención gástrica (28%) y hemorragias digestivas (28%). Mortalidad del 10% (2 pacientes). La estadía hospitalaria fue de 20 días en promedio (DE +/-19 días). Al seguimiento 30% presentó recidiva, 10% local, 25% metastásicas (hepáticas, peritoneales, pulmonar, otros). 35% recibió quimioterapia, 20% radioterapia. Sobrevida 55 % al año y 15 % a 5 años. De los pacientes vivos, con seguimiento desde 6 meses a 17 años (5 de 6 casos), se encontró un 100% de pacientes con bajo peso, todos en tratamiento con enzimas pancreáticas e insulino terapia.

CONCLUSIÓN: La indicación clásica de PT es enfermedad neoplásica como adenocarcinoma, IPMN, metástasis, tumores neuroendocrinos, sin embargo también se realiza en casos de trauma y para el tratamiento de la pancreatitis crónica. En nuestra serie de casos encontramos como principal indicación el adenocarcinoma, seguido de tumores neuroendocrinos. La morbimortalidad y resecabilidad presentada es comparable a lo reportado en la literatura. La PT es una cirugía de gran morbilidad y de complejo manejo postoperatorio, pero está indicada en algunos casos para lograr un manejo oncológico adecuado. Nuestros resultados son similares a los reportados en la literatura, siendo esta la mayor serie chilena publicada de estas características hasta la fecha.

VIDEO

37.- GASTRO YEYUNOANASTOMOSIS AL ASA BILIAR PARA ACCESO ENDOSCÓPICO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA

Mónica Rondón Rodríguez , Nasser Eluzen G, Daniel Segovia M, Barbara Carreño M, Cristian Romero B, Jose Siccha E, Bruno Solari V, Barbara Silva P.

UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA - HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

INTRODUCCIÓN: La hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux sigue siendo el abordaje principal para los casos quirúrgicos con lesión del conducto biliar, siendo la estenosis anastomótica la complicación más grave a largo plazo debido a sus devastadoras secuelas. El tratamiento quirúrgico destinado a la revisión de la derivación bilioentérica es un gran desafío para el cirujano, y a pesar de la alta eficacia del tratamiento endoscópico, el acceso al sitio anastomótico se ve obstaculizado por la larga distancia recorrida por el endoscopio para alcanzar dicha anastomosis. Esto puede superarse si se dispone de un "bucle de acceso" corto al sitio anastomótico bilioentérico. En esta oportunidad presentaremos la provisión de este bucle de acceso, desde una gastroyeyunoanastomosis para el tratamiento de la hepatolitiasis secundaria a la estenosis de la derivación biliogestiva.

OBJETIVOS: Describir la técnica de la gastro-yeyunoanastomosis, para lograr el acceso endoscópico futuro en las derivaciones biliodigestivas complejas y con alto riesgo de estenosis.

CONTENIDO DE VIDEO: Se muestra a un paciente de 41 años, procedente de Calama, sin patologías de base, con antecedente quirúrgico de una hepaticoyeyunoanastomosis en Y de roux por lesión de vía biliar en septiembre 2021. Evoluciona con estenosis de la hepaticoyeyunoanastomosis y se establece como plan la realización de una nueva derivación biliodigestiva asociado a extracción de litiasis y dilatación de anastomosis intra pabellón con asistencia endoscópica. Descripción de técnica quirúrgica: Técnica: Dilatación de anastomosis biliodigestiva. Extracción de coledocolitiasis. Gastro yeyuno anastomosis al asa biliar. Instalación de prótesis biliar. Se realizo un abordaje abierto mediante laparotomía media supra umbilical. Enterotomía cercana a la anastomosis con exploración endoscópica asistida a través del asa biliar, constando como hallazgos: - - Dos (2) anastomosis milimétricas Vía biliar dilatada con múltiples cálculos. Se realiza corte con papilotomo, unión de las dos anastomosis logrando un lumen de 1 cm. Luego la extracción de múltiples litos con canastillo y balón, asociado a litotricia de los cálculos mayores. No se logra la extracción de todos los litos por lo cual se instalan dos prótesis biliares. Enterorrafia de enterotomía y se confecciona anastomosis del asa biliar al estómago para tener acceso endoscópico. Resultados: Paciente cumple 6 días de hospitalización postoperatoria, con evolución satisfactoria. Se programa colangiografía endoscópica por gastroyeyunoanastomosis dos semanas después, evidenciando anastomosis amplia, vía biliar con múltiples coledocolitiasis las cuales se extraen con balón, colangiografía negativa para coledocolitiasis.

