

REVISTA DE REVISTAS

R
R

HEMORROIDECTOMÍA POR EXCISSION *VERSUS* SUTURA MECÁNICA: RESULTADOS ALEJADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIO

Hetzer FH, Demartines N, Handchin AE, Clavien PA. Universidad de Zurich, Suiza. *Arch Surg* 2002; 137: 337-40.

La hemorroidectomía con sutura mecánica ofrece ventajas comparativas con la hemorroidectomía por excisión, incluyendo menos dolor postoperatorio, menos tiempos de hospitalización y una recuperación más rápida. Además se asocia con menor recidiva en el largo plazo. Estudio prospectivo al azar de 40 pacientes con hemorroides internos de 2º y 3º grado sometidos a la técnica de Longo o de Ferguson (hemorroidectomía cerrada). La evaluación se efectuó a los 7 días, 3 semanas y 12 meses de postoperatorio. Resultados: la técnica con sutura mecánica se asoció con un menor tiempo quirúrgico (30 vs 43 min; $p < 0,001$); menor dolor postoperatorio en una escala visual análoga en los primeros 4 días y un retorno precoz al trabajo (6,7 vs 21 días); $p = 0,001$). No hubo diferencias en el tiempo de hospitalización (2,4 vs 2,1 días), complicaciones (15% vs 25%) y recidiva hemorroidal (5% en cada grupo). Conclusión. La técnica de Longo se asocia con menor dolor postoperatorio, un menor tiempo de recuperación y precoz retorno al trabajo y una recidiva similar a la técnica clásica.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

R
R

PANCREOTOGASTROSTOMÍA POST PANCREATODUODENECTOMÍA: ANÁLISIS DE 102 CASOS

O'Neil S et al. *World J Surg* 2001; 25: 567-71.

La pancreatoduodenectomía continúa como la única cirugía con posibilidad de curación de un tumor periampular, aunque también es utilizada para tratar otras enfermedades del páncreas, duodeno o conductos biliares. Sin embargo, la morbilidad para esta cirugía persiste elevada, y la mortalidad bordea el 5%. Morbi y mortalidad están asociadas a la fístula de la gastroyeyunostomía, que ocurre entre el 8% y el 18% de los pacientes, y es responsable de entre el 40 y 50% de las muertes.

Para disminuir esta complicación (fístula), se ideó la pancreatogastrostomía, técnica utilizada en un único Servicio en 102 pacientes, cuyo análisis retrospectivo representa la actual publicación.

Los pacientes fueron operados entre 1986 y 1998, y en 89 casos la indicación fue un carcinoma periampular.

La pancreatoduodenectomía fue clásica en 80 casos y en 20 se preservó el píloro. El tiempo operatorio promedio fue de 6,8 horas y el 42% de los pacientes fue transfundido.

La pancreatogastrostomía se efectuó a la cara posterior gástrica, con invaginación de 1 cm de páncreas, y sutura con seda 3-0.

De la serie, 35 casos (34%) presentaron alguna complicación. Un escape pancreático (amilasa del drenaje dos veces mayor que la amilasa plasmática y a un volumen mayor que 50 ml/día con dieta oral), se observó en el 8,8% de los pacientes. Todos estos casos fueron tardíos y se manejaron en forma no-operatoria. La segunda complicación más frecuente fue el retardo de vaciamiento gástrico (más de 10 días de retardo) en el 7,8% de los pacientes, siendo más frecuente en cirugías con conservación de píloro.

Fallecieron 4 casos (3,9%), por hemorragia digestiva alta, sepsis, embolia pulmonar e infarto del miocardio, con un caso cada uno.

Los autores concluyeron que si bien la morbilidad post pancreatoduodenectomía permanece elevada, la realización de una pancreatogastrostomía es una alternativa efectiva y más segura para manejar el remanente pancreático.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

R
R

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA LESIÓN IATROGÉNICA DE VÍA BILIAR

World J Surg 2001; 25: 1360-65.

Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, en el último decenio se registra un aumento de las lesiones iatrogénicas del tracto biliar. Aunque se han identificado un número de factores de mayor riesgo (género masculino, colelitiasis complicada, anatomía anómala) y se hace énfasis

sis en varios factores de carácter técnico para evitar estas lesiones, la incidencia de las lesiones del tracto biliar ha llegado a ser estable en un nivel que equivale por lo menos al doble de lo observado con la colecistectomía abierta. En la mayoría de los pacientes que sufre una lesión biliar, ésta viene a ser reconocida en las semanas siguientes a la colecistectomía laparoscópica. En cuanto a la reparación, se debe realizar una cuidadosa preparación preoperatoria que incluya control de sepsis mediante drenaje de colecciones biliares y una colangiografía completa. En los centros especializados en enfermedades hepatobiliares se logran los mejores resultados a largo plazo mediante la reconstrucción con hepático-yeyunostomía de Roux-en-Y. Diversos centros reportan una tasa de éxito de más de 90% en seguimiento intermedio.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.



