

## REVISTA DE REVISTAS



MORBILIDAD POR FRACTURAS COSTALES SE INCREMENTA SOBRE LOS 45 AÑOS

*Holcomb JB, McMullin NR, Kozar RA y cols: J Am Coll Surg 2003; 196: 549-55.*

Estudios recientes en pacientes con trauma cerrado, han demostrado un incremento lineal de la morbilidad y aun mortalidad en relación a edad y número fracturas costales. Si bien inicialmente esto parecía ser válido sobre 65 años, algunos han indicado que la morbilidad comenzaría a aumentar ya desde los 40 años.

Los AA realizan un estudio retrospectivo de todos los pacientes mayores a 15 años que ingresaron al Memorial Hermann Hospital, Centro nivel I de Houston entre 1999 y 2001. En dicho período ingresaron 6.096 pacientes. De ellos 171 satisficieron la condición de ser mayores de 15 años, tener trauma cerrado y fracturas costales confirmadas mediante radiografía o escáner, y exclusión de trauma en otros segmentos (abdominal o craneano), que pudiera contribuir al cuadro clínico y confundir la signología.

Las características de esta serie son: sexo masculino: 72%, edad promedio 43 años, ISS 14,5. Los pacientes fueron distribuidos en 4 grupos: I: 15 a 44 años con 1 a 4 costillas fracturadas. II: 15 a 44 años con más de 4 costillas fracturadas. III: 45 y + años con 1 a 4 costillas fracturadas. IV: 45 y + años con más de 4 costillas fracturadas. Los cuatro grupos exhibieron en forma similar un 30% de contusiones pulmonares y un 51% de hemo neumotórax. Los pacientes del Grupo IV requirieron 5,8 días de ventilación mecánica, 7,5 días UCI y 14 días de hospitalización, significativamente mayor que los restantes tres grupos. El uso de analgesia epidural no influyó en el pronóstico. Los pacientes que salieron de la UCI y producto de complicaciones respiratorias debieron regresar a ella tuvieron un porvenir más ominoso. Fallecieron 5 pacientes (2,9%), distribuidos en forma similar en los cuatro grupos.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



RADIOQUIMIOTERAPIA CONCURRENTE EN CÁNCER DE RECTO LOCALMENTE AVANZADO CON ALTA DOSIS DE RADIACIÓN Y RÉGIMEN CONTENIENDO OXALIPLATIN: EL ENSAYO DE LYON EN FASE II

*JP Gerard, O Chapet, C Nemoz et al: Departamento de Radiación Oncológica, Lyon Sud Pierre Benite*

*Propósito:* La combinación de radioterapia, fluoruracilo y oxaliplatino en el cáncer del recto localmente avanzado ha sido validado como adecuado en ensayos en fase I. El propósito de este estudio es medir la tolerancia y la eficacia de este régimen en el período preoperatorio. *Pacientes y Método:* Entre mayo de 2000 y octubre de 2001, 40 pacientes elegibles para cirugía recibieron radioterapia en dosis de 50 gy en 5 semanas con técnicas de tres campos. Se les dio además dos ciclos de quimioterapia simultánea en la semana 1 y 5 con 130 mg/m<sup>2</sup> de oxaliplatino en el día 1 seguido de 5 días de una infusión de 350 mg/m<sup>2</sup> de fluoruracilo y 100 mg/m<sup>2</sup> de ácido folínico. La cirugía fue planificada 5 semanas después. *Resultados:* Todos los pacientes completaron el tratamiento sin modificación excepto uno que presentó toxicidad grado 3/4. Toxicidad grado 3 se registró en 7 pacientes. Todos los pacientes fueron operados a las 5 semanas como promedio. Una respuesta clínica objetiva ocurrió en 30 pacientes (75%). La cirugía con conservación del aparato esfinteriano se logró en 26 pacientes. No hubo mortalidad operatoria. Cuatro pacientes (10%) fueron reoperados, por una fístula anastomótica en 2 casos y debido a un absceso pélvico en otros 2. El estudio de la pieza quirúrgica demostró ausencia de tumor en 6 casos (15%) y escaso tejido tumoral remanente en otros 12 casos (30%). *Conclusión:* Tal combinación de radioquimioterapia preoperatoria con un régimen que incluía oxaliplatino es bien tolerado y no aumenta la morbilidad operatoria, lo que garantiza su uso en estudios clínicos futuros.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.



A PROPÓSITO DE 753 MUERTES EN UN CENTRO DE TRAUMA. UN ARGUMENTO PARA LA PREVENCIÓN

*Stewart RM et al: J Trauma 2003; 54: 66-71.*

En este interesante trabajo estadístico se analizaron las muertes por Trauma en un Centro Nivel I, ocurridas entre los años 1995 y 2001. El diagnóstico clínico se correlacionó con los hallazgos de autopsia en el 91% de los fallecidos.

