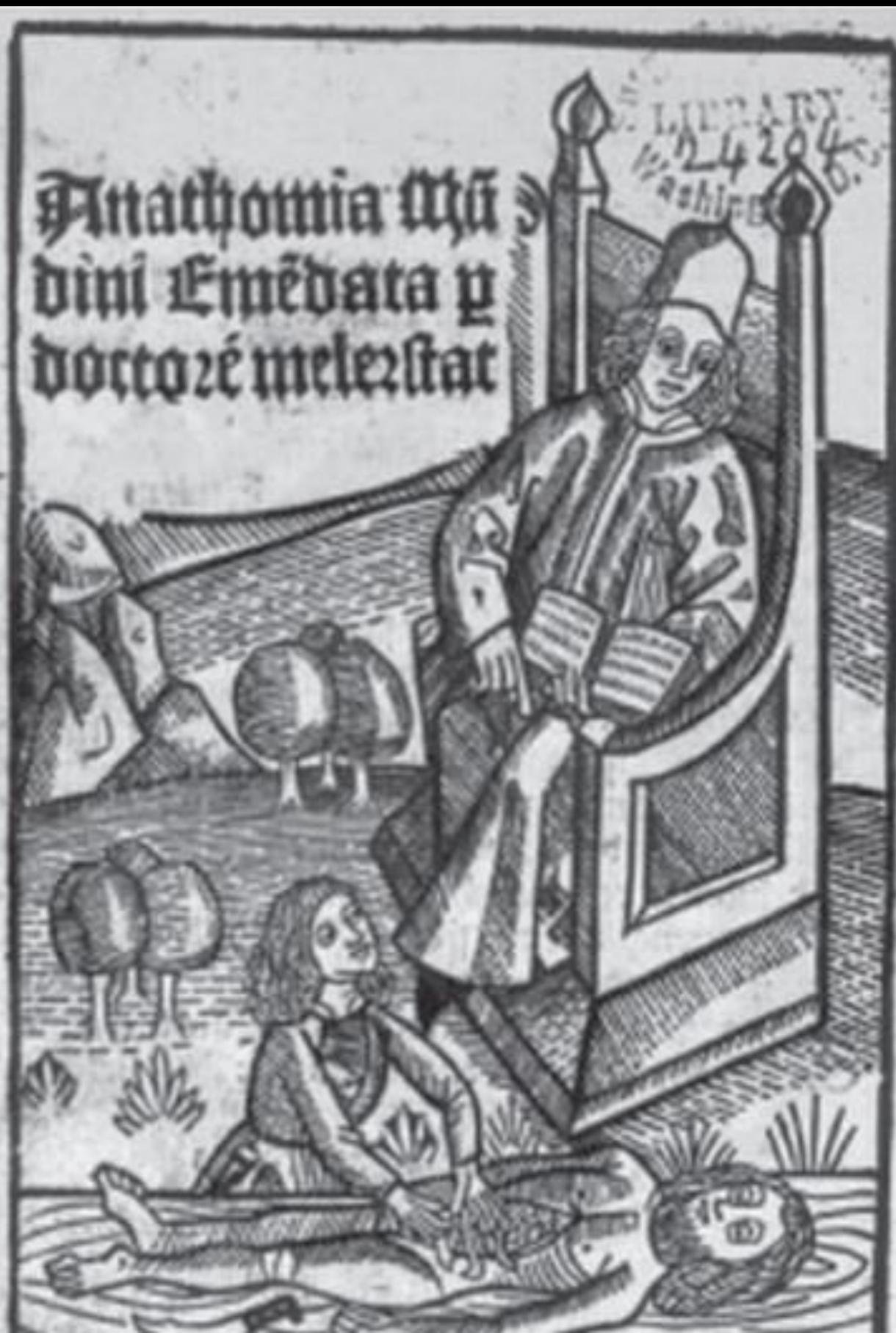


REVISTA JORNADAS QUIRURGICAS

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

NOVIEMBRE 2016 – SANTIAGO, CHILE.



Universidad de
los Andes
^
**FACULTAD
DE MEDICINA**



JORNADAS DE CIRUGÍA
Universidad de los Andes



Fig. Lección de anatomía de la escuela italiana (sigloXV). Autor anónimo.

JORNADAS QUIRÚRGICAS 2016

PARA ESTUDIANTES E INTERNOS DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES, CERTIFICA QUE:



Dr. Matias Ubilla S.
Director de Estudios
Escuela de Medicina
Universidad de los Andes

Dr. Jaime Bitran D.
Coordinador Académico
Jornadas de Cirugía
Universidad de los Andes

Maria Jose Pizarro
7mo año Medicina
Coordinador General
Jornadas de Cirugía
Universidad de los Andes

Sebastian Spichiger Reyes
7mo año de Medicina
Coordinador General
Jornadas de Cirugía
Universidad de los Andes

Diego Montoya Moya
7mo año de Medicina
Coordinador General
Jornadas de Cirugía
Universidad de los Andes

Sebastián Rodríguez
6to año de Medicina
Coordinador General
Jornadas de Cirugía
Universidad de los Andes

HAN PARTICIPADO COMO COMISIÓN ORGANIZADORA DE LAS JORNADAS DE CIRUGÍA PARA ESTUDIANTES E INTERNOS DE MEDICINA, REALIZADAS EL DÍA 15 DE OCTUBRE DE 2016 EN LA UNIVERSIDAD DE LOS ANDES. SANTIAGO, CHILE.



Universidad de los Andes > **MEDICINA**



ÍNDICE

Programa de la Actividad.....	4
Abstracts Presentaciones Orales.....	8
Abstracts Pósters.....	15
Jurado y Ganadores.....	22

PROGRAMA JORNADAS QUIRÚRGICAS UANDES – 2016

HORA	ITEM
7:30 - 8:15	Inscripciones e instalación de Posters
8:15 – 8:30	Bienvenida

PRESENTACIONES PPT

8:30 – 8:45	<p>PPT 1: “CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL, ENTIDAD POCO FRECUENTE; REPORTE DE UN CASO”</p> <p>Autores: Pamela Gatica S, María José Hernández SM, Paula Godoy S, Stephanie Graf G, Dr. Oscar Soto S.</p>
8:45 – 9:00	<p>PPT 2: “GANGLION INTRAOSEO SEMILUNAR: A PROPOSITO DE UN CASO”</p> <p>Autores: Diego Abarza M, Fernanda Luna F, Violeta Pacheco S, Eileen Martinez A, Dr. Rene Jorquera A.</p>
9:00 – 9:15	<p>PPT 3: “COMPARACIÓN EN PÉRDIDA DE EXCESO DE PESO ENTRE MANGA GÁSTRICA Y BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO EN POBLACIÓN CHILENA”</p> <p>Autores: Cristian Marín, Romina Soza, Dr. Rodrigo Tejos.</p>
9:15 – 9:30	<p>PPT 4: “PREVALENCIA EMBARAZO NO PLANIFICADO EN HOSPITAL EL PINO (SAN BERNARDO, CHILE). ANALISIS DE ENCUESTA”</p> <p>Autores: Diego Abarza M, Fernanda Luna F, Violeta Pacheco S, Dr. Jaime Robles P, Eileen Martinez A.</p>
9:30 – 9:45	<p>PPT 5: “PANCREATODUODENECTOMÍA DE URGENCIA POR ÚLCERA DUODENAL GIGANTE DE UBICACIÓN INFRECUENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO”</p> <p>Autores: Aníbal Paredes M, Alejandro Bozzo M, Jorge Isla V, Dr. Felipe Castillo H.</p>
9:45 – 10:00	<p>PPT 6: “OCLUSIÓN TRANSITORIA SELECTIVA DE ARTERIAS ILÍACAS INTERNAS EN EL MANEJO INTRAOPERATORIO DE PLACENTA ACRETA”</p> <p>Autores: Francisco Arraiza M, Macarena Gonzalez C, Camila Pincheira R, Harumi Oyarce L, Macarena Jofré A, Andrea Navarrete R, Guillermo Gonzalez Z.</p>

