

## REVISTA DE REVISTAS



TRAUMA VASCULAR CERRADO DE EXTREMIDADES  
*Rozycki GS et al: J Trauma 2003; 55: 814-24.*

El traumatismo vascular cerrado de extremidades es de baja incidencia, y presenta aspectos particulares que lo diferencian del trauma penetrante. Los autores dan a conocer una serie de 62 pacientes con 93 lesiones vasculares cerradas, en 65 extremidades, atendidos en un centro de Trauma Nivel I en un período de ocho años. Ellos representan apenas el 0,5% de las admisiones por trauma cerrado y corresponden al 9% de los traumatismos vasculares atendidos en ese período.

Los pacientes fueron en su mayoría hombres, con una edad promedio de 32 años. Las lesiones fueron secundarias a accidente vehicular en más del 50% de los casos, y afectaron mayoritariamente a las extremidades inferiores por sobre las superiores 49 y 16 casos respectivamente.

Los signos "duros" de lesión vascular se observaron en el 66% de los pacientes. El 95% tenía lesión osteo-articular asociada, fractura y/o luxación. El Índice de Gravedad Lesional para la serie fue de 14,6 en promedio. En 20 pacientes se efectuó una arteriografía preoperatoria y en otros 14 casos en Pabellón, inmediatamente previo a la cirugía. De las 161 lesiones de extremidad superior, en la mitad de los casos se trató de la arteria braquial. Para la extremidad inferior, 40 de las 63 lesiones arteriales correspondientes a las arterias tibial o peronea y hubo 13 lesiones de la arteria poplítea.

En la extremidad superior la mitad de las lesiones se repararon con injerto venoso. Para las inferiores, se utilizó ligadura en 30 casos e interposición venosa en 22 casos. Mucho menos frecuente fue la utilización de prótesis. En 18 ocasiones se empleó un *shunt* intravascular transitorio. En el 84,2%, las reparaciones se acompañaron de fasciotomía simultánea.

Los autores estiman que en seis pacientes hubo retardo en el diagnóstico o en el tratamiento, incluidos aquellos con fasciotomía tardía, y otros en que no se reconoció la isquemia de la extremidad o la presencia de un Síndrome Compartimental.

Once pacientes (17,7%) resultaron con una amputación, con 12 extremidades afectadas; 3 su-

periores y 9 inferiores. Dos de ellas se realizaron primariamente, por un Índice Mangled elevado al ingreso al Hospital. Esta tasa de amputación es tres veces más elevada que para lesiones penetrantes.

En esta serie fallecieron seis pacientes (9,7%), cuatro de los cuales presentaban lesiones asociadas graves. Los otros dos presentaron exanguiación por la lesión vascular.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



LESIONES CONTUSAS DE BAZO EN ADULTOS: MANEJO COMPARATIVO EN CENTROS DE TRAUMA NIVEL I Y II

*Harbrecht BG, Zenati MS, Ochoa JB y cols. JACS 2004; 198: 232-39.*

En trauma contuso abdominal, el bazo es el órgano más frecuentemente lesionado. Sus principios de tratamiento están en constante revisión. El manejo no operatorio es hoy la práctica más frecuente. Seleccionar el paciente adecuado es lo difícil. Las causas de éxito o fracaso se vinculan a estado hemodinámico, gravedad de la lesión esplénica, magnitud del hemoperitoneo, edad, índice de severidad de lesión (ISS) y el análisis del estudio de imágenes.

Los AA presentan los resultados de un Estudio Multicéntrico, retrospectivo, patrocinado por la Asociación del Este de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Comprende 2.138 pacientes mayores a 16 años, ingresados entre 1998 y 2000 a 27 Centros de Trauma en Estados Unidos. De ellos 15, con 1.366 pacientes, son de Nivel I (NI), en tanto que los restantes 12, con 772 accidentados, son de Nivel II (NII).

La edad promedio fue 37,8 años, un 65,6% son de sexo masculino y el ISS fue 26,1. Los caracteres clínicos y la severidad de la lesión esplénica fueron muy similares en ambos grupos. El manejo inicial se realizó conforme a los mismos esquemas.

La tasa no operatoria fue de 69% para el NI y 62% en NII. En ambos, la conversión a cirugía fue de 17,6 y 13%. La tasa de fracasos guarda relación con la gravedad de la lesión esplénica. Pero, la

mortalidad por manejo no operatorio (8,4%) fue mayor que la de los operados (4,5%). En el NI se realizaron más esplenorrafias. El período de estada hospitalaria global fue más corta en el NII (10 y 12 respectivamente), y en general menor en los casos quirúrgicos.

Se concluye que el manejo no operatorio del trauma contuso de bazo sigue siendo lo adecuado. Comparando las cifras de comportamiento por períodos anuales, se observó un significativo progreso en los resultados correspondientes al año 2000.

Dr. RICARDO SONNEBRON G.



IMPLANTACIÓN TUMORAL TRAS PUNCIÓN PERCUTÁNEA EN CARCINOMA DE HÍGADO Y DE PÁNCREAS  
*Chihiro Kosugi MD y col: World J Surg 2004; 28: 29-30.*

Está demostrada la implantación tumoral a lo largo del trayecto de la aguja tras procedimientos de punción percutánea, bajo control ecográfico, en carcinomas hepatocelulares (HCC) y carcinomas de páncreas (PC). Se han efectuado pocas investigaciones de cómo se produce la implantación a lo largo del trayecto de la aguja tras estos procedimientos diagnóstico-terapéuticos. El objetivo del trabajo fue averiguar si existe una correlación entre

la técnica, la diferenciación del tumor primario y el tratamiento de los implantes. Se estudiaron retrospectivamente desde julio de 1992 a marzo del 2000 los HCC (n= 372) que fueron biopsiados, sometidos a tratamiento con inyección percutánea de etanol o con coagulación percutánea por microondas. Además, se estudiaron los PC (n= 73) que fueron simplemente biopsiados. Implantación tumoral en el trayecto de la aguja se constató en 6 pacientes con HCC (1,6%) y en 1 con PC (1,4%). En los pacientes portadores de un HCC el tiempo que transcurrió hasta efectuar el diagnóstico osciló entre los 5 y 25 meses (media  $\pm$  desviación estándar: 11,2  $\pm$  7,6 meses). En estos pacientes la implantación, a lo largo del trayecto de la aguja, se evidenció con todas las diferentes técnicas empleadas (2 tras instalación exclusiva de etanol (PEI), 2 tras biopsia y PEI y uno tras coagulación (PMCT) y con cualquier grado de diferenciación del tumor primario (bien diferenciado en 1 caso, moderadamente diferenciado en 2 y pobremente diferenciado en uno). Cada implante tumoral fue extirpado quirúrgicamente sin recidiva alguna. Estos resultados demuestran que la implantación a lo largo del trayecto de la aguja no depende, ni de la técnica realizada ni del grado de diferenciación del tumor primario y que la resección quirúrgica del implante constituye el tratamiento de elección.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.