

REVISTA DE REVISTAS

R
R

RESUCITACIÓN INICIAL EN TRAUMA CON SOLUCIONES HIPERTÓNICAS

Kramer GC. J Trauma 2003; 54: 89-97. (Suplemento, Mayo)

Trabajos experimentales intentan determinar la solución ideal a administrar en reposición de volumen en Trauma, hemorragias y quemaduras. El uso actual sanciona las soluciones isotónicas de cristaloides, tanto Fisiológica como Ringer lactato. Sin embargo, estudios experimentales, iniciados en 1980, demuestran la posibilidad de emplear como alternativa soluciones hipertónicas (SH).

Se consideran SH una solución fisiológica al 7,5%, optativamente adicionada con Dextran 70 en solución al 6%. Estas movilizan un importante volumen de agua, proporcional a su contenido osmótico, desde el territorio celular al torrente sanguíneo, expandiendo así significativamente el lecho circulatorio, con la consiguiente disminución de requerimientos de volumen de estos pacientes. Normalizan la presión arterial. Aumentan la frecuencia, contractilidad y gasto cardíaco. Producen disminución de la resistencia vascular pulmonar y periférica, y con ello vasodilatación y aumento de la perfusión capilar. Destaca la rapidez de estos procesos.

Hoy, con más de 1.000 casos clínicos publicados, sin ningún incidente adverso reportado, las SH han alcanzado su reconocimiento. Empleadas en resucitación inicial en shock hemorrágico, especialmente en etapa prehospitalaria en casos de hipovolemia, trauma craneoencefálico y heridas penetrantes. En adultos, dosis de 250 ml son ideales, mostrando seguridad, disminución de requerimientos globales de volumen y una mejor tasa de sobrevivencia. Al completar la infusión no se observó resangrado. Estudios muestran que duplicar o triplicar la dosis de 250 ml podría tener efectos tóxicos o deletéreos. Se sugiere administrar el bolo en un período de 10 a 20 minutos.

Si bien se han empleado en diversos tipos de intervenciones quirúrgicas y en UCI, su mayor aplicación sigue siendo la resucitación inicial y prehospitalaria de pacientes accidentados.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.

R
R

¿QUÉ PROPORCIÓN DE PACIENTES CON UNA OPERACIÓN DE HARTMANN POR DIVERTICULITIS COMPLICADA SE RECONSTITUYEN?

Margard MA, Zingmond D, O'Connell JB, Ko CY. Am Surg 2004;70: 928-31

Estudio poblacional efectuado en California durante el año 1995 que incluye pacientes sometidos a una resección quirúrgica tipo Hartmann por una enfermedad diverticular complicada con un seguimiento mínimo de 4 años. De un total de 11.582 pacientes hospitalizados por una diverticulitis, 2.808 (24,2%) fueron intervenidos, 89% fueron resecados y 42% recibieron una operación Hartmann. Este último grupo son pacientes más viejos ($p=0.0004$) y en su mayoría hombres ($p=0,03$). De los 1.176 pacientes sometidos a una operación de Hartmann, 65% fueron reintervenidos con fines de reconstrucción del tránsito colónico (promedio 143 días), con una mayor proporción de hombres ($p<0,0001$).

Conclusión: Aunque la mayoría de los pacientes es candidato a una reconstrucción luego de la operación de Hartmann, hay un 35% que mantiene una colostomía a los 4 años de seguimiento. Se requiere mayor estudio para evaluar como mejorar estas cifras.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

R
R

PREVENCIÓN DE ADENOCARCINOMA EN EL BARRETT MEDIANTE LA MUCOSECTOMÍA ENDOSCÓPICA

Richard E. Sampliner, MD, Medical Center and Arizona Health Sciences Center, Tucson, Arizona. R World J Surg 27, 1026-29, 203.

El objetivo final de tratamiento en pacientes con esófago de Barrett es inhibir el posible desarrollo de un adenocarcinoma de esófago.

Ni la terapia farmacológica ni el tratamiento quirúrgico han conseguido reducir esta posibilidad. Estudios preliminares indican que la extirpación (en

sus diversas modalidades) de la mucosa, asociada a una terapéutica ácido-reductora permitiría la restauración normal de epitelio escamoso en pacientes con esófago de Barrett. La reducción de la acidez puede conseguirse mediante inhibición farmacológica de la bomba de protones o mediante cirugía antirreflujo. La extirpación endoscópica puede efectuarse mediante: terapia fotodinámica, láser, electrocoagulación multipolar, sonda de termocoagulación y coagulación plasmática con argón. Todas estas técnicas han de investigarse para poder comparar sus tasas de complicaciones. Para asegurar la normalización total de un esófago de Barrett, se precisa una evaluación estándar mediante la utilización endoscópica de pinzas de biopsia de gran capacidad. Pacientes con grandes po-

sibilidades de desarrollar un adenocarcinoma de esófago precisan un tratamiento ablativo seguido de una revisión minuciosa y continuada que demuestre la eficacia del mismo. Un biomarcador efectivo sería útil en la selección de pacientes en los que esta terapia inhibidora pudiera tener grandes posibilidades de éxito. En la actualidad pacientes con un riesgo quirúrgico prohibitivo o aquellos que rechazan el tratamiento quirúrgico son candidatos de estas terapias combinadas, que tratan de extirpar la mucosa con objeto de revertir las lesiones del esófago de Barrett. Estos tratamientos originan una menor morbilidad y una mejor calidad de vida, que la resección quirúrgica.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ PUENTE