PRESENTACIÓN POSTERS

- 10:10 – 10:20 **Poster 1:** “PIODERMA GANGRENOSO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRUGÍA MAMARIA, REPORTE DE UN CASO”
- Autores: Guillermo Narbona Y, M a Ignacia Traub G, Dr. Mario Godoy S.
- Poster 7:** “HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE LOS AÑOS 2005-2015”
- Autores: Francisco Arraiza M, Macarena González C, Marcela Muñoz U, Karen Jara S, Dr. Guillermo González Z.
- 10:20 – 10:30 **Poster 2:** “DEFORMIDAD DE MADELUNG: REPORTE DE UN CASO”
- Autores: Paloma Triviño M, Daniela Morales H, Francisco Tórrez H, José Gajardo Campos, Dr. Matías Alarcón D.
- Poster 8:** DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT EN EL EMBARAZO.
- Autores: Carolina Bustos P, Javier González G, Nicole Hernández F, Montserrat Arceu O, Dra. Lía Muñoz S.
- 10:30 – 10:40 **Poster 3:** “DIVERTICULITIS DE COLON DERECHO REPORTE DE UN CASO”
- Constanza Olivares P, Camila Venegas V, María José Ramírez R, Catalina Passalacqua G, Claudio Mora.
- Poster 9:** “COLGAJO PERFORANTE EN QUEMADURA ELÉCTRICA DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICIÓN DE CALOTA”
- Autores: Sebastián Cabello A, Francisca Diéguez V, Victoria Gamé F, Wenceslao Zegers V, Dr. Rodrigo Cabello P.
- 10:40 – 10:50 **Poster 4:** “PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDEMIA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO CLÍNICO”
- Autores: Pablo Arriagada R, Natalia Calvo A, Xaviera Prado K, Dra. Andrea Blanco P.
- Poster 10:** “DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CAUSADO POR MESENTERITIS ESCLEROSANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO”
- Autores: Héctor Mery A, Marcos Ravanales J, Fernanda Luna F, Daniela Mendez M, Dr. Nelson Montaña C.
- 10:50 – 11:00 **Poster 5:** “SALPINGECTOMÍA VERSUS SALPINGOSTOMÍA: FERTILIDAD LUEGO DE EMBARAZO ECTÓPICO”

Autores: Katherine Ellsworth C, Bárbara Valenzuela E, Daniela Náray C, Dr. José Antonio Arraztoa V.

Poster 11: “APENDICITIS POR ACTINOMYCES, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA APENDICULAR”

Autores: Carla Ayala P, Jorge Troncoso G, Dr. Carlos Ayala P, Dr. Patricio Fernández A.

11:00 – 11:10

Poster 6: “INFARTO FOCAL GRASO DE LIGAMENTO FALCIFORME: UNA EXTRAÑA CAUSA DE ALGIA ABDOMINAL AGUDA”

Autores: Gonzalo Rojas G, Sofía Morales B, Alexandra Volosky F, Tomás Pineda R, Dr. Mario Santamarina R.

Poster 12: “MANEJO QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA POR FIEBRE TIFOIDEA: REPORTE DE CASO”

Autores: Camila Farías V, Claudio Contreras L, Javier Osses O, Carlos Marrero E, Dr. Claudio Zúñiga T.

11:10 – 11:30

Coffee 1

11:40 – 12:10

CHARLA EXPERTO : Dr. Ignacio Gonzalez Muñoz “ROL DE LAPAROSCOPIA EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA”
(AULA MAGNA)

PRESENTACIONES PPT
(CONTINUACIÓN)

12:10 – 12:25

PPT 7: “DIVERTICULITIS DE YEYUNO ILEON: REPORTE DE UN CASO”

Autores: Natalia Calvo A, Pablo Arriagada R, Herman Ahumada P, Dr. Eduardo Brigando L.

12:25 – 12:40

PPT 8: “SUPERVIVENCIA DE PACIENTES OPERADOS DE ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE”

Autores: Constanza Miranda S, Ana Vieira Y, Daniela Gálvez R, Dr. Alejo Chávez A.

12:40– 12:55

PPT 9: “REPORTE DE SEIS CASOS CLÍNICOS DE TUMORES GÁSTRICOS DE COLISIÓN EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD), SANTIAGO”

Autores: J.S. Trujillo, P. Zuazagoitia, J.P. Cárdenas, I. Hassi, Dr. J. Stambuk.

- 12:55 – 13:10 **PPT 10:** “MELANOMA ANORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO”
- Autores: Felipe Pizarro, Ismael Vial, Germán Gutiérrez, Dr. Nicolás Kerrigan.
- 13:10 – 13:25 **PPT 11:** “ESTENOSIS URETERAL POST-TRASPLANTE RENAL, URETERO-URETEROSTOMÍA CON URÉTER NATIVO: CASO CLÍNICO”
- Autores: Camilo Vidal C, Dr. Iván Saéz V.
- 13:25 – 13:40 **PPT 12:** “HERNIA INTERNA, COMPLICACIÓN TARDÍA DE BYPASS GÁSTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO E IMPORTANCIA EN SU PREVENCIÓN. REPORTE DE UN CASO”
- Autores: Catalina Passalacqua G, Camila Venegas V, Tina Morales M, María José Ramírez R, Dr. Juan Pablo Castro C.
- 13:50 **Premiación 1er y 2do lugar PPT y Poster**
- 14:00 **Coffee 2**

ABSTRACTS PRESENTACIONES ORALES FORMATO POWER POINT

CARCINOMA DE CELULAS DE MERKEL, ENTIDAD POCO FRECUENTE; REPORTE DE UN CASO

Pamela Gatica S¹, María José Hernández SM¹, Paula Godoy S¹, Stephanie Graf G¹, Dr. Oscar Soto S²

¹ Interna medicina, Universidad Mayor sede Temuco.

² Cirujano Adulto, Hospital Angol

Introducción: El carcinoma de células de Merkel es un tumor neuroendocrino cutáneo localizado en áreas fotoexpuestas, entidad infrecuente pero con alta mortalidad. La edad promedio del diagnóstico es de 70 años. Se ha descrito tras radiación, terapia inmunosupresora o asociado a otros tumores. Se considera la neoplasia maligna cutánea de peor pronóstico.

Presentación del caso: Paciente de 80 años con cuadro de 6 meses de evolución de aumento de volumen sensible en región inguinal derecha, asociado a baja de peso e impotencia funcional. Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis evidencia masa en fosa iliaca derecha, solidoquística, de 6,1 por 4 centímetros, asociado a masa en región inguinal ipsilateral, sobre músculo y vasos iliacos externos de 8,2 por 7,9 centímetros que se extiende al plano cutáneo, ambas compatibles con conglomerado de adenopatías vascularizadas neoplásicas. Biopsia informa carcinoma de células de Merkel. Se realiza tomografía por emisión de positrones que descarta metástasis a distancia. Tras tumorectomía de ambas lesiones y sección en bloque de ganglios se deriva a radioterapia con buena tolerancia.

Discusión: Este caso es infrecuente, puesto que se presentó en una zona no fotoexpuesta, con características clínicas poco habituales. El diagnóstico se realiza con la clínica asociado a biopsia cutánea. Las imágenes radiológicas se utilizan para caracterizar la lesión e identificar metástasis. La cirugía es el tratamiento de elección y se recomienda radioterapia adyuvante para disminuir la recurrencia. El principal factor pronóstico es el estadio al momento del diagnóstico, por lo que es importante sospecharlo. Un abordaje oportuno mejora considerablemente la sobrevida del paciente.

Palabras clave: Carcinoma de células de Merkel, Neoplasia cutánea, Tumor neuroendocrino.

GANGLION INTRAOSEO SEMILUNAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Diego Abarza M¹, Fernanda Luna F¹, Violeta Pacheco S¹, Eileen Martínez A², Rene Jorquera A³

¹ Interno de Medicina, Universidad Andrés Bello.

² Medico General, Centro salud familiar Carol Urzua, San Bernardo, ³Departamento de Traumatología y Ortopedia, Clínica INDISA, Universidad Andrés Bello.

Introducción: El Ganglión Intraoseo del Semilunar (GIS) es una de las lesiones osteolíticas más frecuentes del carpo, suelen diagnosticarse de manera incidental por Radiografías solicitadas por motivos ajenos al Diagnóstico. La sintomatología es excepcional y su diagnóstico como causa de dolor es de descarte y suele cursar en concomitancia con fractura o esguinces si son de gran volumen y pericorticales. El tratamiento definitivo al dolor que produce, el cual característicamente es insidioso y persistente consiste en curetaje mas eventual injerto óseo y está especialmente indicada si existe dolor intenso, alto riesgo de fractura o decisión del paciente.

