

REVISTA DE REVISTAS

RR

EXPERIENCIA INICIAL CON FILTROS REMOVIBLES DE VENA CAVA INFERIOR, EN PACIENTES DE TRAUMA DE ALTO RIESGO

Hoff W et al. *J Am Coll Surg* 2004; 199: 869-874.

Hoy se reconoce a la Trombosis profunda (TVP) y consiguiente embolia pulmonar (EP), como una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el paciente de trauma. Además de la elevada incidencia de la TVP, que puede llegar hasta el 58%, el problema está en que en la mitad de los casos el cuadro es asintomático y puede pasar inadvertido. Por tanto, el enfoque habitual ha sido la profilaxis, de la cual existen variadas modalidades, pero las más efectivas son aquéllas con heparina subcutánea normal o fraccionada y la aplicación de dispositivos mecánicos de compresión neumática. Desafortunadamente, existen ocasiones de alto riesgo de TVP en que no puede ser aplicada ninguna de las modalidades mencionadas; ahí ha surgido la colocación profiláctica de un filtro en la Vena Cava Inferior (VCI). Si bien estos dispositivos no son propiamente profilácticos de la TVP, sí lo son para la EP, pero se le asocian los siguientes problemas: migración, oclusión, edema crónico de extremidades y hasta aquí, la permanencia definitiva del dispositivo. Esto último puede ser especialmente significativo en los pacientes de trauma, habitualmente jóvenes.

Actualmente existe un filtro denominado Günther Tulip, que colocado por vía femoral o yugular, puede ser removido por esta última vía, procedimiento que debe realizarse antes de 14 días, antes que se desarrolle la endotelización del mismo. También debe descartarse antes del retiro, la presencia de un trombo flotante y debe existir una cavografía normal.

Esta experiencia se llevó a cabo en un Centro de Trauma Nivel I, de la Universidad de Pennsylvania, entre los años 2002 y 2003.

En el período señalado ingresaron al referido centro, 1045 pacientes. Considerados de muy alto riesgo de EP, (mayor de 50 años, ISS \geq 16, catéter femoral, GCS \leq 8, fractura de pelvis, fractura de

fémur y/o tibia, lesión venosa) y sin posibilidad de profilaxis habitual eran 35, los cuales recibieron profilácticamente un filtro de este tipo. Todos ellos eran pacientes con trauma cerrado. En el 74% existían lesiones ortopédicas, siendo la mitad de ellos pacientes con fractura de pelvis.

El filtro fue colocado vía femoral en casi todas las ocasiones, y en promedio a los 3 días de evolución. Con las consideraciones mencionadas, se retiró el filtro en el 51,4% (18 pacientes), en promedio a los 10,2 días desde su inserción, siguiendo profilaxis por las otras formas disponibles. No hubo complicaciones por este motivo.

Al momento de la colocación del filtro, el 11,4% de los pacientes presentaba una TVP, agregándose otro 8,9% de nueva TVP post-filtro. En esta serie ningún paciente presentó una EP durante su hospitalización.

Se concluye que el filtro removible de Vena cava inferior es una solución segura para aquellos pacientes en muy alto riesgo de TVP y EP, en un período en el cual las medidas tradicionales de profilaxis no pueden ser empleadas.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

RR

ESCALA DE COMA DE GLASGOW Y EXAMEN PUPILAR COMO FACTORES PRONÓSTICOS EN TRAUMA
Lieberman JD, Pasquale MD, García R y cols. *J Trauma* 2003; 55: 437-43.

El progreso en cuidados prehospitalarios y transporte aéreo permiten una rápida estabilización y arribo de pacientes al Hospital. En un contexto de progresiva racionalización de recursos, control de gastos y expectativas de la familia, predecir el pronóstico de un accidentado puede resultar fundamental. En este sentido, el trauma craneoencefálico (TEC) ha suscitado enorme interés. La experiencia clínica ha establecido como factores de gravedad y mal pronóstico: edad avanzada, baja en la Escala de Coma de Glasgow (EC), hipotensión durante la resucitación, desviación de la línea me-

día en la TAC, incremento de presión intracraneana e ISS elevado. Es por ello que los médicos del Servicio de Emergencias y los especialistas deben determinar la pertinencia y utilidad de aplicar medidas de resucitación.

Los AA estudian 137 pacientes adultos, mayores de 14 años, seleccionados entre 8.640 ingresados entre enero de 1990 y diciembre de 2001, en el Centro de Trauma Nivel I, del Lehigh Valley Hospital de Pennsylvania. La edad promedio fue de 40 años y predominó ampliamente el sexo masculino.

Los criterios de inclusión fueron EC de 3. En ellos, 104 (76%) presentaban pupilas midriáticas y no reactivas, y no hubo sobrevivientes. A su llegada se declaró muertos a 28 (37,3%), y no se prosiguió con maniobra alguna. En los 76 restantes, en que se continuó con la resucitación, en 53 (70%) se realizaron procedimientos quirúrgicos. Todos fallecieron: 30 en el propio Servicio de Emergencias, 39 dentro de las siguientes 24 horas, 4 en las 48 horas, 2 en 72 horas y 1 al 6º día.

