



Litotripsia de Cálculos Biliares

P. W. Plaisier, R. L. Van der Hul, R. den Toom, H.G.T. Nijs et al; Universidad de Rotterdam, Holanda. Hepato-Gastroenterol 1984 Jun; 41: 260-2

La litotripsia por ondas ultrasónicas extracorpóreas con terapia oral adyuvante de ácidos biliares es un tratamiento no invasor para cálculos sintomáticos de la vesícula biliar; después de que este procedimiento desplazó a la cirugía como método de elección en el tratamiento de los cálculos urinarios, fue introducido en 1987 para tratamiento de los cálculos de la vesícula biliar; en un comienzo los resultados fueron promisorios y los autores de la Universidad de Rotterdam publicaron su experiencia entre septiembre de 1988 y septiembre de 1992, sobre 133 pacientes (34 hombres y 99 mujeres) con una edad promedio de 49 años (rango entre 24 y 81 años) a los que sometieron a un total de 299 sesiones de *shock* de ondas ultrasónicas extracorpóreas con terapia adyuvante de ácidos biliares por vía oral.

El promedio de sesiones por paciente fue de 2.5, siendo 7 el máximo de sesiones que requirieron algunos pacientes; la sesión promedio duró 62 minutos y el 73% de los pacientes requirieron sedación por vía endovenosa.

Al año de control, el 51% de los pacientes con cálculo solitario y el 8.3% con cálculos múltiples, estaban libres de síntomas y no presentaban concreciones a la ecografía de la vesícula biliar; el 14% desarrollaron nuevos cálculos; como complicaciones mayores, los autores informan 4 pancreatitis agudas (3%) y 1 paciente con colecistitis aguda (0.8%). Las conclusiones de los autores son: La litotripsia extracorpórea para cálculos de la vesícula biliar es moderadamente efectiva para pacientes seleccionados; con la amplia y universal aceptación de la colecistectomía laparoscópica, la litotripsia extracorpórea será restringida únicamente a pacientes con gran riesgo quirúrgico; en vista de los pobres resultados en pacientes con cálculos múltiples, la litotripsia extracorpórea queda únicamente indicada para pacientes con cálculo vesicular único.

Mortalidad en Cáncer Gástrico Temprano: 20 Años de Experiencia

N. Shiozawa, M. Kodama, T. Chida, A. Arakawa, G. E. Tur, K. Koyama. Departamento de Cirugía Universidad de Akita-Japón. Hepato-Gastroenterol 1994 Jun; 41: 244-7

El pronóstico de los pacientes con cáncer gástrico temprano es significativamente mejor que el de los que presentan estados avanzados; en los últimos 20 años (1972-1992), el departamento de cirugía de la Universidad de Akita en el Japón, trató 696 pacientes con cáncer gástrico temprano entre 1.868 pacientes que consultaron por este cáncer; los autores analizan la recurrencia de la enfermedad, los hallazgos clinicopatológicos y el pronóstico de esos pacientes con el objeto de establecer e identificar los principales factores de riesgo de recurrencia relacionados, por lo tanto, con la mortalidad de estos enfermos.

Diez y ocho pacientes (2.6%) murieron por enfermedad recurrente; de éstos, 4 (1.02%) habían tenido únicamente invasión mucosa y 14 (4.6%), invasión submucosa; los tumores con invasión submucosa mostraron un mayor riesgo ($p < 0.02$) de recurrencia; las conclusiones de supervivencia muestran que los tumores con invasión de la submucosa tienen un peor pronóstico ($p < 0.01$).

Los factores clinicopatológicos de recurrencia analizados en pacientes con cáncer gástrico temprano, fueron: a) invasión submucosa; b) tipo mixto IIa + IIc en apariencia macroscópica; c) tamaño del tumor de más de 40 mm de diámetro. En los cánceres mucosos, la recurrencia ocurrió en pacientes con invasión linfática y con ganglios metastásicos; el sitio de recurrencia fue predominantemente el hígado. En los tumores con apariencia macroscópica del tipo mixto IIa y IIc, y para valorar mejor los 40 mm del tamaño del tumor, recomiendan preoperatoriamente el uso de la ultrasonografía endoscópica, la que da una seguridad del 87 al 97% de profundidad del tumor.

Los autores, recomiendan para identificar algunas características de riesgo en estos pacientes, la dosificación preoperatoria del pepsinógeno I, la alfa-fetoproteína, el gen c-myc y otros oncogenes; la presencia de factores de riesgo en estos pacientes con cáncer gástrico temprano indicarían la posibilidad de quimioterapia adyuvante para mejorar los índices de curabilidad.

Simposio sobre Cirugía del Futuro

Clinical Congress News- The American College of Surgeons. October 13/94-Chicago.

Coordinador: Richard N. Stava, M. D., F.A.C.S.

En este panel se trató sobre la importancia de los computadores en cirugía, los avances en informática, realidad virtual y cirugía por telepresencia. Empezó el doctor Satava con la frase: "La medicina está muerta, larga vida a la medicina"; con eso quiere decir que la medicina está entrando en una nueva era, en la superautopista de la informática. Ya es una realidad que el cirujano sentado en su oficina pueda tener acceso a la programación de salas de cirugía, hacer el seguimiento de pacientes, consultar con los Departamentos de Patología y Laboratorios e inclusive hacer búsquedas bibliográficas para actualizarse.