Presentación del caso: Mujer 41 años, quien presenta como único antecedente mórbido fractura de muñeca izquierda no desplazada por caída a nivel con adecuada respuesta inicial a tratamiento conservador con inmovilización y analgesia a base de paracetamol y antiinflamatorios en esquema corto. Desde la semana 2, refiere dolor residual en zona hipotenar que ha aumentado progresivamente. Se optimiza analgesia y kinesioterapia motora. A 6 las semanas el dolor persiste, focaliza en zona escafo-lunar, con signo Watson esbozado y flexo-extensión de muñeca limitada. Se solicita ArthroTAC que acusa GIS periférico abierto a espacio articular con adelgazamiento degenerativo de fibrocartilago triangular. Se resuelve mediante curetaje por artroscopia más injerto óseo con resolución de sintomatología a pocos días de la intervención.

Discusión: Se trata, por tanto, de cavitación previamente asintomática en hueso semilunar complicada por trauma de muñeca con tendencia a cronicidad, sobre todo si no existe alto índice de sospecha y adecuado seguimiento de fracturas.

Palabras clave: Ganglion Intraóseo, Dolor de muñeca, Dolor crónico.

COMPARACION EN PERDIDA DE EXCESO DE PESO ENTRE MANGA GASTRICA Y BYPASS GASTRICO LAPAROSCOPICO EN POBLACION CHILENA

Cristian Marín O¹, Romina Soza C.¹, Dr. Rodrigo Tejos S², Dr. Rodrigo Muñoz C³

¹ Interno 7° Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

² Residente de Cirugía General, programa de Magíster en Investigación Médica en Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Médico Universidad de los Andes, Cirujano Digestivo Hospital Clínico Universidad Católica de Chile.

Introducción: La cirugía bariátrica es un tratamiento efectivo para la obesidad. La pérdida del exceso de peso (PEP) es un objetivo primario para la medición de resultados a largo plazo, sin embargo las diferencias de éstos en Manga Gástrica (MG) y Bypass Gástrico Laparoscópico (BGL) han sido poco descritos en nuestra población.

Objetivo: Comparar la PEP entre MG y BGL a los 3 y 6 meses post cirugía en población chilena.

Metodología: Se realizó un estudio retrospectivo, tipo cohorte no concurrente. Se recopilaron pesos pre y post cirugía (3 y 6 meses) a través de llamados telefónicos o ficha electrónica de 111 operados de MG y 123 operados de BGL en el Hospital Clínico UC entre el 06/08/15 y el 30/03/16. Se realizó la comparación entre el promedio de PEP entre los pacientes operados de MG y BGL mediante análisis estadístico con pruebas de muestras independientes (Prueba de Levene y prueba T).

Resultados: El promedio de edad fue de 39,78 años, con peso e IMC promedio preoperatorio de 97,54 Kgs y 37,98 Kg/m² respectivamente. Promedio de PEP a los

3 meses con MG y con BGL fue de 17,909 y 19,711 Kg, y a los 6 meses fue de 22,925 y 26,468 Kgs respectivamente. **Conclusión:** La PEP en el BGL es significativamente mayor a los 3 y 6 meses, de similar forma que en series internacionales.

Palabras clave: Obesidad, Bypass gástrico, Manga gástrica, Cirugía bariátrica, Disminución exceso de peso.

PREVALENCIA EMBARAZO NO PLANIFICADO EN HOSPITAL EL PINO (SAN BERNARDO, CHILE). ANALISIS DE ENCUESTA

Diego Abarza M¹, Fernanda Luna F¹, Violeta Pacheco S¹, Dr. Jaime Robles P², Eileen Martinez Alvear³

¹ Interno de Medicina, Universidad Andres Bello.

² Departamento Ginecología y Obstetricia, Hospital el Pino, Universidad Andres Bello,

³ Medico General, CESFAM Carol Urzua, San Bernardo.

Introducción: En cuanto disminuye el nivel socio-económico (NSE) de la población, lo hace su nivel de salud. Entre otros factores, lo anterior se vincula a un acceso más limitado a servicios de salud, especialmente los relacionados con la prevención. Esto ocurre frecuentemente en las mujeres embarazadas provenientes de medios de bajo NSE, a pesar de que el control del embarazo se considere una de las medidas más importantes para preservar la salud del binomio madre-hijo. El embarazo no planificado (ENP) tiene importantes repercusiones psicosociales, destacando: deficiente control prenatal, inducción al aborto y disrupción familiar y personal. Los grupos de riesgo son niñas adolescentes, mujeres sin pareja estable y bajo NSE. Se perfilará población de Hospital El Pino (HEP) en base a encuesta.

Objetivos: 1. Dilucidar causa de embarazos no planificados. 2. Determinar cuál método anticonceptivo tiene mejor funcionamiento en la población objetivo.

Hipótesis: El ENP tiene fuerte vinculación al NSE y educacional.

Metodología: 29 embarazadas en encuestadas en HEP durante consultas de control prenatal, Urgencia y parto, lo que entregaría 95% de sensibilidad para la investigación, en relación a los nacimientos promedio por mes.

Resultados: 68.9% de encuestadas presentaron un embarazo no planificado (20 encuestadas). De las cuales solo un 30% utilizaba método anticonceptivo al momento del embarazo.

Discusión: Alta prevalente de ENP, determinado por gran número de menor de 19 años, pareja estable ausente, NSE y educacional bajo.

Palabras clave: Embarazo adolescente, Planificación familiar, Control prenatal, Prevención en Salud.

PANCREATODUODENECTOMÍA DE URGENCIA POR ÚLCERA DUODENAL GIGANTE DE UBICACIÓN INFRECIENTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Aníbal Paredes M, Alejandro Bozzo M, Jorge Isla V, Dr. Felipe Castillo H.
Hospital Barros Luco Trudeau (Santiago, San Miguel).
Equipo de cirugía digestiva alta. Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: Las úlceras duodenales ocurren debido a un desbalance entre los mecanismos de defensa de la mucosa gastrointestinal y los agentes de daño (principalmente ácidos gástricos y pepsina). Se estima que el 10% de los pacientes con úlceras duodenales sufrirán alguna complicación en su evolución, y dentro de éstas, la perforación. Comunicamos el caso de un paciente operado de una Pancreatoduodenectomía de urgencia por úlcera duodenal gigante de ubicación infrecuente diagnosticado y resuelto en el Servicio de Urgencia del Hospital Barros Luco Trudeau .

Presentación del caso: Mujer, 62 años sin antecedente mórbidos consulta por Epigastria de 6 días de evolución asociado a náuseas. Diagnóstico: TAC abdomen y pelvis colección hidroaérea adyacente a la tercera porción del duodeno y cabeza de páncreas, en D3 posiblemente perforación duodenal. Intervención: Laparotomía exploradora gran proceso inflamatorio pteo retroduodenal a

nivel de D2-D3 hasta ángulo duodeno yeyunal absceso retroperitoneal a nivel de D3 de aspecto turbio y perforación duodenal a nivel de D3 en cara posterior de 4x4 cm con bordes irregulares consistencia dura y coloración violácea. Se realiza pancreatoduodenectomía sin conservación de píloro, con montaje de Child. Biopsia de pieza operatoria informa úlcera duodenal perforada y necrosada. Paciente evoluciona favorablemente, presentando buena respuesta clínica. Alta a los 17 días post operatorio

Discusión: La enfermedad péptica complicada es una patología frecuente del servicio de urgencia cuya complicación más habitual es la perforación, siendo la resolución quirúrgica su principal tratamiento. En casos especiales en los cuales la úlcera tiene ubicación y tamaños inusuales, debemos considerar otras alternativas como la pancreatoduodenectomía.

Palabras clave: Pancreatoduodenectomía de urgencia, Úlcera duodenal gigante, Perforación duodenal, Absceso retroperitoneal.

OCLUSIÓN TRANSITORIA SELECTIVA DE ARTERIAS ILÍACAS INTERNAS EN EL MANEJO INTRAOPERATORIO DE PLACENTA ACRETA

Macarena González C¹, Francisco Arraiza M¹, Camila Pincheira R², Harumi Oyarce L², Andrea Navarrete R³, Guillermo González Z⁴

¹ Interno de Medicina, Universidad de La Frontera. Temuco – Chile.

² Interno de Medicina, Universidad de Los Andes. Santiago – Chile.

³ Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de la Frontera, Hospital Hernán Henríquez Aravena. Temuco – Chile.

⁴ Ginecólogo Obstetra – Hospital Hernán Henríquez Aravena. Docente Universidad de la Frontera. Temuco – Chile.

