

REVISTA DE REVISTAS

R
R

ROL DE LA TORACOTOMÍA DE RESUCITACIÓN EN PACIENTES SOMETIDOS A REANIMACIÓN CARDIO-PULMONAR PREHOSPITALARIA

Powell DW. J Am Coll Surg 2004; 199: 211-15.

El rol de la Toracotomía de resucitación de emergencia (TRE) permanece en controversia; por un lado se trata de que no se realicen maniobras innecesarias y por otro, que no se exponga al personal de salud a los riesgos asociados. En general se ha aceptado que la asistolia prehospitalaria justifica terminar la resucitación; pero han aparecido datos que tienden a indicar el cese de la resucitación en pacientes que no tienen pulso, pero se encuentran aún con mantención de actividad eléctrica cardíaca.

Estas recomendaciones han surgido de estudios retrospectivos de series con muy escasos sobrevivientes, de modo que los autores, del Rocky Mountain Regional Trauma Center (Centro de Trauma Nivel I), en Denver, plantean la hipótesis que pacientes seleccionados, que requieren RCP prehospitalaria son potencialmente salvables si son transportados a un Centro de Trauma para efectuar prontamente, una TR.

La información fue obtenida del registro prospectivo de las TRE realizadas en dicho Centro, iniciado en 1977. En los 26 años de registro, se han efectuado 959 TRE en el Servicio de Urgencia de dicho centro de trauma. De entre ellos, 62 pacientes sobrevivieron para dejar el hospital. En 39 (63%) el trauma fue ocasionado por un arma blanca, en otros 12 por arma de fuego y en los 11 restantes se trataba de un trauma cerrado. En 33 de estos pacientes no existían signos de vida al ingreso al Servicio de Urgencia y el 42% (26 pacientes) había requerido RCP prehospitalaria. Para estos últimos casos, de edad promedio 26 años, el trauma había sido por arma blanca en el 69%, por arma de fuego en el 15% (4 casos) y en un número similar por trauma cerrado.

De los 26 pacientes que requirieron RCP prehospitalaria y TRE en Urgencia, el 18% (21 casos) estaba neurológicamente funcional. En cinco pacientes hubo secuelas neurológicas graves,

siendo cuatro de ellos los lesionados por trauma cerrado. En cambio, aquellos con secuelas leves presentaban mayoritariamente lesiones cardíacas con tamponamiento, secundarias a lesiones por arma blanca, y sobrevivieron con muy buena evolución funcional tras la RCP prehospitalaria y la TRE al ingreso, aún habiendo estado algunos en asistolia.

Por estos datos los autores señalan que la TRE puede ser utilizada después de efectuar RCP prehospitalaria para salvar algunos pacientes seleccionados. Ellos proponen que la TRE es inútil en pacientes con trauma cerrado que han requerido RCP prehospitalaria por más de 5 minutos y en pacientes con trauma penetrante con más de 15 minutos de RCP prehospitalaria. En cambio, una TRE está indicada en aquellos pacientes con trauma penetrante, con menos de 15 minutos de RCP prehospitalaria, y ésta debe ser efectuada aún con asistolia documentada al ingreso, si es posible que subyazca un tamponamiento cardíaco.

RICARDO ESPINOZA G.

R
R

FACTORES PRONÓSTICOS PARA EL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO EN FRANCIA (análisis de 332 casos)

Frederic Boric, MD y col. World J Surg 2004; 28: 691-868.

El cáncer gástrico precoz (EGC) se caracteriza por que la lesión asienta sobre la mucosa o se limita a la mucosa y/o submucosa, sin tener en consideración el estado de los ganglios linfáticos. El EGC tiene un excelente pronóstico con supervivencia a los 5 años en más del 90% de los casos. El objetivo del trabajo fue determinar los factores pronósticos del EGC, en una amplia casuística de países occidentales. *Métodos.* Entre enero de 1979 y diciembre de 1988 (10 años) se intervinieron en 23 hospitales (dos de la asociación francesa de investigación quirúrgica) 332 pacientes con cáncer gástrico precoz, cuya edad media era de 64 años,

