

REVISTA DE REVISTAS



TIEMPO Y RIESGO DE ROTURA EN APENDICITIS AGUDA
Bickell NA. et al. J Am Coll Surg 2006; 202: 401-406.

La rotura apendicular es una de las complicaciones más graves de una apendicitis, por su correlación con peritonitis, sepsis y muerte. Ello ocurre, en promedio, en el 13% de los casos, observándose que un aumento del tiempo entre el inicio de los síntomas y el tratamiento quirúrgico es un factor de riesgo de rotura.

A juicio de los autores no está definido, sin embargo, cuál es la relación entre estos hechos, por lo que el objetivo del presente estudio fue conocer la tasa de rotura apendicular de acuerdo al tiempo de evolución de los síntomas. De acuerdo a todos los registros clínicos se determinó la hora de inicio de los síntomas y el momento de la operación en 219 pacientes. Se consideró como hora de rotura el momento quirúrgico, puesto que no se dispone de un método práctico que permita conocer con exactitud el momento de la complicación.

La observación permitió apreciar que antes de 36 horas de iniciados los síntomas, el riesgo de rotura es muy bajo y de menos del 2%; pero a partir de ese plazo y cada 12 horas el riesgo aumenta significativamente, siendo mayor al 6% cuando los síntomas sobrepasan las 36 horas.

El análisis de regresión también demostró un mayor riesgo de rotura en pacientes por sobre 65 años de edad, en aquellos que se presentaban con más de 38,9° C y taquicardia sobre 100/minuto.

Tuvieron mayor tiempo de demora entre inicio de los síntomas y cirugía aquellos que no ingresaron por urgencia y los que requirieron exámenes diagnósticos con Tomografía Axial, lo que evidencia la duda diagnóstica inicial.

Los pacientes operados sin rotura tuvieron 2 días de hospitalización promedio versus los 7,5 días observados en el grupo con rotura apendicular.

Este trabajo refuerza el conocimiento que las 36 horas de evolución de los síntomas debe ser un

elemento clínico de importancia en la toma de la correcta decisión quirúrgica cada vez que se sospecha una apendicitis aguda.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile



ESCANER CORPORAL TOTAL EN PACIENTES TRAUMATIZADOS SIN SIGNOS DE LESION. ESTUDIO PROSPECTIVO
Salim A et al. Ann Surg 2006; 141: 468-473.

Desde su introducción en Medicina en la década del 70, la Tomografía Axial Computada (TAC) se ha ganado un lugar bien definido en la búsqueda de lesiones del paciente traumatizado. Hoy es el examen diagnóstico de elección en todos los casos de evaluación clínica anormal en el paciente hemodinámicamente estable. Su uso liberal es controvertido.

Los autores, del Centro de Trauma Nivel 1 de la Universidad de California del Sur, en Los Angeles, iniciaron en enero del 2004 un estudio prospectivo para conocer con qué frecuencia una TAC de cuerpo entero demuestra lesiones en el paciente estable, basados en el mecanismo del trauma, sin que existieran clínicamente lesiones a nivel del tórax o del abdomen y, por otro lado, quisieron determinar si estos hallazgos tienen impacto en la conducta tomada en esos pacientes.

Se enrolaron 1000 pacientes consecutivos con trauma cerrado, en quienes se daban las siguientes condiciones: sin evidencia clínica de lesión de tórax o abdomen, hemodinamia estable, examen abdominal normal en paciente evaluable o abdomen no evaluable por compromiso de conciencia y por último, existencia de un mecanismo como los que siguen: choque vehicular a más de 60 kph, atropello, caída de altura mayor de 4,5 m. y asalto con pérdida de conciencia. Se empleó un Escáner helicoidal con medio de contraste intravenoso en

todos ellos y con medio de contraste oral en forma selectiva.

