Rev. Chilena de Cirugía. Vol 56 - Nº 6, Diciembre 2004; págs. 610-611

REVISTA DE REVISTAS

LA NECESIDAD DE UNA GASTROYEYUNOSTOMÍA PROFILÁCTICA EN EL CÁNCER PERIAMPULAR IRRESECABLE

Van Heek NT et al: Ann Surg 2003; 238: 894-905.

En un significativo número de pacientes (25 a 75% de los casos), la exploración abdominal por un cáncer periampular, demuestra un tumor irresecable. En ese caso el objetivo de la paliación va dirigido a aliviar la ictericia, la obstrucción duodenal y el dolor. Un estudio prospectivo de Johns Hopkins publicado en 1999 concluyó recomendando la gastroyeynostomía de rutina cada vez que se realizara cirugía paliativa. Sin embargo, se trata de los resultados de un centro de excelencia, y aún muchos otros piensan que adicionar una gastroyeyunostomía (GYA) a una derivación biliar, aumenta la morbilidad y específicamente, el retardo en el vaciamiento gástrico, entre el 2 y el 14% de los pacientes.

Con el objetivo de demostrar la utilidad de la GYA profiláctica ante la presencia de un cáncer periampular localmente irresecable o con metátasis, pero sin obstrucción duodenal inminente, los autores evaluaron en forma prospectiva y aleatoria la utilidad de ésta, midiendo el desarrollo de un síndrome de mal vaciamiento gástrico y la necesidad de reintervención por obstrucción gástrica secundaria. El estudio se efectuó entre los años 1998 y 2002, y comprendió finalmente 65 pacientes, de los cuales en 29 se efectuó sólo derivación biliar y en los 36 restantes un doble by-pass.

Ambos grupos fueron comparables en cuanto sexo, síntomas preoperatorios, localización del tumor y proporción de pacientes con metástasis. En ninguno de los dos grupos hubo mortalidad perioperatoria, y la morbilidad fue del 28% para el caso de derivación biliar exclusiva y de 31% para aquellos con doble by-pass. El tiempo total de hospitalización fue similar en ambos grupos: 11 y 9 días.

La media de sobrevida fue de 7,2 meses para aquellos pacientes con doble derivación y 8,4 meses para los restantes. Sin embargo, y lo más llamativo en este estudio fue observar que para los primeros, durante ese período de observación, sólo dos (6%) presentaron una obstrucción al vaciamiento gástrico y un paciente (3%) debió ser reoperado. En cambio, entre aquellas pacientes sometidos inicialmente sólo a derivación biliar, un 41% presentó clínica de obstrucción gástrica y seis (21%) requirieron una segunda intervención quirúrgica.

Este estudio confirma que ante un tumor periampular irresecable, la realización de doble by-pass, consistente en una hepaticoyeyunostomía y una gastroyeyunostomía profiláctica, es preferible a la derivación biliar exclusiva.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

LUGAR Y MOMENTO EN MUERTES HOSPITALARIAS POR TRAUMA

Demetriades D, Murray J, Charalambides K y cols. JACS 2004; 198: 20-26 (enero).

El Centro de Trauma Nivel I de Los Angeles County, dependiente del Centro Médico de la Universidad de California, es uno de los mayores de Estados Unidos, ingresando anualmente unos 7.000 pacientes, 4.000 de ellos con las lesiones más severas, y enrolados en el Registro de Trauma (RDT). Es altamente eficiente. Su tiempo promedio entre accidente e ingreso es de 28 minutos.

En 1998, los AA habían demostrado que un 67% de las muertes por Trauma ocurrían en el sitio del accidente. Ahora, revisaron las muertes intrahospitalarias ocurridas en su Centro entre 1993 y 2002, excluyendo quemaduras, inmersiones y envenenamientos. En dicho período ingresaron 64.724 pacientes, 34.120 de los cuales fueron consignados en el RDT. Un 65% por trauma contuso (TC) y 35% por heridas penetrantes (HP). Hubo 2.648 muertes globales (4,1%) que subió a 7,8% en el RDT.

La mortalidad por TC fue de 5,7% y 11,5% por HP, correspondiendo estas últimas a 14,8% por armas de fuego y 3,4% por arma blanca. Según

mecanismo lesional las HP por arma de fuego representaron el 46% de las muertes, seguidas por atropellos (16%), colisiones (13%), heridas por arma blanca (13%) y caídas (3%). Sexo masculino 82% y edad promedio 36 años.