Servicio de Obstetricia, Servicio de Imagenología; Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Introducción: Placenta acreta es la inserción anormal de las vellosidades coriales al miometrio. Factor de

riesgo importante es la cicatriz de cesárea anterior (CCA). La hemorragia que ocurre al momento del alumbramiento es potencialmente mortal.

Presentación del caso: Se presentan dos casos de acretismo placentario manejados con cateterismo selectivo de arterias ilíacas internas (All) en el Hospital Hernán Henríquez Aravena.

Caso 1: Paciente de 31 años, con CCA. A las 36+4 semanas es diagnosticada con acretismo placentario y compromiso vesical. Cesárea electiva a las 37+ 2 semanas, previa instalación de balones intraílicos. Durante el alumbramiento se comprueba firme adherencia de placenta a posterior y cervical, logrando hemostasia del lecho y conservando útero. Paciente evoluciona con caída del hematocrito, sin metrorragia postoperatoria, requiriendo transfusión de dos unidades de glóbulos rojos (GR), sin otras complicaciones. Alta al quinto día.

Caso 2: Paciente de 38 años, con CCA. Diagnóstico a las 20 semanas de poli malformación fetal y placenta previa con acretismo. Cesárea electiva a las 31 semanas previo cateterismo selectivo de All. En el intraoperatorio se confirma infiltración miometrial con compromiso de peritoneo visceral y vejiga. Se logra alumbramiento dirigido incompleto, persistiendo sangrado por lo que se realiza una histerectomía total, requiriendo transfusión de tres unidades de GR en postoperatorio inmediato. Alta al décimo día.

Discusión: El manejo clásico del acretismo placentario implica la histerectomía. No existe consenso respecto al manejo conservador. El uso de catéteres de balón es controversial y actualmente no es posible predecir qué pacientes podrían beneficiarse de este procedimiento.

Palabras clave: Placenta acreta, Oclusión selectiva, Histerectomía.

DIVERTICULITIS DE YEYUNO ILEON: REPORTE DE UN CASO

Natalia Calvo A, Pablo Arriagada R, Herman Ahumada P, Dr. Eduardo Brigando L.

Hospital Naval Almirante Nef, Universidad de Valparaíso.

Introducción: La diverticulosis de yeyuno ileon (DYI) es una condición infrecuente y poco diagnosticada que normalmente no requiere tratamiento. El 40% cursa de manera asintomática, mientras que el resto presenta malestar abdominal inespecífico o malabsorción. Las complicaciones como perforación, obstrucción o hemorragia son poco comunes y requieren generalmente tratamiento quirúrgico.

Presentación del caso: Paciente de 81 años, con antecedentes de cáncer de próstata en tratamiento y hospitalización hace 3 años por diverticulitis de íleon tratada médicamente. Consultó en la unidad de emergencia por cuadro de dolor abdominal y fiebre de 24 horas de evolución, sugerente de abdomen agudo. El laboratorio reveló ascenso de parámetros inflamatorios y una tomografía computada de abdomen y pelvis constató cambios inflamatorios en relación a divertículo de yeyuno-íleon perforado. Se inició terapia antibiótica con buena respuesta clínica y de laboratorio al quinto día de tratamiento, decidiéndose alta y manejo ambulatorio con antibióticos orales.

Discusión: La DYI es una patología poco frecuente. La perforación es una de sus complicaciones y su tratamiento en general es quirúrgico. En la literatura se describen poco casos de manejo conservador, todos con buenos resultados. Si bien la cirugía continúa siendo el pilar principal del tratamiento, el manejo médico constituye una buena alternativa para los casos leves con infección localizada, o cuando el riesgo quirúrgico del paciente es elevado.

Palabras clave: Diverticulitis, Yeyuno-íleon, Manejo conservador.

SUPERVIVENCIA DE PACIENTES OPERADOS DE ANEURISMA DE LA AORTA ABDOMINAL EN EL HOSPITAL GUSTAVO FRICKE

Constanza Miranda S, Ana Vieira Y, Daniela Gálvez R, Alejo Chávez A.

Hospital Gustavo Fricke.

Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso.

Introducción: El Aneurisma de Aorta Abdominal (AAA), patología que ha sido poco estudiada en nuestro país, por lo que es necesario estudios sobre el tratamiento de esta, y así evaluar la eficacia de la terapéutica chilena al respecto.

Objetivos: Comparar la sobrevida de pacientes operados de AAA según sexo con la población sana; determinar si la sobrevida de pacientes tratados quirúrgicamente varía según la edad en que se realiza la intervención.

Metodología: Estudio analítico, observacional, de cohorte retrospectivo que incluye a pacientes operados de AAA entre los años 1995-2007. El listado de pacientes se adquirió a partir de una base de datos preexistente, los datos se obtuvieron a partir del registro de pacientes, para posterior análisis de datos.

Resultados: Se observan una menor sobrevida estadísticamente significativa en el grupo estudiado, al compararlo con población general. No existe diferencia estadísticamente significativa al analizar la edad de la intervención con años de supervivencia, ni tampoco al relacionar la supervivencia según tipo de intervención ya sea electiva o de urgencia.

Discusión: La sobrevida de los pacientes operados disminuye significativamente en comparación el promedio etario de la población sana, sin embargo es imperativo la realización de la intervención para corregir la evolución natural del AAA. Además, al no existir diferencias entre ser intervenido de forma electiva o de urgencia, ni considerarse como factor determinante la edad a la cual se realiza la intervención, quiere decir que hay protocolo exitoso, por lo que se recomienda la intervención.

Palabras clave: Aneurisma de aorta abdominal, Supervivencia, Mortalidad

REPORTE DE SEIS CASOS CLÍNICOS DE TUMORES GÁSTRICOS DE COLISIÓN EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS (HSJD), SANTIAGO

J.S. Trujillo¹, P. Zuazagoitia², J.P. Cárdenas³, I. Hassi², Dr. J. Stambuk⁴

¹ Cirujano, Hospital San Juan de Dios, La Serena.

² Interna 7mo año, Universidad de Los Andes

³ Residente de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Santiago.

⁴ Cirujano Oncólogo, Hospital San Juan de Dios, Santiago.

Introducción: Los tumores de colisión son una entidad constituida por dos líneas histológicas diferentes, con un claro margen de separación entre ellas y que no se entremezclan.

Presentación de los casos:

1. Mujer, 83 años, consultó por síndrome consuntivo y se pesquisó anemia. Endoscopia digestiva alta (EDA): lesiones elevadas en cuerpo y antro. Estudio de diseminación (ED) negativo. Se realizó gastrectomía subtotal D1.
2. Mujer, 66 años, consultó por hemorragia digestiva alta. EDA: lesión subcardial Bormann V. ED negativo. Se realizó gastrectomía total D2 y quimioterapia.
3. Mujer, 88 años, consultó por epigastralgia y baja de peso. EDA: lesión antral Bormann I-II. ED negativo. Se realizó gastrectomía total D2.
4. Mujer, 35 años, consultó por dolor abdominal y náuseas. TC abdomen-pelvis mostró lesiones nodulares de aspecto metastásico pulmonares y hepáticas. EDA: masa subcardial. Se realizó quimioterapia y luego laparoscopia exploradora, arrojando carcinomatosis extensa y metástasis hepáticas.
5. Mujer, 67 años, consultó por epigastralgia y baja de peso. EDA: lesión subcardial sésil de aspecto neoplásico. ED negativo. Se le realizó gastrectomía total D2.
6. Hombre, 81 años, consultó por epigastralgia y baja de peso. EDA: lesión corporal Bormann III. ED negativo. Se realizó gastrectomía total D1.

Los resultados anátomo-patológicos resultaron compatibles con tumor de colisión. Cinco correspondían a adenocarcinoma más neuroendocrino y una a adenocarcinoma más coriocarcinoma.

Palabras clave: Tumor, Colisión, Gástrico.

MELANOMA ANORRECTAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Pizarro¹, Ismael Vial¹, Germán Gutiérrez¹, Dr. Nicolás Kerrigan²

¹ Interno Medicina Universidad Mayor, Santiago, Chile.

² Departamento Coloproctología, Hospital Félix Bulnes Cerda, Santiago, Chile

Introducción: El melanoma anorrectal es una neoplasia poco frecuente, que posee mal pronóstico debido a lo avanzado de la enfermedad al momento del diagnóstico, con una sobrevida a los cinco años menor al 10%. A diferencia del melanoma cutáneo, hasta el 87% de los melanomas anorrectales pueden ser amelanocíticos. Suele presentarse con sintomatología inespecífica, principalmente con rectorragia o como hallazgo incidental en colonoscopías.

