

Diagnóstico y tratamiento del S. de Mirizzi: experiencia de la Clínica Mayo en 23 años.
Erben Y et al. J Am Coll Surg. 2011;213:114-21

En esta publicación los autores, de la Clínica Mayo, dan a conocer su visión sobre el enfoque diagnóstico y de manejo del S. de Mirizzi (SM) después que la colecistectomía laparoscópica (CL) se ha posicionado como el estándar para los pacientes con colelitiasis. Ellos utilizan la clasificación de McSherry (1982) en que se reconoce el SM tipo I en que hay sólo compresión del conducto hepático y el de tipo II donde existe una fístula entre la vesícula y el conducto común debido a la erosión por un cálculo impactado.

Sobre su experiencia en 21.450 colecistectomías efectuadas entre 1987 y el 2009, ellos identificaron 36 pacientes con un SM (0,18%). La presentación clínica más habitual combinó dolor abdominal (61%) e ictericia (50%). Seis pacientes (17%) eran asintomáticos. Los exámenes preoperatorios fueron ultrasonografía (US) en 27, tomografía axial (TAC) en 24 y colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) en 32. La sensibilidad para el diagnóstico fue de 48% para la US; 42% para la TAC y 63% en el caso de la CRE.

En 15 pacientes se comenzó con una CL y en 10 de ellos se debió convertir a colecistectomía abierta (CA), lo que representa una tasa de 67%. En los 10 pacientes convertidos de CL a CA la mitad tenía un SM tipo II. Sólo 5 pacientes terminaron en forma

laparoscópica y todos ellos tenían un SM tipo I. En los otros 21 pacientes se optó de entrada por una CA y de ellos, 12 correspondieron a un SM tipo II. En los SM tipo I el muñón cístico fue cerrado de variadas formas, entre ellas clips, ligaduras, stapler, y en 3 casos con sonda T. Para los casos tipo II fue más frecuente la utilización de sonda T y la confección de una derivación bilio-digestiva del tipo hepático-yeyunostomía o colédoco-yeyunostomía. Existiendo 16 cirujanos en la institución, la media fue que cada uno resolviera sólo 1 paciente. No hubo mortalidad operatoria y la morbilidad alcanzó el 31%. Seguidos a 37 meses como media, no detectaron estenosis biliares tardías.

Los autores reconocen la inespecificidad de los síntomas y la muy baja frecuencia del SM, al tiempo que en menos de la mitad de los casos se llega al diagnóstico preoperatorio. Lo mismo explica que cada cirujano tenga poca experiencia individual en estos casos y la resolución varíe ampliamente de acuerdo a los hallazgos y la experiencia personal. La recomendación va por sugerir un abordaje laparoscópico en casos de SM tipo I y la tradicional colecistectomía abierta como el abordaje estándar más adecuado para los casos tipo II dada la frecuente condición de adherencias, distorsión anatómica y necesidad de derivación biliar.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile.

Resección laparoscópica asistida versus abierta del cáncer del colon derecho - un ensayo prospectivo al azar controlado. *Li JC et al. Int J Colorectal Dis. 2011; PMID:21861071*

Propósito: Este estudio tiene como objetivo comparar los resultados perioperatorios y la sobrevida de pacientes intervenidos por un cáncer de colon derecho mediante dos abordajes diferentes: Colectomía derecha asistida por vía laparoscópica (CDAL) versus colectomía derecha abierta (CDA) en un centro universitario en Hong Kong.

Método: Entre julio de 1996 y octubre de 2005, 145 pacientes fueron randomizados a ser intervenidos mediante una CDAL (n = 71) o CDA (n = 74).