En cada caso se midieron variados índices de gravedad y se aplicó metodología TRISS para determinar la probabilidad individual de sobrevivida.

En dicho período ocurrieron 753 muertes, edad promedio 42,5 años. En el 72,6% ésta fue de causa no intencional, y en estos casos, el 43% se debió a un accidente vehicular. Le siguieron en frecuencia: lesión por arma de fuego en 19%, caída de altura en el 16% y atropello en el 10%.

El Índice de Gravedad Lesional era en promedio, de 41 puntos, y en estos casos el valor promedio en la Escala de Glasgow fue de 5. El 42% de los fallecidos llegó a Urgencia sin signos de vida, con reanimación cardiopulmonar en marcha. Para todo el grupo, la probabilidad promedio de sobrevivida era del 25%.

Las principales lesiones responsables de la muerte fueron: lesión del Sistema Nervioso Central en el 51%, Shock irreversible en el 21%, las dos anteriores en el 16% y Falla Orgánica Múltiple en el 9%.

Las muertes ocurrieron en promedio a las 95 horas, observándose que el 52,2% sucedió en las primeras 12 horas; el 73,7% dentro de las primeras 48 horas y el 86,5% dentro de 7 días. Sólo el 9,6% de las muertes se produjo después de los 10 días. Al realizar el análisis en cuanto a lo modificable, se observó que en la gran mayoría de los casos esto no era prevenible con un cambio en la terapia (91,8%), en el 4,2% era potencialmente prevenible con una modificación en la terapia y sólo en el 2,7% la muerte había sido prevenible. Además, sobre el 50% de las muertes no prevenibles ocurrieron dentro de las primeras 12 horas.

Lo interesante fue que casi en el 60% de las lesiones no intencionales, se identificó un factor que contribuyó a la presencia o gravedad de las lesiones, a saber: intoxicación, no uso de cinturón de seguridad o no uso de casco de protección. El 28% de los fallecidos tenía niveles elevados de alcohol. Para los 206 casos con lesiones intencionales, un 44% estaba intoxicado al momento de su muerte.

Estas observaciones llevan a los autores a decir que la prevención es crítica para reducir las muertes en todo Sistema de Trauma.



ESFINTEROTOMÍA ENDOSCÓPICA PREOPERATORIA Y COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTOCOLEDOLITIASIS: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

*Leopoldo Sarli M, Domenico R Iusco, Luigi Roncoroni: World J Surg 2003; 27: 180-6.*

Hasta el momento actual no existe ningún procedimiento estándar de detección y tratamiento de los cálculos coledocianos (CBDS) en pacientes que van a sufrir una colecistectomía por vía laparoscópica (LC). Este estudio prospectivo comprende 2.137 pacientes tratados mediante colecistectomía laparoscópica electiva. Sólo desde junio de 1997, el algoritmo diagnóstico implicaba una colangiografía intravenosa de rutina y una colangiografía retrógrada endoscópica selectiva (ERC). Por consiguiente, no se valoró de forma rutinaria el colédoco, pero se elaboró un sistema de evaluación para seleccionar a aquellos pacientes con riesgos de CBDS en los que debería efectuarse una colangiografía intravenosa y/o una ERC. Cuando se descubrieron cálculos coledocianos se efectuó una esfinterotomía endoscópica (ES). La técnica estándar con 4 trocarea se utilizó para la LC tras la extracción endoscópica de los cálculos del colédoco. En 340 pacientes se sospecharon cálculos coledocianos (CBDS) siendo sometidos a una ERC preoperatorio; 250 pacientes sufrieron una ES. Veintiún enfermos, al fracasar la ERC o la esfinterectomía, fueron intervenidos mediante cirugía abierta. Cálculos coledocianos se detectaron en 283 pacientes (13,2%) que en 250 casos (88,3%) fueron extraídos antes de la intervención quirúrgica y durante la operación en 28 (9,9%). La colecistectomía laparoscópica se realizó en el 98,4% de los casos. La tasa de reconversión, si se había efectuado esfinterotomía previa, fue del 8,3% y del 3,4% para las colecistectomías laparoscópicas estándar ( $p < 0,001$ ). La tasa de morbilidad fue de 4,5% y la de mortalidad del 0,09%. Durante el seguimiento 5 pacientes (0,2%) presentaron cálculos residuales que fueron tratados endoscópicamente. Se necesita que en futuros trabajos se descubran nuevas estrategias para la detección y tratamiento de los CBDS, que deben de incluir la ERC selectiva, la ES preoperatoria y la exploración del colédoco en los casos en que fracasa la endoscopia preoperatoria.