HERIDAS PENETRANTES TORÁCICAS: 24 AÑOS DE EXPERIENCIA

Mandal AK y Sanusi M. World J Surg 2001; 25: 1145-49.

Heridas penetrantes torácicas y toracoabdominales son motivo frecuente de ingreso en servicios de emergencias urbanos de Estados Unidos. Los AA efectúan un estudio retrospectivo en 3049 pacientes, con dichas lesiones, ingresados entre 1972 y 1996 al King-Drew Medical Center de Los Angeles, California. Se excluyeron todos los casos tratados ambulatoriamente.

Entre los pacientes predomina el sexo masculino (89,6%). Su edad promedio fue 23,6 años. Hubo 1347 (44,2%) heridas por arma blanca y 1702 (55,8%) por arma de fuego; 453 (14,8%) fueron sometidos a toracotomía, de ellos el 86,5% antes de las 24 horas de ocurrido el accidente. En 899 (29,5%) pacientes con heridas toracoabdominales se requirió una laparotomía. En 1752 casos sólo se instaló un drenaje pleural. En 1296 (41,6%) enfermos se administró profilaxis antibiótica conforme al siguiente criterio: indicación de toracotomía o laparotomía y contusión pulmonar asociada a hemoptisis.

Entre las lesiones más graves destaca 196 heridas cardíacas, 97 por arma blanca y 99 por arma de fuego. Todas fueron intervenidas quirúrgicamente. Entre 1702 heridas por armas de fuego hubo 85 (5%) transfixiantes que cruzaron el mediastino y/o de uno a otro hemitórax. Inestabilidad hemodinámica condicionó una mayor gravedad y mortalidad en estos pacientes. Entre las 1512 lesiones abdominales se pesquisarón en orden

decreciente de frecuencia: diafragma (30,6%), hígado (22%), bazo (11%), estómago (10,5%) y colon (7,7%). En el grupo de sobrevivientes la tasa de complicaciones fue de 6% y 2,5% de infecciones. Pacientes hemodinámicamente inestables que requieren cirugía inmediata se abordan por el lado de opacidad radiográfica más extensa, mayor drenaje pleural, o bien deduciendo en base al trayecto de la herida o proyectil.

La mortalidad global para la serie fue de 2,8% (1,6% para arma blanca y 3,8% para arma de fuego). Para las heridas torácicas puras 2,1% subiendo al doble (4,3%) al ser toracoabdominales. Fallece el 21,9% de heridas cardíacas (14,4% al ser causadas por arma blanca y 29,2% por arma de fuego) y el 36% de heridas transfixiantes por bala. En tanto, entre 2853 pacientes sin heridas cardíacas muere tan sólo un 9%.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



EFFECTOS DE LAS COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS SOBRE LA MAYOR MORTALIDAD EN MUJERES CON CIRUGÍA CORONARIA: ESTUDIO ISRAELÍ DE CIRUGÍA CORONARIA (ISCAB)

J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 123: 517-24.

Este trabajo es parte de un estudio prospectivo de un año de duración efectuado en Israel en pacientes sometidos a cirugía de bypass coronario que pretende responder por qué las mujeres tienen una mayor mortalidad en este procedimiento, lo que para ellos aún no está completamente explicado. El estudio evalúa específicamente la contribución de las complicaciones perioperatorias al riesgo de mortalidad ajustada a 180 días en mujeres. El trabajo confirma una mayor mortalidad para las mujeres en relación a los hombres. Si bien las mujeres tienden a estar en los cuartiles de más alto riesgo y aunque la incidencia de complicaciones perioperatorias fue similar para ambos sexos, la mortalidad asociada a cualquier complicación fue mayor entre las mujeres. Lo anterior fue confirmado en modelos de Cox específicos para sexo.

En conclusión, este trabajo cambia el foco de atención en cuanto a riesgo quirúrgico desde la selección de mujeres para la cirugía a lo que sucede en el período intrahospitalario perioperatorio, de lo que se deduce que para mejorar los resultados de la cirugía coronaria en las mujeres los esfuerzos deben dirigirse a prevenir las complicaciones perioperatorias.

Dr. RICARDO ZALAUQUETT