

**Toracotomía de emergencia: Evaluación crítica.** *Asensio JA, Petrone P, Kimbrell B, y cols. Rev. Colombiana de Cirugía 2006; 21: 75-86*

La Toracotomía en el Servicio de Urgencias (TSU) fue introducida hace 30 años. Su uso se ha extendido en forma considerable y forma parte de los Protocolos de Reanimación Cardiopulmonar de todos los Centros de Trauma. Lamentablemente, su rendimiento y resultados no son muy halagadores.

Los AA realizan un meta-análisis, revisando 42 casuísticas que comprenden 7.035 pacientes sometidos a TSU. Sobrevivieron 551 pacientes (7,8%). Analizado el mecanismo de lesión, la TSU se realizó en 4.482 heridas penetrantes y 2.193 lesiones contusas. De las primeras, sobrevivieron 500 (11,1%), en tanto que de las segundas, tan sólo 35 (1,6%). En 4.520 pacientes se incluyó información sobre daño neurológico. De estos sobrevivió un 5%, y de ellos 34 (15%) quedaron con secuelas neurológicas. Asimismo, se encontraron 1.165 lesiones cardíacas penetrantes, de las que sobrevivieron 363 (31,1%).

Por último, se estudiaron 4 series con población pediátrica con 142 casos. De ellos 57, tenían heridas penetrantes, teniendo una tasa de sobrevida de 12,2%.

**Dr. Ricardo Sonneborn G.**  
*Hospital de la Asociación Chilena de Seguridad. Santiago, Chile*

**Manejo actual de heridas penetrantes abdominales complejas.** *Vertrees A, Greer L, Pickett C y cols. J Am Coll Surg 2008; 207: 801-809*

En politraumatizados con tríada letal (acidosis, hipotensión y coagulopatía) y graves lesiones abdominales, la cirugía de "control de daño" es la conducta inicial estandarizada de tratamiento. Sin embargo, se han planteado controversias en cuanto al momento y técnica para el cierre del abdomen.

Los AA revisan retrospectivamente 354 pacientes (2003-2007), politraumatizados, con ISS promedio 31, y heridas penetrantes abdominales complicadas complejas, intervenidos quirúrgicamente inicialmente en el sitio del conflicto bélico en el Medio Oriente, y trasladados, en promedio 6 días desde el accidente, al Hospital Walter Reed de Washington, Estados Unidos. Tuvieron un promedio de 3 intervenciones quirúrgicas. Entre ellos, se selecciona un subgrupo de 83 (23,4%), con Laparostomías contenidas. Edad promedio: 26 años (18-54 años). Mecanismo lesional: explosión (56,6%), herida por arma de fuego (35%) y trauma contuso (8,4%).

El tratamiento comprendió: cierre primario definitivo (CPD) (67%), cierre primario aponeurótico (18%), hernia incisional programada (HIP) (11%), y Alloclerm + VAC (4%). El CPD consistió en uso transitorio de malla de Goretex y definitivo de Poli-propileno (62%) y Alloclerm (31%). Los parámetros de gravedad fueron similares en todos los grupos. La morbilidad fue más baja en los casos de CPD. En el grupo total, a 4 pacientes (5%) se les debió extraer la malla por infección. Fístulas intestinales fueron más frecuentes en los pacientes HIP (20%). Dos pacientes con HIP fallecieron.

El CPD es el tratamiento ideal, pero no siempre es posible. El CPD evita las HIP. Recientemente se ha minimizado las complicaciones dependientes de la malla. El VAC es una ayuda complementaria valiosa en estos pacientes. Para cierre definitivo de la pared abdominal, la malla de Goretex no puede utilizarse, por su alta tasa de colonización bacteriana.

**Dr. Ricardo Sonneborn G.**  
*Hospital de la Asociación Chilena de Seguridad. Santiago, Chile*