

Uso y pronóstico en trauma de filtros removibles en vena cava inferior. *Karmy-Jones R, Jurkovich GJ, Velmahos GC et al. J. Trauma 2007;62:17-25*

En Trauma, la Trombosis Venosa Profunda (TVP) es muy frecuente. Ocurre en 58% de pacientes que no reciben Tromboprofilaxis, y desciende a 27% cuando sí la reciben. El mecanismo etiopatogénico de TVP es el tradicional, pero en este escenario puede agregarse una eventual lesión vascular. Pasadas las primeras 24 horas de ocurrido el accidente, la Embolia Pulmonar (EP) constituye la tercera causa de muerte en Trauma. Hay sujetos que no son adecuados para recibir Profilaxis Tromboembólica (PTE), otros cuya patología y momento de enfermedad no admite anticoagulación plena o simplemente fracasa el tratamiento. En estos grupos de pacientes se considera la instalación de un Filtro en Vena Cava Inferior (FVCI). Tradicionalmente, se usaba FVCI fijos. Ellos no están exentos de complicaciones inmediatas (perforación, migración), y tardías (oclusión de VCI, TVP recurrentes, etc.). Es por ello que se ha diseñado e incorporado una nueva variedad, igualmente eficiente: el FVCI-R de tipo transitorio y removible, acto que se realiza una vez superado el riesgo y motivo de la inserción.

Patrocinado por la American Association for the Surgery of Trauma, los AA, coordinaron un Estudio Multicéntrico retrospectivo de FVCI-R, insertos en

21 Centros de Estados Unidos, durante el año 2004, y con un seguimiento de 12 meses. Los parámetros a evaluar, consistieron en complicaciones: migración del Filtro, Embolia Pulmonar, oclusión clínicamente sintomática de la VCI y dificultades técnicas para recuperar el Filtro.

La casuística comprende 446 pacientes, a los que se les insertó un FVCI-R. De ellos 69% eran de sexo masculino y 92% habían sufrido un trauma contuso. En el 76% la inserción del FVCI-R fue considerada profiláctica. El 79% de los procedimientos fue ejecutado por Radiólogo Intervencionista. En 152 casos se usó el *Gunter-Tulip*, en 224 el *Recovery* y en 37 pacientes el *Optease*. El dispositivo se instaló entre los 6 y 8 días del ingreso hospitalario, y se retiró 50 a 61 días después. En el 51% de los casos el seguimiento se extendió entre 4,3 y 5,7 meses. Sólo fue extraído el 22% de los FVCI-R instalados. En los intentos de rescate, en 10% hubo fracaso atribuible a problemas técnicos (similar en todos los tipos), y a residuos trombóticos en el Filtro. En casos restantes, pacientes inubicables y/o que el Centro donde se instaló no siguió atendiendo al paciente. Hubo 3 casos de migración del filtro, 2 EP y 6 oclusiones sintomáticas de la VCI. La variedad *Optease*, fue responsable de las dos últimas complicaciones enumeradas.

Se concluye que el porcentaje de extracción del FVCI-R fue muy exiguo. También se requiere una mejor estructura y revisión organizativa, para que los pacientes no se pierdan de control.

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

El aporte de la Colangiografía intraoperatoria de rutina. *Buddnigh KT, et al. J Am Coll Surg 2011;213:267-74*

La introducción de la colecistectomía laparoscópica (CL) en los años '90 se asoció a un aumento de la tasa de lesión de la vía biliar (LVB), situándose hoy en cifras de alrededor del 0,3% a 0,5%. En la prevención es esencial la cuidadosa disección del triángulo de Calot y la no sección de cualquier estructura tubular hasta su completa identificación. Aparte de ello, hay estudios que señalan una disminución de esta complicación con el empleo rutinario de la Colangiografía intraoperatoria (CIO). Este trabajo, realizado en la Universidad de Groningen, da cuenta de los resultados obtenidos tras la aplicación rutinaria de la CIO, pese a que la Sociedad Holandesa de Cirugía no la recomienda como un procedimiento de rutina.

Se trata de un trabajo retrospectivo en que se comparan dos períodos, 2004-2006 y 2007-2009, en que se efectuaron 421 y 435 CL; en el primer período la CIO fue selectiva y rutinaria en el segundo. En ambos grupos los pacientes fueron comparables en cuanto a sus características generales y en el 90% se

intentó una cirugía laparoscópica, con tasas de conversión del 15% y 16,7%. Los tiempos operatorios promedio fueron de 100 y 110 minutos.

En el grupo de CIO selectiva, un 1,9% resultó con una lesión mayor de la vía biliar y esta complicación fue cero en el grupo con CIO de rutina. A su vez, en el primer grupo se detectó un 1% de litiasis de la vía biliar, elevándose a un 4,8% si la CIO había sido rutinaria; de este grupo una proporción significativa se resolvió en el mismo acto quirúrgico.

Los autores analizan las razones de por qué la CIO de rutina se asocia a menos lesiones de vía biliar; puede parecer poco claro que las prevenga, pero lo concreto es que hay una reducción de LVB. Algunas explicaciones pueden ser: que la CIO demuestre que el catéter fue colocado en la vía biliar y no en el cístico; que exista una variación anatómica de la vía biliar; que la colocación del catéter en el cístico esté muy próxima a la vía biliar y haya que tomar medidas especiales para el cierre y/o evitar estenosis y por último, que haya extravasación del medio de contraste o una obliteración y con ello se detecte precozmente una lesión y se pueda reparar de inmediato.

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