



Profilaxis del Tromboembolismo Postraumático

LAZAR J. GREENFIELD, MD; MARY C. PROCTOR, MS; JORGE L. RODRIGUEZ, MD; FRED A LUCHETTE, MD; MARK D. CIPOLLE, MD, PHD; JAMES CHO, BA. Del Departamento de Cirugía de la Universidad de Michigan. Medical Center, Ann Arbor Michigan Departamento de Medicina de la Universidad de Cincinnati Medical Center, Cincinnati, Ohio. *Trauma* 1997; 41: 100-3.

La incidencia de trombosis venosa profunda en ciertos pacientes con trauma ha sido reconocida como muy alta cuando no se hace ninguna profilaxis. Geerts y cols, han informado una incidencia del 58%; recientemente Knudson *et al*, Dennis *et al*, y Rodríguez *et al*, han informado que la profilaxis puede tener algún impacto en la incidencia. Infortunadamente el valor de varios métodos profilácticos aun no es claro; de acuerdo con la Conferencia del Consenso de profilaxis del tromboembolismo, se enfatizó la necesidad de realizar trabajos controlados para prevenir la trombosis venosa profunda en pacientes con politrauma.

Los autores estudiaron 53 pacientes, 32 hombres y 21 mujeres, con un promedio de edad de 44 años; los pacientes fueron observados por un período de 3 meses; la incidencia global de trombosis venosa profunda fue de 43%, siendo el 65% distal, y en el 22% la localización del trombo fue distal y proximal. El número total de pacientes que recibió an-

ticoagulación fue de 21 y los no anticoagulados de 32; los pacientes fueron clasificados según el ISS (*Injury Severity Score*) y el RAPT (*Risk Assessment Profile of Tromboembolism*) con el fin de poder identificar pacientes de alto riesgo de desarrollar trombosis postraumática. En cuanto al RAPT, un índice de 5 o más fue usado para definir pacientes de alto riesgo, y para la profilaxis emplearon 5.000 U de heparina de bajo peso molecular, subcutáneamente, 2 veces al día; todos los pacientes fueron estudiados por Doppler seriados a color, TAC y gamagrafía pulmonar.

La conclusión definitiva de este estudio indica que existe cierta habilidad para identificar la población con alto riesgo de tromboembolismo postraumático, al usar las escalas de RAPT, y sugiere la ventaja del uso profiláctico de heparinas de bajo peso molecular e insisten en la necesidad de continuar con estudios multicéntricos para reconocer de una manera definitiva las ventajas de la profilaxis en esos pacientes.

Complicaciones Biliares durante y después de la Colectomía Laparoscópica

YI-YIN JAN, MD; HAN MING CHEN MD; CHIA-SIU WANG, MD; MIIN-FU CHEN, MD, FACS. Department of surgery, Chang Memorial Hospital, Linkou Center Chang Gung Medical College - Taipei - Taiwan. *Hepatogastroenterology* 1997 Apr; 44: 370-75.

La colectomía laparoscópica es un método revolucionario en el tratamiento de pacientes con cálculos en la vesícula, y que ha probado sus beneficios sobre la tradicional colectomía abierta; sin embargo, algunos autores han informado aumento de la incidencia de la lesión de las vías biliares con este nuevo método. El propósito de este estudio es presentar la experiencia en el manejo de las lesiones

biliares durante y después de la colectomía laparoscópica.

De enero de 1991 a diciembre de 1995, se practicaron 1.115 colectomías laparoscópicas en este centro médico; el 20.7% de los pacientes tuvieron CRE preoperatoria para confirmar la ausencia de cálculos en el colédoco; el 6.5% de los pacientes (73) requirieron convertir la colectomía laparoscópica en abierta tradicional, y durante el tiempo de este estudio no se presentó ninguna muerte por el procedimiento.

Las complicaciones sobre el árbol biliar se presentaron en 8 pacientes, para un 0.72%; de éstas, 3 fueron lesiones sobre el árbol biliar; fístula biliar en 4; y en 1 paciente, mala apli-

* Sección a cargo de los doctores Hernando Abaúnza y Jaime Escallón, ex presidentes de la Sociedad Colombiana de Cirugía.



cación del *endoclips*. Los 3 pacientes con lesiones en las vías biliares fueron corregidos inmediatamente al convertir la colecistectomía laparoscópica en cirugía tradicional; 2 pacientes con fístula biliar requirieron laparotomía para ligar nuevamente el canal cístico; y otro paciente con la misma complicación, salió exitosamente con tratamiento conservador; 1 paciente desarrolló necrosis del hepático común y del hepático derecho, debido a la electrocoagulación, y requirió laparotomía para colocar un tubo en T, debido a episodios repetidos de colangitis, 21 meses después de la operación

inicial; y otro paciente con estenosis del hepático común, debido a lesión con el *endoclip*, requirió una relaparotomía para colocar un tubo en T, 9 meses después de la lesión primaria.