Entre los 33 (24%), en condición más favorable, puesto que no ingresaron con pupilas midriáticas ni arreactivas, 11 (33%), fueron dados de alta, luego de una estada hospitalaria de 21,4 días. Sin embargo, los 22 (67%) restantes fallecieron, 10 en el Servicio de Emergencias y los restantes en los días siguientes.

En total fallecieron 125 (91,2%) pacientes. Entre sus causas se estableció: 28 (22,4%) muerte al ingreso, 41 (32,8%) por TEC y anoxia, 54 (43,2%) exsanguinaciones y 2 (1,6%) Fallas Sistémicas Orgánicas Múltiples.

Tal vez, resulta aleatorio elegir una EC de 3. Pero, ello denota un TEC de extraordinaria gravedad. Cuando en este contexto, los pacientes cursan con pupilas midriáticas y no reactivas, no tienen expectativas de sobrevida. Por su parte, si hay reacciones pupilares, debe proseguirse con las medidas de resucitación, aunque es anticipable que la mayoría también fallecerá. Un criterio agregado importante es la eventual donación de órganos.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.

R
R

MANEJO NO OPERATORIO EN TRAUMA RENAL CONTUSO EN NIÑOS

Nance ML, Lutz N, Carr MC y cols. *J Trauma* 2004; 57: 474-478.

En niños, el manejo no operatorio (MNO) de Traumatismos contusos esplénicos y hepáticos ha demostrado su gran valía. En base a ello, la expe-

riencia ha sido extrapolada con gran beneficio a la población adulta. Contrariamente, es ahora en centros de atención de adultos donde se aplica el mismo tipo de tratamiento en el Trauma Renal Contuso (TRC) y esta vez son los pediatras, quienes aún no han validado enteramente el concepto.

Los AA revisan todos los pacientes, menores de 19 años, portadores de TRC, ingresados entre 1995 y 2002 en un Centro de Trauma Pediátrico Nivel I, en Philadelphia, Pennsylvania. Se trata de 101 pacientes, el 1,4% de las 7.439 admisiones por Trauma en dicho período. De ellos, 95 fueron incluidos en este estudio. En todos ellos se aplicó el Protocolo de tratamiento de traumatismo de víscera sólida diseñado para bazo e hígado.

La edad promedio fue de 10,4 años. El 72,6% eran de sexo masculino. En el mecanismo lesional destacan: caídas 22,1%, atropellos 22,1%, accidentes vehiculares 18,9% y accidentes en bicicleta 17,9%. Según la Clasificación por gravedad de lesión (I a V), predominaron 42% Grado II, 23% Grado I y 21% Grado III. Al ingreso se constató una Escala de Coma de Glasgow 13 e ISS 16,6. En los pacientes en que se pudo obtener un examen de orina, el 88% demostraron tener hematuria micro o microscópica. El trauma abdominal fue único en 47%, y a su vez en el 50% el TRC constituía la única lesión. La estada en la UCI fue de 2,6 y la hospitalaria 6 días.

El MNO fue exitoso en 90 casos (94,7%). Sólo 5 niños requirieron cirugía: una nefrectomía y una renorrafia. En 7 casos se debió hacer algún procedimiento urológico (cistoscopia, instalación de tutor). El salvataje renal fue de 98,9%. Hubo 7 muertes (7,4%); 5 por trauma craneoencefálico y 2 por severo sangrado intraabdominal.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.

RECURRENCIA EN GASTRECTOMÍA CURATIVA POR CÁNCER GÁSTRICO. (ANÁLISIS BASADO EN LA PROFUNDIDAD DE LA INVASIÓN TUMORAL)

Eigo Otsuji y col. *World J Surg* 2004; 28: 866-69.

Resulta difícil predecir la recurrencia en pacientes sometidos a gastrectomía curativa por carcinoma gástrico. Si se logra predecir el momento y el lugar de la recurrencia, se hace más fácil el tratamiento de la enfermedad recurrente. Los autores analizan en forma retrospectiva las historias clínicas de 290 pacientes muertos por recurrencia tumoral luego de una gastrectomía curativa por

carcinoma gástrico con el fin de determinar si la profundidad de la invasión tumoral se correlaciona de manera independiente con el tiempo de la muerte por recurrencia tumoral. Además, se estudió la relación entre el patrón de recurrencia y la profundidad de la invasión de la pared del estómago. La supervivencia de los pacientes con tumores de invasión profunda apareció más corta que la de los pacientes con tumores de menor profundidad. En el análisis multivariado la profundidad de la invasión demostró ser como un predictor de supervivencia.

Cuando el carcinoma invade las capas profundas, se incrementa la incidencia de metástasis peritoneales y también asciende la tasa de recurrencia local, en tanto que desciende la de metástasis hematógenas. En conclusión, el tiempo de la recurrencia y el lugar de la recurrencia luego de gastrectomía por carcinoma gástrico pueden ser predecibles según la profundidad de invasión de la pared gástrica.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.