Estos 1000 pacientes eran de edad promedio 37 años, 70% hombres. El 80% tenía puntaje de Glasgow entre 13 y 15 y el 24% se encontraba bajo efectos del alcohol. En el grupo general la TAC detectó lesiones en: cabeza en el 13,9%; columna cervical en el 4%; tórax en el 20,9% y en abdomen en el 8,3%.

Al analizar aquellos casos en que la TAC fue indicada sólo por el mecanismo de accidente (592 casos), teniendo conciencia normal sin signología clínica y comparar esos resultados con los obtenidos en los 408 restantes a los que se les hizo TAC también sólo por mecanismo del trauma pero con compromiso de conciencia, se observó que hubo significativamente mayor detección de lesiones no sospechadas en cabeza en el grupo con conciencia alterada (28,9% y 3,5%); la misma proporción de lesiones en columna cervical: 5,1 y 5,9%; similar tasa en tórax: 19,6% y 22,8% y también diferencias no significativas en el abdomen en uno y en otro caso: 10,0 % y 7,1%.

Específicamente cuando la Rx de Tórax fue normal, el 7,9% de las imágenes de la TAC de tórax fueron anormales. En un paciente se detectó así una lesión aórtica. De los 83 pacientes con TAC abdominal anormal, en 13 se indicó cirugía sólo por los hallazgos, comprobándose lesión de víscera hueca en seis. El seguimiento de los pacientes con TAC abdominal normal permitió conocer la tasa de falsos negativos para lesión de víscera hueca: 0,22%.

En resumen si consideramos los hallazgos de la TAC, estos motivaron cambios en el 18,9% de las conductas y plan de tratamiento inicial, tales como: alta hospitalaria, traslado a otros servicios, necesidad de exámenes complementarios (angiografía), o indicación de cirugía inmediata. Si se considera aquellos pacientes seleccionados sólo por el mecanismo del trauma, este cambio de tratamiento es del 20,3%.

En suma, los autores, conociendo las limitaciones de la TAC, consideran que el uso liberal de este examen en pacientes sometidos a trauma cerrado sin signos obvios de lesión, puede ser útil para la correcta toma de decisiones en ciertos casos, especialmente considerando el mecanismo del trauma. Igualmente la TAC es útil para excluir lesiones significativas.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile



RELACIÓN ENTRE VOLUMEN QUIRÚRGICO Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Weller WE y Hannan EL. *J Am Coll Surg* 2006; 202: 753-761.

En el mundo occidental los procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la obesidad han aumentado considerablemente en la última década y nadie pone en duda su efectividad. Por otra parte, en diversas patologías existen estudios que han relacionado los buenos resultados quirúrgicos y evolución posterior con el volumen por cirujano y por hospital. Pocos estudios, no obstante, han puesto su atención en este aspecto en cirugía bariátrica.

Este estudio se llevó a cabo en el Estado de Nueva York en el año 2003, recogiendo información sobre 7868 pacientes mayores de 18 años operados por obesidad. Se analizó evolución considerando el número de pacientes operados por cirujano y número de pacientes tratados por hospital. El análisis se hizo considerando por médico, volúmenes anuales de entre 25 y 150 casos y para los hospitales, de entre 100 y 200. Participaron 147 cirujanos de 78 hospitales diferentes.

Los pacientes de edad promedio 41,8 años y 81% de sexo femenino, presentaron en promedio un 6,8 % de complicaciones.

El análisis de las principales variables estudiadas demostró que la tasa de complicaciones de los cirujanos que operaban más de 100 pacientes al año era considerablemente menor (5,6%) que la de aquellos con volúmenes inferiores (8,5%), siendo incluso mejores los resultados cuando se sobrepasaban los 150 pacientes por año (4,6%). Por otra parte, hubo también una considerable mayor tasa de complicaciones postoperatorias en los hospitales con bajos volúmenes.

Los mejores resultados se obtienen cuando opera un cirujano de más de 100 procedimientos en un hospital de sobre 150 casos.

Estos datos tienen relevancia al momento de elegir un centro en particular y como criterio de acreditación para los "centros de excelencia".