Presentación del caso: Paciente sexo femenino de 63 años que presenta rectorragia de 4 meses de evolución. El diagnóstico fue confirmado con biopsia rectal e inmunohistoquímica con marcadores HBM 45 y S100 positivos. Estudio de diseminación resultó negativo. El tratamiento de elección fue la resección abdominoperineal.

Conclusión: Actualmente, no existe una diferencia significativa en la sobrevida en aquellos pacientes que se someten a resección abdominoperineal (Operación de Miles) en relación a aquellos que se les realiza resección local mas radioterapia. Es por esto que es necesario obtener siempre un margen quirúrgico adecuado, sin comprometer severamente la funcionalidad del esfínter anal.

Palabras clave: Melanoma, Maligno, Anorrectal, Miles.

ESTENOSIS URETERAL POST-TRASPLANTE RENAL, URETERO-URETEROSTOMÍA CON URÉTER NATIVO: CASO CLÍNICO

Camilo Vidal C¹, Iván Saéz V²

¹ Interno escuela de Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

² Departamento de Urología, Hospital Militar, Santiago, Chile.

Introducción: La estenosis ureteral es la complicación quirúrgica más frecuente en pacientes trasplantados

renales con incidencia entre 0.5-10%. Hay que distinguir entre las estenosis precoces y tardías, estas últimas suelen ser causadas por fibrosis periureteral, isquemia o infecciones urinarias intercurrentes.

Presentación del caso: Hombre de 65 años con antecedente de cáncer renal derecho nefrectomizado el 2012 y enfermedad renal crónica en hemodiálisis, que en abril del 2016 se somete a trasplante renal. En controles se evidencia deterioro de función renal con creatinina que se eleva hasta 4.4mg/dL y ecodoppler renal que evidencia hidroureteronefrosis por lo que se realiza nefrostomía tras intento frustrado de franquear estenosis con catéter JJ. Posteriormente se realiza pieloureterografía por nefrostomía que confirma estenosis ureterovesical y se realiza nuevo intento de pasar pigtail anterógrado. Se propone reimplante ureterovesical, pero tras reseca segmento fibroso de aproximadamente 15mm, no es posible realizar neoimplante directo, por lo que se usa uréter nativo para anastomosis uretero-ureteral tras intento frustrado de disecar pelvis renal del injerto para ureteropielostomía.

Discusión: Normalmente la obstrucción ocasiona dilatación de la vía urinaria, condicionando deterioro de la función renal y/o complicaciones sépticas que obligan a manejo urgente con derivación urinaria (catéter o nefrostomía) para luego plantear una solución definitiva. Entre las opciones posibles la anastomosis entre vía urinaria nativa y el uréter o pelvis renal del injerto renal es una alternativa con excelentes resultados a largo y corto plazo. Existen opciones más conservadoras, como dilatación con balón o incisión endoscópica, pero con bajas tasas de éxito (45-65%).

Palabras clave: Estenosis ureteral, Uréter nativo, Anastomosis uretero-ureteral.

HERNIA INTERNA, COMPLICACIÓN TARDÍA DE BYPASS GÁSTRICO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO E IMPORTANCIA EN SU PREVENCIÓN. REPORTE DE UN CASO

Catalina Passalacqua G¹, Camila Venegas V¹, Tina Morales M¹, María José Ramírez R¹, Dr. Juan Pablo Castro C²

¹Internas séptimo año. Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello, Santiago de Chile.

²Médico cirujano, Universidad de Chile, 1989. Especialidad: Cirugía General, Universidad de Chile, 2001. Médico staff Clínica INDISA y docente UNAB.

Introducción: El bypass gástrico (BPG) es uno de los procedimientos más frecuentes realizados para la pérdida de peso a nivel mundial, junto con la creciente demanda han aumentado también sus complicaciones. La Hernia interna (HI) se presenta entre 1-5% de los casos, siendo mayor en abordaje laparoscópico. Dentro de sus complicaciones se ha descrito Obstrucción intestinal (OI) (0,2-5%), perforación intestinal (9,1%), hasta mortalidad (1,6%).

Presentación del caso: Paciente sexo femenino, 29 años de edad, con antecedentes de bypass gástrico laparoscópico (2003). Consulta por dolor abdominal difuso (> epigastrio) de 24 horas de evolución, constante, opresivo, intensidad máxima 8/10 EVA. Asociado a distensión abdominal, náuseas y diarrea líquida sin elementos patológicos. Afebril. Paciente refiere historia previa de dolor abdominal. Al ingreso

control de signos vitales y exámenes de laboratorio normales. Examen físico: dolor intenso palpación marco colónico y epigastrio, Blumberg (-), Murphy (-). TAC abdomen y pelvis informa paniculitis abdominal. Por alta sospecha clínica se realiza laparoscopia exploratoria encontrándose Hernia del espacio de Petersen y asas con signos de sufrimiento intestinal. Cirugía termina sin incidentes.

Discusión: El diagnóstico es difícil por su clínica inespecífica. Siempre sospechar en pacientes con antecedentes de BPG que consultan por dolor abdominal y/o síntomas sugerentes de OI. Es fundamental el estudio imagenológico, pero en caso de alta sospecha no retrasar tratamiento. En caso de intervención es necesario conocimiento de la técnica quirúrgica previa. La prevención mediante la técnica antecólica y cierre protocolizado de todos los defectos con uso de material no reabsorbible es la recomendación actual.

Palabras clave: Bypass gástrico, Hernia interna, Hernia de Petersen, Obstrucción intestinal.

ABSTRACTS PRESENTACIONES ORALES FORMATO PÓSTER

PIODERMA GANGRENOSO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE LA CIRUGÍA MAMARIA, REPORTE DE UN CASO

Guillermo Narbona Y¹, M^a Ignacia Traub G², Dr. Mario Godoy S³

¹ Estudiante de 5to año de medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes, Santiago.

² Estudiante de 4to año de medicina. Escuela de Medicina. Universidad de Los Andes, Santiago.

³ Cirujano Plástico, Estética y Reconstructiva. Clínica Las Condes, Santiago de Chile.

Introducción: El pioderma gangrenoso es una enfermedad cutánea poco frecuente descrita por primera vez en 1930. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres jóvenes y su incidencia estimada es de 1 en 100.000 habitantes. Corresponde a una entidad clínico-patológica cutánea bien definida, caracterizada por la presencia de pústulas eritematosas dolorosas únicas o múltiples que progresan rápidamente a úlceras necróticas con borde violáceo deprimido. Su etiología es desconocida, no obstante se ha descrito su relación con diferentes anomalías de la inmunidad humoral y celular. Debido a su baja incidencia son escasos los estudios con series numerosas.

Presentación del caso: Paciente femenino de 21 años sin antecedentes mórbidos previos, fue operada debido a una hipertrofia y ptosis de ambas mamas, presentando un postoperatorio inmediato sin incidentes. Acude a la consulta de cirugía plástica en Clínica Las Condes dos semanas después debido a la aparición de pequeñas úlceras en relación a la herida operatoria, acompañadas de un proceso inflamatorio circundante con salida de material purulento sin mal olor. Ausencia de fiebre, dolor o compromiso general.

Fue tratada con curaciones, además de tratamiento antibiótico. Se tomaron dos muestras de cultivos que resultaron negativos. Se diagnosticó un pioderma gangrenoso y fue tratada con corticoides sistémicos en altas dosis obteniendo una excelente respuesta.

Discusión: Se revisa la literatura y el caso clínico. No está muy clara su etiología, aunque las mayores sospechas patogénicas apuntan a una exagerada respuesta autoinmune como desencadenante de las lesiones secundaria a la agresión quirúrgica.

Palabras Clave: Pioderma gangrenoso, Mamoplastia, Úlcera.

HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO ENTRE LOS AÑOS 2005-2015

Francisco Arraiza M¹, Macarena González C¹, Marcela Muñoz U¹, Karen Jara S¹, Dr. Guillermo González Zúñiga²

¹Interno de Medicina Universidad de la Frontera, Temuco.

²Ginecólogo Obstetra del Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco.

Introducción: La histerectomía obstétrica (HTO) es una alternativa de manejo en pacientes afectadas por una hemorragia post parto (HPP) inmanejables por métodos médicos. El objetivo es caracterizar las pacientes sometidas a HTO en el Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHHA), la incidencia de este procedimiento, los factores de riesgo y estrategias de manejo.