104.-PANCREATECTOMÍA CORPOROCAUDAL, 14 AÑOS DE EXPERIENCIA Y RIESGO DE FÍSTULA PANCREÁTICA SEGÚN MÉTODO DE SECCIÓN EN UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Camila Sotomayor L., Daniel García., Megan Neumann B., Claudia Marin H., Natalia Reyes, Vicente Caldentey M., Eduardo Viñuela, Nicolás Jarufe, Jorge Martínez, Eduardo Briceño

Departamento de Cirugía Digestiva, Escuela de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: A través de los años se han descrito múltiples factores de riesgo para desarrollo de fístula pancreática en las pancreatectomías corporocaudales (PCC), entre ellos tabaquismo, cirugía abierta versus mínimamente invasiva, textura del páncreas, sangrado intraoperatorio y métodos de cierre del muñón pancreático. Grapadoras con tecnología tri-stapler son frecuentemente utilizadas en la actualidad para dividir el páncreas en esta cirugía, sin embargo, el criterio de selección del método de sección para prevenir la aparición de fístulas persiste sin consenso.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de 14 años en PCC laparoscópicas en un programa universitario nacional y evaluar riesgo de fístula según método de sección del páncreas.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de registros clínicos entre 2010 y 2024 de PCC laparoscópicas realizadas en Red de Salud UC-Christus, Santiago, Chile.

RESULTADO: 143 pancreatectomías corporocaudales con intención laparoscópica fueron realizadas entre enero 2010 y julio 2024. 88% totalmente laparoscópicas y 11% convertidas a vía abierta. El promedio +DE de edad de los pacientes fue de 51,8 + 18,4 años. 65% fueron mujeres (n=94). El 14% fueron con preservación esplénica, 8,8% con resección multiorgánica y 4,4% requirió resección vascular. 25% de los pacientes operados presentaba antecedente de diabetes o resistencia a la insulina, 28% tabaquismo y 44% antecedente de cirugía abdominal previa. La causa de la resección fue adenocarcinoma en un 20% de los casos. El plano de transección más frecuente fue cuello de páncreas (71%). Al analizar el método de sección de páncreas 95,6% de los casos (n=137) fueron realizados con stapler y los restantes (n=6) con métodos de sección variados, como instrumentos de energía, bisturí frío u otros. 39% de los pacientes presentó fístula pancreática, de éstos solo 45% fue clínicamente significativa (B o C). Al dividir el total de cirugías en 3 periodos quirúrgicos (2010-2015/ 2016-2020/2021-2024), podemos notar que durante los primeros 5 años un 44.7% presentó fístulas pancreáticas clínicamente significativas, mientras que durante los periodos siguientes este porcentaje disminuyó a un 23,1% y 23,7% respectivamente. Realizando revisión de registro de pabellón y protocolos operatorios se identificó 14 tipos diferentes de stapler utilizados a través de los años. Al evaluar según tipo de stapler, los más utilizados fueron EndoGIA blanca 60 mm-2.5 en 20,1%, EGIA60CTAVM (Endo GIA 60 mm carga Beige vascular/medium) en 28,4%, SIG60CTAVM (60 mm carga Beige vascular/medium con tecnología Signia) en 12,7% y ENDOGIA 60 mm-4.8 DLU carga verde en 8,2% de los pacientes. En el grupo de pacientes en que se utilizó ENDOGIA 60 mm-4.8 DLU carga verde hubo 72,7% de fístula total y 45,5% de fístula clínicamente significativa. En aquellos en que se utilizó EndoGIA blanca 60 mm-2.5 hubo 63% de fístula en total y 18,5% de fístula clínicamente significativa, Al usar EGIA60CTAVM 52,6% de fístula, siendo 23,7% al considerar solo tipo B o C y con SIG60CTAVM 41,2% de fístula pancreática y solo 17,6% tipo B o C.