Entre los fallecidos el 60% tenían una Escala de Coma de Glasgow (ECG) de 3, un ISS promedio de 29,2 (mayor en HP que en TC). La lesión corporal causante de la muerte fue: 43% craneanas, 28% torácicas, 19% abdominales y 2% en extremidades.

A su ingreso un 38% no registraba signos vitales pesquisables, hecho más frecuente en HP. La resucitación inicial recuperó un 12% de ellos, pero el 77% falleció antes de las 6 horas. Un 39,3% correspondieron a fallecidos en la primera hora y/o ausencia de signos vitales al ingreso. La precocidad dominó en HP.

Un análisis detallado permitió concluir que, además de ser mayores a 60 años, los tres factores de riesgo que predominanemente condicionan muertes en la primera hora son: AIS torácico ≥4, ECG <8 y Presión sistólica < a 90 mmHg. Estudiado el lugar de muerte se determinó: 40% en el Servicio de Urgencias, 30% en la UCI y 18% en el Quirófano. La tendencia, a su vez, mostró que los traumatismos torácicos fallecen en el Servicio de Urgencias, los abdominales en el quirófano y los traumatismos craneoencefálicos en la UCI.

Dr. Ricardo Sonneborn G.

R R Monitoreo continuo de oximetría de pulso en fracturas de huesos largos, sin hipoxemia clínica

Wong MWN, Tsui HF, Yung SH y cols. J Trauma 2004; 56: 356-62 (febrero)

En relación al Trauma se han reportado hipoxemias clínicamente inaparentes. Midiendo gases arteriales su frecuencia se ha estimado en 35 a 70%. En pacientes asintomáticos la presión parcial de oxígeno puede descender hasta 50 mmHg, con riesgo clínico y de desarrollar secuelas. Al medir gases arteriales (GA) sólo una vez al día, se desconoce que sucede durante el tiempo restante. Se piensa que la hipoxemia inaparente es un problema de mayor frecuencia. Para demostrarlo los AA comparan el rendimiento de los GA con el monitoreo de oximetría de pulso (OCP).

La hipoxemia suele ser causada por una embolia grasa (EG), que lleva a una insuficiencia respiratoria aguda (IRA), a su vez, su mayor causa de mortalidad. Esta relación ocasiona que la terapia apunte directamente a corregir la función pulmonar. La mayoría de los pacientes con EG responden adecuadamente a la terapia respiratoria en base a administración de oxígeno. Se ha sugerido que la hipoxemia aparece precozmente en la EG y bien pudiera ser un importante eslabón fisiopatológico. En base a ello se ha recomendado la pesquisa temprana de la IRA, para así instituir precozmente la terapia respiratoria. En politraumatizados con ISS elevado y riesgo de EG, se ha mostrado beneficioso aplicar en forma profiláctica ventilación mecánica con PEEP.

Los AA realizan un estudio prospectivo a 20 pacientes con fracturas de fémur y/o tibia (GE), confrontado con un grupo control (GC) de 19 pacientes sanos, ingresados al Prince of Wales Hospital de Hong Kong. Se excluyó a mayores de 65 años, tabáquicos, insuficientes respiratorios crónicos, TEC, trauma toráxico y/o abdominal, que por sí solos pudieron ocasionar una IRA. Durante las primeras 72 horas desde el traumatismo o de su consiguiente intervención quirúrgica, se efectuó monitoreo de OCP, medición diaria de gases arteriales (GA), así como pesquisa clínica de hipoxemia y de hechos sugerentes de EG.

El sexo masculino estuvo en el 90% del GE y 50% del GC. Las edades promedios coincidieron en alrededor de 30 años. En el GF, fueron operados 6 pacientes. La OCP detectó saturaciones O_2 bajo 90% en el 93% de los sujetos del GE. Tanto en los tratamiento ortopédicos como en período post ortopédicos como en período postoperatorio, las desaturaciones fueron recurrentes, de variada intensidad (hasta Sat 0_2 de 60%) y llegando a durar hasta 107 minutos. Contrastando, el realizar sólo un control diario de GA no pesquisó ningún incidente de hipoxemia (O_2 bajo 65 mmHg). En la mayoría de los casos los pacientes cursan asintomáticos y apenas dos requirieron oxigenoterapia. Sólo uno desarrolló una EG. El GC tuvo hallazgos mínimos no significativos.

Dr. Ricardo Sonneborn G.