Dr. RICARDO ESPINOZA G.¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago, Chile



DESCOMPRESION DUCTAL PRECOZ VERSUS MANEJO CONSERVADOR EN PANCREATITIS BILIAR CON OBSTRUCCION AMPULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIO

Acosta JM et al. *Ann Surg* 2006; 243: 33-40

Los autores previamente han demostrado que se desarrollan lesiones graves en el 10,6% de los pacientes con pancreatitis biliar si la obstrucción se resuelve antes de las 48 horas, versus el 84,6% de lesiones que se observan en caso de que la obstrucción persista por más tiempo. Pero otros grupos cuestionan la relación entre duración de la obstrucción y gravedad de la pancreatitis. Existen cuatro estudios aleatorios que han pretendido responder a la interrogante, con resultados contradictorios. Además, en ellos se han incluido pacientes con pancreatitis biliar y no biliar. Para dar una respuesta definitiva, este grupo de Los Angeles diseñó otro estudio cuya hipótesis era que la duración de la obstrucción ampular es un significativo determinante de evolución en pancreatitis biliar, y que por tanto el acortamiento del período de obstrucción podía reducir la gravedad de la pancreatitis.

Se ingresaron prospectivamente sólo pacientes adultos con pancreatitis biliar que se encontraran dentro de las 48 horas de iniciados los síntomas y en quienes se detectaran síntomas de obstrucción ampular, sin colangitis grave. En todos el manejo inicial fue similar: antibióticos de amplio espectro, analgésicos, aspiración nasogástrica y soporte general. En todos también se efectuó ultrasonografía abdominal. La aplicación de tomografía axial o colangio-resonancia se hizo según criterio clínico. En ellos se observó la condición ampular, aplicándose los criterios de desobstrucción espontánea reportados por los mismos autores: alivio del dolor epigástrico, caída de los niveles de bilirrubina monitorizada cada 6 horas y aparición de contenido biliar en aspirado gástrico.

Los pacientes fueron distribuidos aleatoriamente a dos brazos del estudio: manejo habitual como el señalado, con estudio de la vía biliar diferido (grupo control) y grupo terapéutico, en el que

de no ocurrir desobstrucción espontánea, se efectuó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía (CPRE + EE) antes de completar 48 horas de evolución. El trabajo fue diseñado para tener 204 pacientes por brazo, pero al llevar 61 pacientes, los resultados observados motivaron la interrupción de la randomización. De esta forma los resultados obtenidos son en base a 31 pacientes control y 30 pacientes tratados. En ninguno de los grupos hubo mortalidad, pero la tasa de complicaciones inmediatas fue significativamente menor en el grupo tratado y de sólo 7%, en comparación con el 29% observado cuando no se efectuó precozmente CPRE + EE. En el grupo tratado no se desarrollaron casos de flegmón pancreático, siendo del 7% en el grupo control. En el 71% de los pacientes de ambos grupos se observó desobstrucción espontánea, de modo que al medir los efectos de la desobstrucción precoz, espontánea u operatoria, se observó que si la obstrucción ampular ocurría antes de 48 horas de iniciada ésta, la tasa final de complicaciones era de un 4%, elevándose a 78% si persistía obstrucción más allá de 48 horas. La persistencia de la obstrucción también se correlacionó con una hospitalización más prolongada, (15 y 8 días, respectivamente).

Los autores concluyen que la desobstrucción biliar antes de las 48 horas de iniciados los síntomas de la pancreatitis, sea esta espontánea u operatoria, previene la progresión de la pancreatitis. De acuerdo a esto, en los pacientes con una pancreatitis biliar que permanezcan con obstrucción ampular hasta las 24 horas, la aplicación de una CPRE+EE puede ser de utilidad. Además, esta condición de obstrucción puede ser identificada con certeza en base a la observación clínica, mediciones bioquímicas y criterios radiológicos. Estos elementos pueden ser una herramienta muy útil para el manejo y mejorar la evolución de estos pacientes.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.¹

¹Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. Santiago. Chile