CONCLUSIÓN: Resulta interesante evaluar la incidencia de fístula pancreática en pancreatectomías corporocaudales en nuestro centro, en especial al dividir la experiencia en periodos de 5 años, con lo que se observa una disminución tanto del porcentaje de fístulas en general como de aquellas clínicamente significativas, contando con el mismo equipo médico. Podemos apreciar una asociación de esta disminución con el cambio progresivo de métodos de sección, evolucionando desde grapadoras simples hasta la tecnología tri-stapler y Signia, con lo que se evidencia una clara caída en el porcentaje de filtración y de la gravedad de éstas.

VIDEO

38.- HEPATICOYEUANO ANASTOMOSIS LAPAROSCÓPICA POR LESIÓN DE VÍA BILIAR STRASBERG E2

Zeyuan Zhang, Samuel Balmaceda, Caterina Contreras Bertolo, Rubén Ávila Sepúlveda, Andres Marambio Granic, Pedro Soto Gajardo

Universidad de los Andes, Hospital de la Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza

INTRODUCCIÓN: La lesión de vía biliar es una de las complicaciones más graves posterior a una colecistectomía, pudiendo generar morbimortalidad perioperatoria significativa a corto y largo plazo. Tiene una incidencia reportada entre 0,2-0,5% siendo más alta en colecistectomía laparoscópica inicialmente, sin embargo, gracias al progresivo entrenamiento laparoscópico, las cifras actuales son similares. Sólo un tercio se diagnostican intraoperatoriamente, siendo el diagnóstico tardío de peor pronóstico. El manejo de las lesiones de vía biliar es variable, dependiendo del tipo de lesión, temporalidad diagnóstica y múltiples otros factores. No obstante, la mayoría de los casos es de manejo quirúrgico, especialmente lesiones transfixiantes, a través de una derivación biliodigestiva, siendo la hepatico-yeyuno anastomosis en Y de Roux una de las opciones más frecuentes.

OBJETIVOS: El manejo quirúrgico clásicamente se ha descrito con técnica abierta por laparotomía, con una tasa de éxito cercana al 90% en casos de diagnóstico precoz en manos de cirujanos expertos. Estrategias mínimamente invasivas por laparoscopía han sido descritas en la literatura reciente, con reportes de caso y series retrospectivas con buenos resultados pero en población limitada. Se presenta a continuación un video intraoperatorio de manejo laparoscópico de lesión de vía biliar para aportar a la literatura sobre el manejo mínimamente invasivo de esta entidad y resaltar las implicancias quirúrgicas del manejo laparoscópico.

CONTENIDO DE VIDEO: Paciente de 56 años sexo femenino, evaluada en su tercer día postoperada de Colecistectomía laparoscópica con sospecha de lesión de vía biliar, dejándose drenaje a lecho quirúrgico. Se realiza laparoscopía exploradora con hallazgo de múltiples estructuras clipadas en lecho, retiro de clip y colangiografía que muestra lesión de vía biliar tipo Strasberg E2, paciente en buenas condiciones, sin infección sistémica ni local, tejidos sanos, se decide realizar hepatico-yeyuno anastomosis en Y de Roux. Resección y regularización de borde de colédoco proximal, muestra a biopsia diferida. Se confecciona hepaticoyeyuno anastomosis término-lateral puntos corridos PDS 5-0 y entero-entero anastomosis latero-lateral mecánico con cierre anterior de Monocryl 3-0. Se completa cirugía sin incidentes, paciente evoluciona de forma favorable, se indica alta al 6to día posoperada. La biopsia diferida informa vía biliar infiltrada por adenocarcinoma tubular moderadamente diferenciado pancreatobiliar. Se decide quimioterapia.