Metodología: Se revisaron los libros de pabellón del HHHA entre los años 2005-2015, rescatando a

pacientes en que se realizó HTO total como subtotal. Se incluyó la información personal de la paciente, datos obstétricos y del parto. Los datos de manejan con herramientas de estadística descriptiva.

Resultados: Durante el periodo hubo 54 casos de HTO que representa una incidencia de 1,06 por cada 1000 pacientes, el método de resolución del embarazo más frecuente fue la cesárea de urgencia seguida de la electiva. La mayoría de las pacientes eran multíparas y la edad promedio es de 33 años.

Conclusión: La HPP es una emergencia obstétrica, y es de suma relevancia el reconocimiento precoz y manejo oportuno. El HHA tiene una incidencia de HTO acorde a los mejores estándares nacionales como internacionales, gracias a protocolos claros y establecidos.

Palabras clave: Histerectomía Obstétrica; Hemorragia post parto; Emergencia Obstétrica.

DEFORMIDAD DE MADELUNG: REPORTE DE UN CASO
Paloma Triviño M¹, Daniela Morales H¹, Francisco Tórrez H¹, José Gajardo Campos¹, Matías Alarcón D².

¹ Internos de Medicina, Universidad Mayor sede Temuco.

² Traumatólogo infantil, Hospital Dr. Augusto Riffart, Universidad Mayor sede Temuco.

Introducción: La deformidad de Madelung es una rara condición de la muñeca, que se caracteriza por cierre prematuro de la fisis distal del radio, de predominio femenino, puede ser parte de un trastorno genético o por causas adquiridas, generalmente bilateral, pero de severidad asimétrica, clínicamente se observa una prominente subluxación de la cabeza ulnar, con una desviación del radio distal hacia volar y ulnar, asociado a un antebrazo acortado. Puede estar asociado a dolor y limitación de los rangos de movimiento de la muñeca.

Presentación del caso: Paciente femenino de 13 años, con antecedente de deformidad de Madelung de muñeca izquierda, con osteotomía de acortamiento de ulna a los 9 años. Consulta este año por deformidad evidente, imposibilidad de la ulnarización de la

muñeca, dolor y limitación a la pronosupinación. Debido al síndrome de impactación cubital se realiza osteotomía de acortamiento de ulna y osteosíntesis (OTS) además de la fisiodesis distal definitiva, sin complicaciones y con buena respuesta en el seguimiento a corto plazo.

Discusión: El tratamiento en la Deformidad de Madelung debe decidirse considerando cuatro factores: edad del paciente y crecimiento previsible del radio, gravedad de la deformidad, severidad de los síntomas y hallazgos clínicos y radiológicos. Sus objetivos son aliviar el dolor, corrección estética y mejorar la movilidad articular. El tratamiento médico no suele ser efectivo y para el quirúrgico están descritos diversos procedimientos.

Palabras clave: Deformidades Adquiridas de la Mano, Deformidades Congénitas de la Mano, Osteocondrodisplasia, Deformidad de Madelung.

DISTROFIA MIOTÓNICA DE STEINERT EN EL EMBARAZO.

Carolina Bustos P, Javier González G, Nicole Hernández F, Montserrat Arceu O, Dra. Lía Muñoz S

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins.

Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

Introducción: La Distrofia Miotónica de Steinert (DMS) es una enfermedad multisistémica de herencia autosómica dominante. Las pacientes con DMS tienen mayores complicaciones obstétricas tales como: aborto, parto prematuro, metrorragias de 2° y 3° trimestre, trabajo de parto prolongado (TPPL), hemorragia post parto y muerte fetal.

Presentación del caso: Gestante de 32 años, con antecedentes de DMS, diabetes gestacional, historia obstétrica desfavorable y amenaza de parto prematuro (APP) en embarazo actual, acude a policlínico de alto riesgo a las 31 semanas, donde se decide ingreso hospitalario por sintomatología de APP persistente. En evaluación inicial presenta dinámica uterina (DU) de 2/10 minutos, latidos cardiotetales de 132 latidos por minuto, sin modificaciones cervicales

ni rotura de membranas. En evaluación ecográfica, destaca polihidramnios, hidronefrosis pielocalicial, micrognatia y pie bott bilateral. Se realiza tocólisis con evolución favorable. Discutido el caso, se decide cesárea electiva (CE) por riesgo materno fetal (RMF) ante TPPL, realizándose consejería pregestacional. A las 35 semanas, se realiza CE obteniéndose recién nacido, sexo masculino, 2020 g, pequeño para la edad gestacional, Apgar 2-3. Se realiza reanimación neonatal y posterior traslado a unidad de cuidados intensivos, sin mejoría clínica, falleciendo a las 23 horas de vida. La madre, en cambio, evoluciona favorablemente.

Discusión: Es importante identificar a las gestantes con DMS debido a poseer mayor riesgo obstétrico. Es clave un manejo enfocado en identificar complicaciones y que otorgue manejo perinatal correcto. Actualmente, no existe un tratamiento específico, generando que a pesar de los esfuerzos terapéuticos, muchas veces no sea posible evitar eventos adversos.

Palabras clave: distrofia miotónica de steinert, riesgo obstétrico, manejo.

DIVERTICULITIS DE COLON DERECHO, REPORTE DE UN CASO

Constanza Olivares P¹, Camila Venegas V¹, María José Ramírez R¹, Catalina Passalacqua G¹, Dr. Claudio Mora²

¹ Universidad Andrés Bello, Santiago.

² Cirujano General, Universidad Andrés Bello, Santiago.

Introducción: La diverticulitis de colon derecho es la inflamación de un divertículo verdadero, generalmente único y congénito. Más frecuente en hombres entre 35-45 años. El diagnóstico se realiza con la sospecha clínica y se confirma con tomografía de abdomen y pelvis.

Presentación del caso: Paciente femenina, 40 años, sin antecedentes, consulta por cuadro de 48 horas de dolor insidioso en hemiabdomen derecho, intensidad 8/10, asociado a distensión abdominal y anorexia, sin fiebre, náuseas, vómitos ni diarrea. Ingresa hemodinámicamente estable, afebril, Glasgow 15. Al examen físico ruidos hidroaéreos disminuidos,

abdomen distendido, sensible en hemiabdomen derecho con Blumberg y Rovsing positivo. El laboratorio destaca parámetros inflamatorios elevados. Se hospitaliza con sospecha de apendicitis aguda. Se solicita tomografía abdomen y pelvis, que muestra engrosamiento mural de colon derecho. Se diagnostica diverticulitis aguda de colon derecho, y debido al estado de la paciente se decidió manejo conservador con reposo digestivo por 48 horas, analgesia y antibioterapia de amplio espectro. La paciente evoluciona favorablemente, por lo que se decide alta médica al quinto día de tratamiento.

Discusión: El diagnóstico diferencial con apendicitis aguda es difícil debido a la localización y signos del cuadro clínico, el diagnóstico de certeza se realiza con tomografía de abdomen y pelvis, y una vez hecho el manejo de elección en paciente estable es conservador con terapia antibiótica secuencial de amplio espectro. El manejo quirúrgico sólo está indicado en presencia de sangrado recurrente o inestabilidad hemodinámica por hemorragia masiva.

Palabras claves: Diverticulitis, Colon ascendente, Tratamiento.

COLGAJO PERFORANTE EN QUEMADURA ELÉCTRICA DE CUERO CABELLUDO CON EXPOSICIÓN DE CALOTA

Sebastián Cabello A¹, Francisca Diéguez V¹, Victoria Gamé F¹, Wenceslao Zegers V¹, Dr. Rodrigo Cabello P²

¹ Alumno Quinto año Medicina, Universidad de Los Andes, Santiago.

² Cirujano Plástico, Servicio de Cirugía Hospital Militar de Santiago.

Introducción: Las arterias perforantes comunican el sistema arterial profundo con el superficial, en el muslo, ramas de la arteria circunfleja femoral lateral atraviesan la fascia profunda para irrigar la región anterolateral. Éstas son la base de los colgajos perforantes ya que proveen un aporte confiable de sangre en el sitio receptor, con mínima morbilidad gracias a la conservación muscular en el sitio donante.

Presentación del caso: Paciente masculino de 23 años, sin antecedentes mórbidos. Derivado a Hospital Militar en Noviembre de 2006, 15 días después de

sufrir quemadura eléctrica, puerta de entrada en cuero cabelludo. Al examen físico impresiona lesión de 10x15 cm de aspecto necrótico en cuero cabelludo con calota expuesta. Se identifican dos úlceras en región glútea que constituyen la puerta de salida. Dada la gravedad de la quemadura, se decide resolución quirúrgica y cobertura con colgajo perforante.

