Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 5, Octubre 2004; págs. 508-509

REVISTA DE REVISTAS

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON CIRROSIS. META-ANÁLISIS

Puggioni A et al: J Am Coll Surg 2003; 197: 921-26.

Hoy nadie duda que la colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección para la colelitiasis. Hay condiciones como enfermedad cardipulmonar grave y ciertas otras patologías agregadas, que no hacen recomendable la vía laparoscópica. Entre ellas, el consenso del NIH de 1992 incluía la cirrosis hepática avanzada. Sin embargo, son muy pocos los estudios prospectivos y randomizados que sustenten una conducta de este tipo y por otro lado, las series publicadas son pequeñas y no permiten obtener conclusiones valederas.

Los autores realizaron un estudio en base a las publicaciones en lengua inglesa aparecidas entre 1993 y el año 2001 referidas al tema. En ese período hubo 25 trabajos que comprendían 400 pacientes. Sólo se utilizaron para el presente análisis los datos provenientes de 351 casos. En cuatro artículos se comparaba colecistectomía laparoscópica con la abierta en pacientes cirróticos; en seis se comparaba CL en pacientes cirróticos y no-cirróticos y en siete se describía CL exclusivamente en pacientes cirróticos. En la gran mayoría de los pacientes se trataba de casos Child A (265), existiendo 73 pacientes Child B y Child C sólo en seis.

Al comparar pacientes sin cirrosis con aquellos con cirrosis, se observó que estos últimos presentaron significativamente una mayor tasa de conversión de CL abierta (7,1 y 3,6%); mayor tiempo operatorio (98 y 70 minutos); más complicaciones hemorrágicas (26,4% y 3,1%); y en general una morbilidad mayor (20,9 y 8,0%).

Fue más frecuente observar colecistitis aguda al comparar pacientes con cirrosis versus sin cirrosis. En los cirróticos, al comparar la vía abierta con la colecistectomía laparoscópica, esta última fue favorable en relación al tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas y días totales de hospitalización. No hubo diferencias en cuanto a morbilidad y mortalidad.

Entre todas las series la mortalidad fue de sólo un paciente (0,28%) y correspondió a un paciente en categoría C de Child.

En suma, los pacientes cirróticos llegan a la colecistectomía de urgencia con mayor frecuencia y tienen una mayor morbilidad que los no cirróticos; sin embargo, la vía laparoscópica ofrece ventajas en este especial tipo de pacientes. Sería deseable tener más estudio prospectivos en este campo.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS MODALIDADES DE DRENAJE EN TRAUMATISMOS INTRAPERITONEALES DE LA VEJIGA

Alli MO, Singh B, Moodley J y col. J Trauma 2003; 55: 1152-54.

Los traumatismos de la vejiga en el 97% de los casos se acompañan de lesiones concomitantes. Las lesiones vesicales extraperitoneales frecuentemente pueden manejarse en forma médica con la sola cateterización uretral. Aquellas que son intraperitoneales requieren obligatoriamente cirugía y para asegurar la cicatrización de la lesión se considera un drenaje descompresivo de la vía urinaria. La modalidad tradicional ha combinado una sonda uretral (SU) con una suprapúbica (SSP). Sin embargo, hay quienes sostienen que esta última no sería necesaria, creando una herida adicional en la vejiga, que su permanencia por largo tiempo tiene riesgo de infección y establece un trayecto que retarda la cicatrización de la lesión vesical.

En un período de 24 meses (1999-2001) los AA evaluaron prospectivamente a 42 pacientes con

Traumatismos de vejiga intraperitoneales (VI) ingresados en el Hospital Edward VIII de Durban, Sudáfrica. El mecanismo lesional fue una herida por arma de fuego en 82,5% y contusiones en el restante 17,5%.

Se aplicó SU aislada en 24 pacientes y SSP en 18. No hubo diferencias epidemiológicas, clínicas ni de gravedad. Todas las lesiones vesicales fueron reparadas quirúrgicamente con ácido poliglicólico, en sutura en dos planos. El análisis estadístico no mostró diferencias clínicas ni de manejo de la lesión, de acuerdo a cada modalidad de drenaje vesical. Drenajes abdominales se usaron complementariamente en forma aleatoria según las lesiones abdominales concomitantes. Las SU se retiraron al cuarto día, en tanto que las SSP al 10º día.

El grupo de SSP desarrolló 4 infecciones urinarias, 3 casos de hematuria y la única fístula urinaria. Se observó también dificultad para reinstaurar la micción. Entre los SU hubo tan sólo una infección urinaria. La mortalidad global fue de 16,7%, cuatro entre las SSP y tres en las SU, pero imputables siempre a las lesiones asociadas. La estada hospitalaria fue de 9,1 días para las SU y 15,5 para las SSP.

Este estudio demuestra similar eficiencia con ambas técnicas, destacando que al usar la SU como único drenaje, se obtiene la ventaja de disminuir la morbilidad y el período de estada hospitalaria. Prolongar innecesariamente la cateterización favorece la producción de infección y sepsis.

Dr. Ricardo Sonneborn G.

R R

Quiste hidatídico de las glándulas suprarrenales

Nufide Nuran A, Kcay MD y col: Ataturk University Medical Faculty). Ersurum, Turkey World J Surg 2004; 28: 97-98.

Las lesiones quísticas de las cúpulas suprarrenales son poco frecuentes y muy raras las de origen parasitario. Con la generalización de la ecografía y tomografía abdominales cada vez se detectan más quistes en las cúpulas suprarrenales de manera accidental (incidentalomas). Revisamos 9 pacientes con quistes hidatídicos de cápsula suparrenal intervenidos en nuestro Servicio entre 1980 y 2002. Cuatro eran varones y 5 mujeres con edades comprendidas entre los 15 y 80 años (media 41 años). En todos los casos el quiste era unilateral; en siete se localizaba en la cápsula suprarrenal derecha y en dos, en la izquierda. En 5 casos se trataba de quistes primarios; en 4 pacientes, la hidatidosis era secundaria; en 3 casos el hallazgo fue accidental. El síntoma más frecuente fue el dolor (en 6 casos). La hemoaglutinación indirecta (HA) fue positiva en 6 casos; en todos, la imagen quística fue detectada por ecografía o tomografía, pero el diagnóstico definitivo se estableció tras el estudio macro y microscópico del contenido del quiste. El tratamiento fue quirúrgico, extirpándose en todos los casos el quiste “in toto” junto con la cápsula suparrenal. El período de seguimiento medio fue de 16 meses (rango 6-64). No se observaron recidivas. Siempre debe tenerse en cuenta que tumores quísticos del abdomen superior pueden tener su origen en las cápsulas suparrenales. Su etiología ha de establecerse junto a un tratamiento precoz constituyendo, para los autores, el de elección la extirpación de la glándula suprarrenal junto con el quiste.

Dr. Manuel Fernández P.