

REVISTA DE REVISTAS

RR

CÁLCULOS DEJADOS EN EL PERITONEO DURANTE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: CONSECUENCIAS

Ali Riza Tumer, MD y Col. World J Surg 2005; 29: 437-440.

Durante la colecistectomía laparoscópica, sucede con alguna frecuencia la rotura de la vesícula con el consiguiente derrame de bilis y cálculos al peritoneo. Porque las consecuencias pueden ser peligrosas, la conversión a laparotomía como tratamiento inmediato para recuperar los cálculos derramados, es uno de los tópicos de recurrente discusión en la colecistectomía laparoscópica. En este artículo, discutimos la opción o no, de convertir a laparotomía después del derrame de cálculos.

Un prospectivo estudio sobre 1.528 consecutivas colecistectomías laparoscópicas mostró perforaciones de vesícula con derrame de cálculos a la cavidad abdominal en 58 (3,8%) de los pacientes; de los 58, 7 (12%) experimentaron complicaciones por cálculos retenidos.

Una conducta aceptable, sería la información preoperatoria de la posibilidad del derrame de cálculos y en el caso que así fuera podría ser informado al paciente en el postoperatorio y seguir con controles periódicos preventivos.

De esta manera evitar traumas psicológicos por errores diagnósticos posteriores, como por un cálculo que simule un cáncer radiológico.

De tal manera que el cirujano no debiera vacilar en informar al paciente acerca del derrame de los cálculos y posibles consecuencias.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

RR

LA CIRROSIS HEPÁTICA CONTRAINDICA UN MANEJO MÉDICO EN TRAUMA CONTUSO DE BAZO

Fang JF, Chen RJ, Lin BC y cols. J Trauma 2003; 54: 1131-1136.

En pacientes hemodinámicamente estables, el manejo médico (MM) del Trauma contuso de Bazo (TCB) constituye hoy una actitud terapéutica am-

pliamente aceptada. Más del 70% de los casos no requiere cirugía, y se reporta éxitos en aproximadamente un 90%. Un 8% desarrolla sangrado tardío o abscesos y deben ser operados. Las contraindicaciones, si bien relativas, son: edad mayor, lesión esplénica grave, idiosincrasia por medios de contraste y politraumatismo. A su vez, en lesiones con Gravedad III a V y transfundidos con a lo menos dos unidades de sangre, hay un 97% de fracasos.

Los AA estudian retrospectivamente el comportamiento de los TCB en sujetos afectados por cirrosis hepática (CH). Si bien, en países occidentales, esta tiene una clara relación con alcoholismo, en Taiwan frecuentemente es secuela de Hepatitis B y C, ya que Asia, alberga el 75% de los portadores del virus de la Hepatitis B. La CH se manifiesta con hipertensión portal, esplenomegalia, coagulopatía, protrombinemia elevada e hipoalbuminemia.

En un período de 5 años (1997-2001), 487 sujetos con un TCB ingresaron al Chang Gung Memorial Hospital de Taiwan. Se les aplicó medidas estandarizadas de reanimación inicial. De ellos, 339 (70%), sólo con lesión de viscera maciza, y hemodinámicamente estables, fueron considerados para manejo médico. A las 49 horas de observación, en 74 (21,8%) se determinó fracaso de él por: hemorragia activa en 52 (70,2%), sangrado diferido en 14 (19%) e hipertensión intraabdominal en 8 (10,8%). En 11 (3,2%) casos se estableció la presencia de una CH. En la casuística global hubo 32 muertes (6,6%). De ellos, 26 (81,2%) por politraumatismo y 6 (18,8%) por la lesión esplénica. Todos estos últimos eran portadores de CH.

En 12 pacientes se demostró una CH. Sus requerimientos transfusionales oscilaron entre 4 y 26 U. Comparativamente, se observó en ellos, un menor Índice de Severidad de Lesión (ISS) y de gravedad de lesión esplénica, pero, requirieron más sangre y tuvieron mayor mortalidad. Consecuentemente, fracasó el MM en el 92%.

La elevación de la Protrombinemia constituyó siempre un factor predictivo de mal pronóstico.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE EN POLITRAUMATIZADOS
 Dirham RM, Moran JJ, Mazuski JE y cols.
J Trauma 2003; 55: 608-616.

El concepto de Síndrome de Falla Orgánica Múltiple (SFOM) está en constante evolución. Se lo describía como una enfermedad evolutiva grave, asociada a sepsis, shock e inflamación. Estimaciones lo vinculan con el 80% de las muertes que ocurren en las UCI. Sin embargo, el uso del término ha sido impreciso, y heterogéneo el tipo de pacientes en los que se ha aplicado. En consideración, a que su eventual incidencia estaría disminuyendo, y que su tratamiento y pronóstico habría mejorado, el concepto debe revisarse, buscando homogenizar su caracterización y categorización de gravedad.

El objetivo de los AA es establecer la incidencia y mortalidad por SFOM en una serie consecutiva de Politraumatizados (P) atendidos en UCIs quirúrgicas. Formularon un estudio cooperativo, prospectivo, con 869 P ingresados en tres Centros de Trauma Nivel I, entre 1996 y 1999. Requisito, que sobrevivieran más de 48 horas, y que el SFOM se mantuviera a lo menos por 3 días. Excluyeron el TEC grave como causa de SFOM.

El SFOM, se catalogó según las definiciones clásicas de Knaus y Fry (1980-1985). Luego, intentando predecir pronóstico, se confrontó a los pacientes con registros objetivos de puntaje de disfunción por órgano e ISS (Marshall, 1995). Al ingreso a la UCI, los puntajes promedio fueron:

APACHE II 12,2 + 22, APACHE III 30,5 + 22,7 e ISS 19 + 10.

Se pesquisó falla orgánica en 207 casos (23,8%). Un estudio comparativo muestra que 163 (18,7%) de ellos tuvieron compromiso de un solo sistema orgánico, 52% de las veces respiratorio. El SFOM, en tanto, ocurrió en los restantes 44 (5.1%), también predominantemente iniciados por insuficiencia respiratoria. El tiempo de conexión a ventilación mecánica, estada en UCI y hospital fue significativamente mayor en el SFOM. También lo fue la mortalidad que subió de 4,3 a 52,3%. En el 94% de los pacientes con falla orgánica se detectó una sepsis. En 92,6% a causa de neumonía.

La mortalidad se eleva exponencialmente según el número de sistemas orgánicos en falla: con uno 4,3%, con dos 32% , con tres 67% y 90% con cuatro. Ninguno de los pacientes falleció por insuficiencia respiratoria. En los casos con 2 y 3 sistemas orgánicos comprometidos, comparativamente la mortalidad ha disminuido en el tiempo. Sin embargo, cuando afecta cuatro sistemas persiste cercana al 100%, pareciendo estar más relacionada con la gravedad de las lesiones que del SFOM en sí mismo.

Los AA concluyen que los factores de riesgo que predicen un SFOM son el índice APACHE III, la lactacidemia y la cantidad de productos sanguíneos requeridos para 24 horas.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.