Se realiza craneotomía sagital de 2x6 cm con evidencia de colección purulenta extradural con compromiso óseo; drenaje y aseo de la zona. Se instala colgajo extraído de región anterolateral del muslo derecho con preservación de vasos perforantes circunflejos femorales laterales y anastomosis término-terminal a vasos temporales superficiales derechos.

Evolución favorable del colgajo, tratamiento antibiótico endovenoso de amplio espectro prolongado por foco infeccioso polimicrobiano.

Discusión: Se decide reconstruir el cuero cabelludo con colgajo porque no existía un lecho nutricio adecuado para injerto, tampoco se podrían usar expansores por foco infeccioso contiguo. El colgajo con micro-anastomosis permite cerrar el defecto provocado por la quemadura con altas probabilidades de éxito.

Palabras clave: Colgajo Quirúrgico, Microcirugía, Quemadura por Electricidad.

PANCREATITIS AGUDA GRAVE POR HIPERTRIGLICERIDEMIA EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Pablo Arriagada R¹, Natalia Calvo A¹, Xaviera Prado K¹, Andrea Blanco P²

¹ Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

² Gineco-Obstetra, Hospital Naval Almirante Nef, Viña del Mar.

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es poco frecuente durante el embarazo y se relaciona a altas tasas de morbimortalidad materno-fetal, siendo la hipertrigliceridemia una causa rara. Dada su baja frecuencia y gravedad asociada, presentamos un caso clínico que ejemplifica la importancia de optimizar su pesquisa y tratamiento precoz para el mejor pronóstico del binomio. Caso Clínico:

Presentación del caso: Mujer 26 años, obesa, segundo embarazo de 31 semanas con síntomas de parto prematuro y vómitos, se hospitalizó evolucionando tórpidamente con elevación exponencial de parámetros inflamatorios, enzimas pancreáticas y acidosis metabólica severa, destacando muestra de sangre lipémica. Resonancia magnética (RM) de abdomen evidenció hallazgos de pancreatitis aguda con colangioRM normal. Se inició maduración corticoidal y tocolisis, con dinámica uterina persistente y franco deterioro clínico requiriendo medidas de reanimación en unidad de cuidados intensivos (UCI) y cesárea de urgencia con recién nacido (RN) con distrés respiratorio. Se objetivó hipertrigliceridemia severa, y se manejó con medidas de soporte hemodinámico, plasmaféresis e insulina. Evolucionó clínicamente estable con descenso de niveles de triglicéridos y buena respuesta a fibratos. Es dada de alta tras 30 días de hospitalización con RN prematuro sin requerimientos de oxígeno y buena ganancia ponderal.

Discusión: La PA durante el embarazo es una complicación grave, por lo que su diagnóstico precoz es crucial para asegurar el bienestar materno-fetal, reconociendo los avances terapéuticos de soporte que han permitido mejorar su pronóstico.

Palabras clave: Pancreatitis aguda, Embarazo, Hipertrigliceridemia, Unidad de cuidados intensivos.

DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE CAUSADO POR MESENTERITIS ESCLEROSANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

Héctor Mery A, Marcos Ravanales J, Fernanda Luna F, Daniela Mendez M, Dr. Nelson Montaña C.

Hospital el Pino

Universidad Nacional Andrés Bello

Introducción: La Mesenteritis Esclerosante es la etapa final de un espectro clínico que involucra inflamación no específica del tejido adiposo del mesenterio con tendencia a la fibrosis. Puede estar relacionada a trauma, patologías autoinmunes o neoplasias. Su forma de presentación clínica es el dolor abdominal

crónico, siendo más frecuente en hombres entre la 6ta y 7ma década de vida.

Presentación del caso: Hombre de 63 años que consulta por dolor abdominal recurrente inespecífico asociado a alternancia entre constipación y diarrea, de 15 meses de evolución. TC de abdomen y pelvis contrastado informa un proceso inflamatorio inespecífico del mesenterio. Es ingresado para laparotomía exploratoria que revela engrosamiento difuso de la raíz del mesenterio. Análisis histopatológico demuestra engrosamiento difuso del mesenterio, esteatonecrosis, infiltración linfocitaria y fibrosis. Se inicia corticoterapia a bajas dosis, evidenciando buena respuesta.

Discusión: La sospecha diagnóstica de la Mesenteritis Esclerosante se establece por imágenes y su confirmación diagnóstica es histopatológica. Su hallazgo alerta a la presencia de patologías potencialmente malignas. No existe consenso sobre el manejo del dolor abdominal crónico causado por esta patología, pero se describe buena respuesta a corticoterapia o inmunoterapia, como se evidencia en el caso clínico.

Palabras clave: Dolor abdominal, Mesenteritis esclerosante, Paniculitis peritoneal.

SALPINGECTOMÍA VERSUS SALPINGOSTOMÍA: FERTILIDAD LUEGO DE EMBARAZO ECTÓPICO.

Katherine Ellsworth C¹, Bárbara Valenzuela E², Daniela Nárday C³, José Antonio Arraztoa V⁴

¹ Médico Cirujano, Hospital Roberto del Río, Santiago, Chile.

² Médico Cirujano, Cefam Dr. Hernán Urzúa, Santiago, Chile.

³ Interno de medicina, Universidad de Los Andes, Santiago, Chile.

⁴ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Parroquial de San Bernardo, Santiago, Chile.

Introducción: El embarazo ectópico tiene conocidas repercusiones en la fertilidad posterior e influye de manera importante en su manejo. Determinar qué terapia quirúrgica, salpingectomía o salpingostomía, tiene mejor desenlace en cuanto a la tasa de fertilidad

espontánea ha sido objeto de discusión.

Objetivo: Determinar si existe diferencia en la fertilidad espontánea a futuro luego de una salpingostomía en comparación con salpingectomía.

Metodología: Revisión de un ensayo clínico aleatorizado y dos estudios de cohorte prospectivos que comparan resultados entre tratamiento con salpingectomía versus salpingostomía.

Resultados: La tasa acumulativa de embarazo a 36 meses fue de 60,7% en pacientes con salpingostomía y 56,2% en pacientes con salpingectomía, no siendo estadísticamente significativo.

En otro estudio, en seguimiento a 24 meses se observó una tasa acumulativa de embarazo intrauterino 9% mayor en pacientes con salpingostomía (76%), versus a las que se les realizó salpingectomía (67%). Esta diferencia se evidenció aún más al realizar un análisis multivariable en el grupo de pacientes de 35 años o más, infertilidad o daño tubario contralateral. En este subgrupo, las pacientes tratadas con cirugía conservadora tuvieron significativamente mayor número de embarazos intrauterino que aquellas con cirugía radical.

Conclusiones: No existe evidencia que recomiende salpingostomía por sobre salpingectomía para mejorar la fertilidad luego de un embarazo ectópico en población femenina general. Sin embargo, existe mejoría significativa en cuanto a fertilidad en mujeres de 35 años o mayores, historia de infertilidad o daño tubario contralateral; al ser tratadas con salpingostomía en comparación con salpingectomía.

Palabras clave: Embarazo ectópico, salpingectomía, salpingostomía.

APENDICITIS POR ACTINOMYCES, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE NEOPLASIA APENDICULAR.

Carla Ayala P¹, Jorge Troncoso G¹, Dr. Carlos Ayala P³, Dr. Patricio Fernández A⁴

¹ Interna Medicina, Universidad Mayor, Temuco

³ Residente de Cirugía, Universidad Austral de Chile.

⁴ Servicio de Cirugía, Hospital Base Valdivia.

Introducción: Actinomyces, bacterias gram positivas, anaerobias, puede actuar como patógeno oportunista en humanos, colonizando cavidad oral, tracto respiratorio superior, gastrointestinal o genital. En casos raros, la infección crónica puede causar actinomicosis, formación de abscesos con curación espontánea y recurrencia, generando gran respuesta fibrótica. Afecta principalmente el apéndice, pudiendo también comprometer hígado, estómago, vesícula biliar, páncreas, intestino delgado, colon, pelvis y pared abdominal. Su diagnóstico definitivo se basa en identificación histológica, cultivos o ambos.