se recogieron retrospectivamente los hallazgos clínicos patológicos para la identificación sistemática de los factores pronósticos. El estudio se cerró en Junio de 1996. *Resultados:* La mortalidad postoperatoria en 243 resecciones gástricas parciales y 89 totales fue del 4%. La tasa de supervivencia a los 5-7 años fue del 82% en las gastrectomías parciales. La tasa acumulativa a los 5 y 7 años (seguimiento medio de 80 meses) fue respectivamente del 92 y 87% incluyéndose tanto la mortalidad operatoria como la muerte por causas desconocidas. Para lesiones situadas en el tercio distal, no encuentran diferencia alguna, por lo que a la supervivencia se refiere entre la gastrectomía parcial y la total ($p > 0,6$). Cuando se analiza la supervivencia (incluyendo la mortalidad postoperatoria) utilizando el análisis univariante y el modelo de azar proporcional de Cox se constata un significativo peor pronóstico cuando: hay afectación linfática ($p=0,01$), el tumor está localizado en los 2 tercios superiores ($p=0,02$) y el cáncer invade a la submucosa ($p=0,049$). Conclusión: los resultados sugieren que debido al valor pronóstico, toda resección gástrica ha de ir acompañada de una linfadenectomía con objeto de conseguir una adecuada clasificación del EGC. Sólo los pacientes que tengan un factor pronóstico negativo requieren un seguimiento con revisiones periódicas.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

RR TRAUMA CONTUSO DE LA AORTA TORÁCICA: ¿TUTORES ENDOVASCULARES O REPARACIÓN QUIRÚRGICA ABIERTA?

Ott MC, Charyk Stewart T, Lawlor DK y cols. J Trauma 2004; 56: 565-70.

Los traumatismo contusos de la aorta torácica (TCAT) son lesiones de extraordinaria gravedad, falleciendo el 80 a 85% de ellos antes que el paciente llegue al Hospital. De aquellos que ingresan, fallece un 30% dentro de las primeras 6 horas, y hasta un 50% en las primeras 24 horas. Ello insta a enfatizar la necesidad de un rápido diagnóstico y

tratamiento. Suele tratarse de pacientes politraumatizados, graves, con coagulopatías y alto riesgo de morbilidad y secuelas invalidantes (paraplejía en 26%).

En 1991, se introdujo el uso de tutores endovasculares como tratamiento para aneurismas de la aorta abdominal. Dado su exitoso resultado, recientemente se les ha comenzado a emplear en TCAT, demostrando similar beneficio y seguridad para el paciente. Sin embargo, hasta aquí los casos tratados y las series reportadas son aún escasas.

Entre 3.216 traumatismos contusos ingresados en 11 años (1991-2002) al London Health Sciences Center, London, Ontario, Canadá, se certificaron 55 (2%) casos de TCAT. Sólo 18 (32,7%) de ellos fueron intervenidos quirúrgicamente. Los 37 restantes, ya sea que fallecieron o no necesitaron cirugía. Estos últimos incluyeron desgarros de íntima y disecciones aórticas, tratados médicamente.

Los AA estudian sólo los 18 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico. En todos ellos, la lesión se localizó inmediatamente distal a la emergencia de la arteria subclavia izquierda. Los 12 primeros (Grupo A), fueron tratados mediante reparación quirúrgica convencional. Los últimos 6 (Grupo B), sometidos a terapia endovascular. Ambos grupos tuvieron similar gravedad. Las lesiones asociadas más frecuentes fueron: fracturas costales y de extremidades y lesiones de víscera maciza abdominal. Todos los casos correspondieron a accidentes vehiculares a alta velocidad y colisiones frontales de conductores con cinturón de seguridad.

El tiempo operatorio para el Grupo A fue de 4,4 horas contra 2,7 horas del B. Entre los primeros, 8 pacientes se operaron antes de las 4 horas de confirmarse el diagnóstico. Los 4 restantes se operaron entre las 17 y 504 horas. En tanto, 5 de los 6 tutores endovasculares se instalaron antes de las 8 horas. Los requerimientos de sangre y derivados bajaron impresionantemente. El período de estada en UCI fue similar, pero, la conexión a ventilador disminuyó de 6 a 1 día. El Grupo A tuvo un 16% de paraplejas, 8,3% de lesiones de nervio recurrente y 17% de mortalidad. En el Grupo B no se registraron estas complicaciones y no hubo mortalidad.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.