En conclusión, la fístula biliar y la lesión del colédoco después de la colecistectomía laparoscópica, presentan un problema quirúrgico difícil, con intervenciones quirúrgicas o endoscópicas necesarias para corregir estos problemas después del diagnóstico que debe ser establecido por el uso de la colangiografía retrógrada endoscópica.

Operación de Hill Modificada vs. Funduplicación de Nissen, en el Tratamiento Quirúrgico del Reflujo Gastroesofágico

IGNAZIO MASSIMO CIVELLO, MD; GIUSEPPE BRISINDA, MD; GABRIELE SGANGA, MD; SILVIA DE FAZIO, MD; GIORGIO MARIA, MD; FRANCESCO CRICITTI, MD. Department of Surgery, Catholic University-Rome, Italy. *Hepatogastroenterology*; 1997 Apr; 44: 380-6.

Las indicaciones para el tratamiento del reflujo gastroesofágico son hoy día más limitadas debido al aumento del conocimiento de la fisiopatología de esta área anatómica, a la mejoría de los métodos diagnósticos y, sobre todo, a los grandes avances de la terapia medicamentosa; sin embargo, la cirugía es todavía una opción terapéutica ante la presencia de esofagitis persistente, de úlceras esofágicas, de hemorragia crónica o de síntomas respiratorios debidos a la aspiración de material alimenticio ocasionada por el reflujo gastroesofágico.

Los autores comparan los resultados de la funduplicación de Nissen con los resultados de la operación de Hill, en pacientes operados por reflujo gastroesofágico, de 1983 a 1984; todos los pacientes tuvieron endoscopia, manometría y monitoría del pH por 24 horas, tanto antes como 6 meses después del procedimiento quirúrgico; 72 pacientes entraron en el estudio, 32 a quienes se les practicó una funduplicación de

Nissen de 360°, y 40 sometidos a la operación de Hill modificada; las complicaciones globales en los dos grupos fueron bajas: 15.6% en el grupo de Nissen y 5% en el grupo de Hill; no se presentó mortalidad. Los resultados clínicos fueron excelentes o buenos en el 87.6% del grupo Nissen, y en el 90% del grupo Hill (P= 0.5). Los estudios manométricos efectuados 6 meses después del tratamiento quirúrgico mostraron una disminución de la presión del esfínter esofágico inferior en todos los pacientes comparándolos con las cifras intraoperatorias. En comparación con valores preoperatorios, la longitud del esfínter esofágico inferior y su porción intraabdominal, estaba marcadamente aumentada tanto en el grupo Nissen como en el grupo Hill.

Los autores concluyen que tanto la gastropexia posterior modificada como la funduplicación de 360° son efectivas, bien toleradas y pueden ser apropiadamente usadas en el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico.

Colecistectomía Laparoscópica para Colecistitis Aguda: Estudio Prospectivo

SAMUEL ELДАР, MD; EDMOND SABO, MD; ERNEST NASH, MD; JACK ABRAHAMSON, MD; CH. B. MD; IBRAHIM MATTER, MD. Department of Surgery, Bnai Zion Medical Center, Haifa Israel. *World J Surg* 1997 Jun; 21: 540-5.

En pocos años la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar quirúrgico para la colecistolitiasis, con un número bajo de complicaciones y una conversión a cirugía tradicional que ha ido en disminución en razón de la experiencia. El uso de la misma técnica para el tratamiento de la colecistitis aguda todavía está en discusión.

El presente es un estudio prospectivo para determinar las indicaciones y el momento ideal de la colecistectomía laparoscópica (CL), a partir del comienzo de una colecistitis aguda, y también para evaluar los factores preoperatorios y operatorios que se asocian con la conversión de la colecistectomía laparoscópica a una colecistectomía abierta en presencia de



