

Taponamiento preperitoneal más fijación externa más angioembolización para hemorragia exsanguinante en fracturas inestables de pelvis. *Burlew CC, Moore EE, Smith WR y cols. J Am Coll Surg. 2011;212:628-37*

En USA, en Fracturas Inestables de Pelvis (FIP), a pesar de un manejo multidisciplinario eficiente, la mortalidad sigue superando el 40%, un tercio de ellos por hemorragia exsanguinante, en el 85% de origen venoso y óseo. El traslado al Departamento de Radiología Intervencionista para Angioembolización (AE) y/o cirugía urgente para otras lesiones suele plantear serios riesgos, complicando las decisiones y a los pacientes. En Europa, Pohlmann, en 1995, introdujo exitosamente el Taponamiento Retroperitoneal.

Los AA, a partir de 2005, modifican la técnica, cambiando a Taponamiento Preperitoneal (TPP), directamente en el sitio de sangrado. Luego, asocian la Fijación Externa (FE), observando que la aproximación de los fragmentos óseos, estabiliza la pelvis y contribuye a cohibir el sangrado venoso. De esta manera, se logra revertir el *shock* refractario por hemorragia exsanguinante, permitiendo recuperar hemodinamia, realizar otros procedimientos quirúrgicos, Angioembolización (AE) y/o eventuales traslados.

La técnica de TPP, contempla una laparotomía media infraumbilical, a proximal de la sínfisis pubiana, en una extensión de 6 a 8 cm. Se incide la aponeurosis, respetando la hoja peritoneal. El hematoma suele salir al encuentro ya que disecciona el preperitoneo. Se realiza una disección roma, fácil, del preperitoneo, espacio paravesical hasta región presacra. El TPP se consigue colocando 3 compresas en cada uno de ambos espacios paravesicales, desplazando la vejiga lateralmente y comenzando profundamente, apegado al sacro, con la ayuda de algún instrumento romo. En ocasiones una séptima compresa se puede aplicar prevesical. Previo al cierre, se instala sonda vesical. En caso de requerir otra laparotomía idealmente usar otra incisión. Se revisa a las 48 horas y repite la maniobra cuando es necesario.

En el Departamento de Cirugía de la Universidad de Colorado (Denver), a partir de 2004 ingresan 1.245 pacientes con Fracturas de Pelvis. Entre ellos, 75 con FIP, *shock* refractario (presión sistólica 76 y FC 119) e ISS 52, en los que se realiza TPP + EF. El tiempo promedio entre ingreso y cirugía fue de 66 minutos y un 87% requirieron a lo menos 3 procedimientos. En las primeras 24 horas, requirieron

4 transfusiones de sangre contra 10 en el grupo control. Sólo un 13%, en un plazo de 10,6 horas, fue sometido a AE, con buen resultado. En 85% de los casos, la TPP + FE dio tiempo para otras intervenciones urgentes. La mortalidad fue de 8%, comparado con 21% en los restantes pacientes. No hubo muertes atribuibles a hemorragia.

Se concluye que el TPP + FE fue útil para controlar la hemorragia en FIP. Igualmente disminuyó los requerimientos de AE. Al compensarse los enfermos, ofrece tiempo para tomar decisiones, efectuar el tratamiento de otras lesiones y eventuales traslados.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
Hospital del Trabajador de Santiago
Santiago, Chile

Dímero-D como marcador de gravedad en pacientes con pancreatitis aguda grave. *Ke L, et al. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2011 Jun 11. (Epub ahead of print)*

La pancreatitis aguda continúa siendo una patología de alta prevalencia y compleja resolución. El predecir y discriminar precozmente los pacientes con Pancreatitis Aguda Grave (PAG), que tendrán una peor evolución permite optimizar recursos médicos, farmacológicos, quirúrgicos y de cuidados intensivos. Esto ha motivado la búsqueda de nuevas pruebas diagnósticas más allá de los esquemas de puntuación ampliamente utilizados en muchos centros.

El dímero-D es un producto de la degradación de la fibrina, con un alto valor predictivo negativo para enfermedad tromboembólica, y que ya ha demostrado alguna utilidad como marcador de gravedad en pancreatitis aguda.

En este estudio, los autores del Departamento de Cirugía del Jinling Hospital en China presentan los resultados del dímero-D como prueba diagnóstica precoz (≤ 48 horas) de complicaciones sistémicas y locales en pacientes con PAG.

La población está constituida por todos los pacientes ≥ 18 años con PAG (≤ 72 horas de inicio del cuadro) ingresados a la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos de este hospital entre enero de 2009 y febrero de 2011. Los criterios de inclusión fueron pacientes con PAG definida por los criterios de Atlanta. Los criterios de exclusión fueron: antecedentes de pancreatitis aguda, cirugía previa al ingreso, antecedentes de coagulopatía o historia reciente

de infarto agudo de miocardio o infarto cerebral. La definición de disfunción orgánica se realizó por el Sequential Organ Failure Assesment (SOFA) y el Síndrome de Disfunción Orgánica Múltiple (SDOM) como el deterioro de 2 sistemas. En todos los pacientes se determinó el dímero-D al ingreso y en los próximos 2 días de su hospitalización. El límite alto de referencia fue 500 $\mu\text{g/L}$. El valor máximo del dímero-D fue definido como el nivel más alto entre todas las mediciones y el promedio del dímero-D como el resultado de la mediana de todas las mediciones realizadas. Se realizó un seguimiento de los pacientes hasta el alta o la mortalidad hospitalaria.

Se evaluó un total de 45 pacientes en el período estudiado.

Los resultados mostraron altas tasas de disfunción orgánica, destacando la pulmonar, cardiovascular y renal. El valor máximo de dímero-D fue significativamente mayor en los pacientes que requirieron necrosectomía, drogas vasoactivas y ventilación mecánica. De la misma forma, los pacientes que evolucionaron con SDOM, necrosis pancreática, sobreinfección pancreática secundaria o hemocul-

tivos positivos también evidenciaron altos niveles de dímero-D. El promedio del dímero-D presentó tendencias similares al valor máximo en relación a las variables clínicas evaluadas.

El promedio del dímero-D resultó en una sensibilidad del 81% y especificidad del 90% para SDOM con un valor de corte de 812 $\mu\text{g/L}$ y en una sensibilidad del 100% con una especificidad del 87% para sobreinfección pancreática con un valor de corte de 762 $\mu\text{g/L}$.

El dímero-D, al ser comparado con el Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II (APACHE II) y la Proteína C Reactiva (PCR) en los valores antes señalados, evidenció un valor predictivo similar a APACHE II y mayor que la PCR.

Los autores concluyen que el dímero-D es una prueba diagnóstica útil, fácil de aplicar y de bajo costo como marcador pronóstico precoz de complicaciones sistémicas y locales en pacientes con PAG.

Dr. César Muñoz C.
Pontificia Universidad Católica de Chile
Santiago, Chile