Presentación del caso: 48 años, femenino, consulta en servicio de urgencias por cuadro de 48 horas de evolución, caracterizado por dolor abdominal epigástrico que migra a fosa iliaca derecha, signos de irritación peritoneal y leucocitosis leve. Diagnosticándose clínicamente apendicitis aguda y se realiza apendicectomía laparoscópica, pesquisándose en intraoperatorio apéndice flegmonosa de aproximadamente 5cm de diámetro en tercio distal. Evoluciona favorablemente siendo dada de alta tras 24 horas. Biopsia diferida informa apendicitis aguda flegmonosa, engrosada y deformada, paredes de 14 mm y colonias de Actinomyces en lumen apendicular.

Discusión: En nuestro caso, la sospecha de tumor apendicular durante la laparoscopia corresponde a lo reportado en la literatura, siendo nuestros hallazgos histopatológicos característicos con lo descrito en infecciones crónicas por Actinomyces. El diagnóstico preoperatorio basado en cultivos ante sospecha de infección permite manejo antibiótico con Penicilina intravenosa en altas dosis evitando la cirugía, pero debido a su similitud con apendicitis, tumor apendicular, carcinoma de colon, entre otros, establecer el diagnóstico preoperatorio de actinomicosis abdominopélvica es difícil, por lo que su resolución habitualmente es quirúrgica.

Palabras Clave: Actinomyces, Apendicitis, Neoplasia.

INFARTO FOCAL GRASO DE LIGAMENTO FALCIFORME: UNA EXTRAÑA CAUSA DE ALGIA ABDOMINAL AGUDA

Gonzalo Rojas G, Sofía Morales B, Alexandra Volosky F, Tomás Pineda R, Dr. Mario Santamarina R.

Hospital Naval Almirante Nef. Universidad Andrés Bello, Viña del Mar.

Introducción: El ligamento falciforme es una estructura anatómica que unen el hígado al diafragma y la pared abdominal anterior. Este ligamento se afecta generalmente de manera secundaria por procesos inflamatorios circundantes, encontrándose pocos casos en la literatura de afectación primaria de este.

Presentación del caso: Paciente sexo masculino, 38 años, sin antecedentes mórbidos, consulta en servicio de urgencias por dolor abdominal de 3 días de evolución en hipocondrio derecho irradiado a dorso, de inicio súbito y con respuesta parcial a analgesia, acompañado de un abdomen timpánico, con ruidos hidroaéreos disminuidos y resistencia muscular involuntaria en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca reactantes de fase aguda elevados, planteándose una colecistitis aguda como hipótesis diagnóstica, sin embargo, la tomografía computada de abdomen evidenció un infarto focal de la grasa del ligamento falciforme.

Discusión: El infarto focal graso del ligamento falciforme es una patología rara, que se debe tener en consideración frente a un cuadro inespecífico de dolor abdominal intenso en la región epigástrica que debe ser descartado por medio de Tomografía Axial Computarizada antes de optar por una intervención quirúrgica.

Palabras clave: Dolor abdominal, Ligamento falciforme, Tomografía computarizada.

MANEJO QUIRÚRGICO EN PACIENTE CON HEMORRAGIA DIGESTIVA POR FIEBRE TIFOIDEA: REPORTE DE CASO.

Camila Farías V¹, Claudio Contreras L¹, Javier Osses O¹, Carlos Marrero E¹, Dr. Claudio Zúñiga T²

¹ Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

² Cirujano Coloproctólogo, Universidad de Concepción, Servicio de Cirugía en Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: La fiebre tifoidea (FT) es una enfermedad infecciosa sistémica causada clásicamente por *Salmonella Typhi*, de reservorio exclusivamente humano y transmisión fecal oral. En Chile la incidencia es de 0,4/100.000 habitantes (2015), con una mortalidad <1%.

Presentación del caso: Hombre de 36 años, sin antecedentes, consultó por 3 semanas de decaimiento, diaforesis nocturna, fiebre, diarrea, ictericia y confusión, siendo hospitalizado. En Hemocultivos, se aisló *Salmonella Typhi*, iniciando tratamiento antibiótico. Presentó hemorragia digestiva baja masiva (HDBM). Colonoscopia evidenció múltiples lesiones ulceradas en íleon distal y colon, con sangrado activo que se controló con terapia endoscópica. Evolucionó con sangrado de 1300cc en 6 horas, por lo que se resecaron 120 centímetros de íleon más colectomía derecha, ileostomía y colostomía terminales. Presentó fiebre y secreción purulenta por

Palabras clave: Fiebre tifoidea, Colectomía, Ileostomía, Colostomía.

ileostomía. Tomografía computarizada de abdomen y pelvis informó abundante neumoperitoneo y líquido libre intraabdominal. Se realizó Laparotomía exploradora que mostró hematoma de pared sobreinfectado, necrosis completa de fístula mucosa y 1100 cc de contenido purulento abdominal. Se ajustaron antibióticos según cultivos intraoperatorios y se realizó nuevo aseo quirúrgico, sin complicaciones. Paciente evoluciona favorablemente, dándose de alta con antibióticos orales.

Discusión: La FT representa un desafío para el clínico, porque su tratamiento precoz evita complicaciones como la hemorragia y perforación intestinal. La HDBM es infrecuente y requiere la estabilización del paciente e identificar el sitio del sangrado, pudiendo requerir cirugía de urgencia, lo que aumenta considerablemente la mortalidad si no se efectúa a tiempo.

JURADO DOCENTE

Dr. Jaime Bitran – Cirujano Oncólogo, Hospital Luis Tisné.

Dr. Ignacio Morales Dinamarca – Urólogo, Hospital Parroquial de San Bernardo.

Dr. Felipe Fuenzalida Schwerter - Cirujano General, Hospital Militar de Santiago.

Dr. Sergio San Martín – Cirujano Oncólogo, Clínica Universidad de los Andes.

Dra. Soniya Manaparambil Bhaskaran – Ginecologo Obstetra, Integramédica.

Dr. Bruno Vivaldi Jorquera – Urólogo, Hospital Militar de Santiago.

CHARLA DE EXPERTO

Dr. Ignacio González Muñoz

Cirujano General, Hospital Militar de Santiago – Hospital Parroquial de San Bernardo

“ROL DE LAPAROSCOPIA EN CIRUGÍA ABDOMINAL DE URGENCIA”

GANADORES

Presentación Oral:

1º lugar: Trabajo científico “Supervivencia de pacientes operados de aneurisma de la aorta abdominal en el hospital Gustavo Fricke” – Constanza Miranda S, Universidad de Valparaíso.

2º lugar: Caso clínico “Estenosis ureteral post-trasplante renal, uretero-ureterostomía con ureter nativo: caso clínico” – Camilo Vidal C, Universidad de los Andes.

Presentación Póster:

1º lugar: Caso clínico “

2º lugar: Caso clínico “ Distrofia Miotónica de Steinert en el Embarazo” – Montserrat Arceu O, Universidad Diego Portales.

AUSPICIADORES Y COLABORADORES

ALMENDRAL
IMPRESORES



Colegio Médico
de Chile

A SEMECH
ASOCIACIÓN ESTUDIANTES MEDICINA CHILE

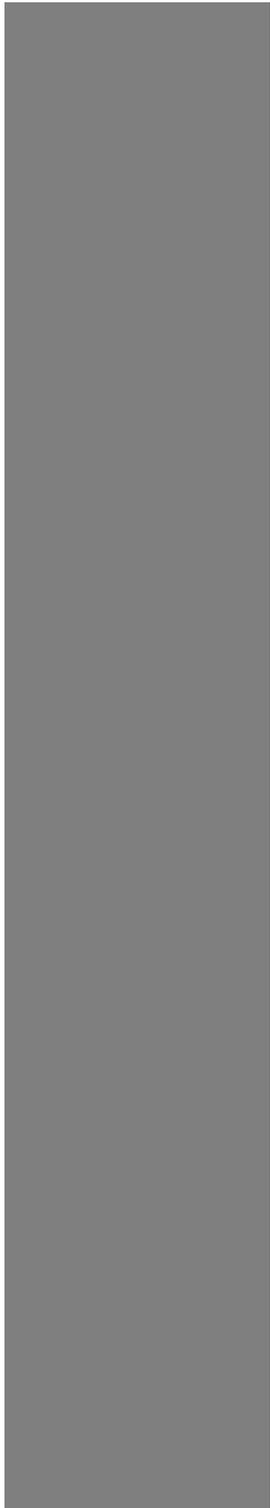
JULÍN SERRA
vestuario profesional desde 1937





JORNADAS DE CIRUGÍA

Universidad de los Andes



Revista dirigida a estudiantes e internos de medicina.
jornadasquirurgicasuandes@gmail.com