colecistitis aguda. **Resumen de antecedentes.** Habiendo establecido que la CL es el procedimiento de escogencia para la colelitiasis electiva, también se la utiliza ahora en el tratamiento de la colecistitis aguda, en cuyas circunstancias el procedimiento puede resultar difícil y desafiante. Se pueden presentar condiciones favorables y desfavorables que influyen sobre los porcentajes de conversión y de complicaciones. Obtener información sobre tales condiciones puede ser de utilidad para establecer cuáles son las circunstancias óptimas para practicar la CL o cuándo es mejor evitar el procedimiento. **Métodos.** Entre enero 1994 y diciembre de 1995, siempre tratamos de practicar CL tan pronto como se hubiera hecho el diagnóstico en todo paciente con colecistitis aguda. La totalidad de la información preoperatoria, operatoria y postoperatoria, fue recolectada en formatos estandarizados. De 137 pacientes registrados, 130 resultaron elegibles para la auditoría. Siete pacientes en quienes la colangiografía laparoscópica intraoperatoria demostró colelitiasis, fueron convertidos para practicar exploración del colédoco y fueron excluidos del estudio. Noventa y tres pacientes (72%) fueron sometidos a CL exitosamente, y 37 (28%) requirieron conversión; en la colecistitis aguda gangrenosa (49%) apareció significativamente más alta la incidencia que en la colecistitis aguda no complicada (4.5%) ($p < 0.00001$), que en el hidrocolecisto (28.5%) y que en el empiema (piocolecisto) de la vesícula biliar (28.5%) ($p = 0.004$). Sin embargo, la diferencia de la conversión entre el grupo con colecistitis aguda necrotizante (gangrenosa) y los dos grupos con hidrocolecisto y empiema de la ve-

sícula, no fue estadísticamente significativa ($p = 0.007$); las tasas de complicaciones de la colecistitis aguda, del hidrocolecisto, del empiema y de la colecistitis gangrenosa, fueron 9%, 9.5%, 14% y 20%, respectivamente ($p = NS$). Los pacientes con una demora en la ejecución de la operación hasta de 96 horas contadas desde el comienzo de la colecistitis aguda, tuvieron una tasa de conversión de 23%, en tanto que una demora mayor de 96 horas, se asoció con una tasa de conversión de 47% ($p = 0.022$). La tasa de complicaciones en el grupo laparoscópico fue de 8.5%, y de 27% en el grupo que requirió conversión ($p = 0.013$). Los pacientes mayores de 65 años, con antecedentes de enfermedad biliar, vesícula no palpable, leucocitosis $> 13.000/mL$ y colecistitis aguda gangrenosa, aparecieron independientemente asociados con una alta tasa de conversión; en tanto que en el sexo masculino, el hallazgo de cálculos con bilirrubina sérica $> 0.8 mg\%$, y leucocitos $> 13.000/mL$, fueron todos factores independientemente asociados con altas tasas de complicaciones luego de CL con o sin conversión. **Conclusiones.** En general la CL puede ser ejecutada en forma segura en la colecistitis aguda, con aceptables tasas de conversión y de complicaciones. Las diferentes formas de colecistitis conllevan diversas tasas de conversión y de complicaciones en casos seleccionados. La CL por colecistitis aguda debe ser practicada dentro de las primeras 96 horas a partir del comienzo de la enfermedad. Los predictores de conversión y complicaciones pueden ser de utilidad en la planeación del acceso laparoscópico de la colecistitis aguda.

Comparación de la Seguridad de Nutrición Enteral Temprana vs. Nutrición Parenteral en Pancreatitis Aguda Moderada

S.A. MC CLAVE; L.M. GREENE; H.L. SNIDER; L.J. MAKK; W.G. CHEADLE; N.A. OWENS; L.G. DUKES; L.J. GOLDSMITH Departamento de Medicina y Cirugía. Universidad de Louisville, Kentucky. JPEN 21: 014-020. 1997.

Estudio prospectivo diseñado para comparar el uso de Nutrición Enteral Temprana (NET) vs. Nutrición Parenteral Total (NPT) en cuanto a seguridad, eficacia, costo y el impacto en el resultado final de la evolución del paciente. Se estudiaron 32 pacientes, 16 con NET y 16 con NPT; ambos grupos recibieron un aporte isocalórico e isonitrogenado. Los criterios de Ramson y el Apache III fueron iguales en ambos grupos. Los pacientes tratados con NET, recibieron el 71.3% de sus requerimientos al cuarto día, mientras que los tratados con la NPT recibieron el 85.2% de tales requerimientos en el mismo lapso. No hubo diferencias en los días de hospitalización, niveles de albúmina, tiempo en que se normalizó la amilasa o porcentaje de infección nosocomial.

La diferencia en costo fue muy importante, cuatro veces más alta la NPT. Se encontró una diferencia importante en

la hiperglicemia inducida por estrés; fue más alta en los pacientes que recibieron NPT, frente a los que recibieron NET, posiblemente relacionada con el total de calorías, como carbohidratos suministrados por vía parenteral. Se presentó exacerbación de la pancreatitis en un caso de NET cuando la sonda se desplazó al estómago. Se hace énfasis en la importancia de avanzar la sonda al yeyuno para alimentar estos pacientes.

La **conclusión** de este trabajo es que la NET administrada por sonda colocada en el yeyuno es segura y mucho menos costosa. Posiblemente reduce la respuesta metabólica al estrés y promueve la resolución del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.