Resultados: La mediana de seguimiento fue de 99,7 meses. Las características demográficas de ambos grupos fueron similares. El tiempo para la realimentación oral (4 vs 5 días, p = 0,045) y el tiempo

de hospitalización (7,8 vs 10 días, p = 0,033) fue significativamente menor en el grupo CDLA, pero este beneficio fue a expensas de un mayor tiempo operatorio (198 vs 129 min, p = 0,002) y de un mayor costo directo (US\$ 8.745 vs 6.293, p < 0,001). La morbilidad y la mortalidad fueron similares en ambos grupos. En los pacientes sometidos a una colectomía derecha con intención curativa, la probabilidad de una sobrevida a 5 años fue similar en ambos grupos 74,2% vs 75% y la sobrevida libre de enfermedad fue 82,3% y 84,1%, respectivamente.

Conclusiones: La CDAL permite una recuperación precoz respecto de la cirugía abierta. Sin embargo, ello ocurre a expensas de un mayor tiempo operatorio y un mayor costo directo.

Dr. Guillermo Bannura C.
Hospital San Borja Arriarán
Santiago, Chile.

Mortalidad tardía en politraumatizados.
Davidson GH, Hamlat CA, Rivara FP y cols.
JAMA 2011;305:1001-1007.

El Trauma es causa reconocida de morbilidad y mortalidad. Se ha tomado conciencia, que la mortalidad intrahospitalaria no es una medición adecuada y completa de éxito terapéutico, puesto que tardíamente, posterior al alta hospitalaria, se produce una significativa tasa de mortalidad. En Centros de Trauma Nivel I, donde predominan sujetos más jóvenes, se ha estudiado y conoce el destino final de los pacientes. Sin embargo, se desconoce qué ocurre en Servicios No Especializados, donde suele concurrir un grupo numeroso de individuos más añosos, que en el largo plazo han demostrado tener una mayor mortalidad. Por lo tanto, en grandes Sistemas de Trauma, era imperativo afinar y disponer de una información más completa y minuciosa acerca del resultado definitivo de los Politraumatizados.

Los AA estudian retrospectivamente 124.421 accidentados ingresados entre 1995 y 2008 en el Washington State Trauma Registry (con 78 Hospitales de Trauma adheridos). Edad promedio: 53 años. Sexo masculino: 59%. ISS promedio: 10,9. Intrahospitalariamente, fallecieron 7.243 (5,8%) pacientes, y tardíamente, luego del alta hospitalaria, otros 21.045 (16,9%), hecho acaecido en los siguientes 3 años. Pero, un 9,9% de las muertes

ocurrió durante el primer año. Durante los 14 años, período de observación de la muestra, y mostrando una progresiva eficiencia en la atención médica, la mortalidad intrahospitalaria anual descendió de 8 a 4,9%. En tanto, y en forma opuesta, posterior al egreso hospitalario, esta tasa anual se elevó de 4,7 a 7,4%. Analizada la casuística con detención, se demuestra que el mayor riesgo de muerte en egresados hospitalarios lo constituyen pacientes añosos, de sexo masculino, ingresados al Hospital con Escala de Coma de Glasgow inferior a 9, víctimas de caídas (47%) y traumas de tipo contuso (39%), que usualmente suelen tener un ISS más elevado. A estos, cabe agregar enfermos trasladados desde el Hospital a Instituciones de Atención de Enfermería, sitio donde permanecen por largo tiempo, y donde se produce una mortalidad de 34% en los 3 años siguientes al accidente. Esta última, de hecho, representa la tasa más alta dentro del grupo de fallecidos.

Los AA reconocen, que eventualmente pudieran existir inexactitudes e imprecisiones en las cifras e información de seguimiento, puesto que los diagnósticos en los certificados de defunción no siempre estuvieron disponibles y que algunos enfermos migraron desde el Estado de Washington.

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

FE DE ERRATAS

Rev. Chilena de Cirugía. Vol 64 - N° 2, Abril 2012; pág. 216

En el número 1 de 2012, se publicó el artículo "Histología del anillo inguinal interno en pacientes con hernia inguinal indirecta: serie de casos observacional y descriptiva".

Por error involuntario se omitió el nombre del primer autor, Dr. Marcelo Beltrán S.