Comentó sobre la biblioteca virtual donde mediante el computador tiene acceso a toda la información. Lo único necesario es un computador personal con *modem*, capacidad para red y comunicación a través del sistema *Internet*, que es el acceso a las superautopistas de la información.

El doctor Satava hizo énfasis en la cirugía virtual y el futuro que él denomina "el cirujano nintendo" que está familiarizado con el uso del computador para simular cirugías. El Doctor Satava y el ejército americano, tienen un programa mediante el cual colocan a los soldados una especie de reloj que envía información vital en caso de herida, lo que permite identificar el problema del paciente, trasladarlo rápidamente a un camión-ambulancia donde puede ser operado con telepresencia desde kilómetros de distancia. Esta cirugía por telepresencia aumenta la capacidad del médico por encima y más allá de sus propias limitaciones físicas.

Sepsis por Cándida en Pacientes Quirúrgicos

Autor: Patricia J. Eubanks et al.

Depart. Cirug. Univ. de Calif. de los Angeles. Am J Surg 1993 Dec; 166: 617-20

La candidemia en el paciente crítico es una causa frecuente de mortalidad. Se trataron de identificar factores perioperatorios de riesgo de aumento de la posibilidad de muerte, en 46 pacientes con fungemia comprobada entre 1981 y 1990. Un total de 20 pacientes sobrevivieron (43%) y 26 murieron (57%). La mortalidad se produjo en pacientes por encima de los 46 años, con falla renal o hepática, *shock* en el postoperatorio y síndrome de dificultad respiratoria del adulto. La sobrevida no estuvo influenciada por la presencia de diabetes, enfermedad obstructiva crónica, hemorragia gastrointestinal, neumonía, consumo de alcohol, uso de esteroides, nutrición parenteral o enteral.

La presencia de septicemia (bacteriana) fue concomitante con la aparición de la sepsis por hongos en el 88% de los casos. La *candida albicans* fue la especie encontrada con mayor frecuencia.

La conclusión de este trabajo se refiere a que la candidemia está relacionada más con las fallas de la resistencia de los mecanismos de defensa del huésped que con superinfecciones relacionadas con enfermedades crónicas. La aparición frecuente de cándida junto con la bacteremia, enfatiza la necesidad de practicar cultivos para detectar la aparición de hongos que colonizan en el paciente crítico.

Radicales Libres y Antioxidantes en Sepsis

Hellen Goode et al.

Hosp. Univ. Saint James Leps, Inglaterra. Crit Care Med 1993; 21 (11): 17-75

Es reconocida la importancia que tienen los radicales libres en la sepsis y el daño tisular que producen. Este artículo trata de probar el uso potencial de antioxidantes.

Es una revisión de toda la literatura desde 1966 a 1992 sobre el uso de antioxidantes para el control de los radicales libres. La búsqueda como conclusión, prueba que hay evidencia de que los radicales libres juegan un papel importante en la patogénesis de la sepsis, y el uso de antioxidantes tiene un efecto potencialmente protector contra el daño tisular mediado

por radicales libres. Se sugiere que la terapia que aumente las defensas endógenas antioxidantes, pueden probablemente ser el mejor enfoque terapéutico.

Úlcera Péptica Sangrante

**L. Laine y W.L. Peterson. Depart. de Med. Univ. del Sur de California y de la Univ. de Texas, Dallas.
N Engl J Med 1994; 331 (11) 717-27**

Este es un artículo de revisión que empieza por analizar la patogénesis del sangrado en la úlcera péptica con los cambios histológicos, los factores predisponentes como el *helicobacter pylori* y los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES), la presentación clínica, los factores pronósticos tanto clínicos como endoscópicos. En el manejo inicial, los pacientes de alto riesgo van a la Unidad de Cuidado Intensivo o al piso si son de bajo riesgo; se les realiza una endoscopia y si hay sangrado activo se esclerosa y continúa en observación. Si hay un coágulo o no hay sangrado durante 3 días y si la base de la úlcera está limpia, se da salida al día siguiente. Se revisa el protocolo de tratamiento médico y la endoscopia terapéutica con diferentes alternativas de escleroterapia, uso del láser, control por contacto térmico. Se revisa el papel de la cirugía y la importancia del tratamiento quirúrgico temprano en pacientes por encima de los 60 años. La angiografía terapéutica con embolización es una alternativa útil en casos seleccionados.

Finalmente, analiza la prevención de la recurrencia del sangrado en el tratamiento médico haciendo énfasis en el control de los factores de riesgo, *Helicobacter Pylori* y los AINES. Se hace énfasis igualmente en el papel de la cirugía para evitar el sangrado recurrente con gastrectomía proximal y vagotomía o vagotomía troncular y piloroplastia o vagotomía y antrectomía.



Protocolo para la Colectomía Laparoscópica

Experiencia de la Clínica Palermo de Bogotá

R. VARGAS, J.C. ROJAS, G. PAEZ

La Revista CIRUGIA ha recibido del doctor Guillermo Páez Roa el protocolo que hoy se publica, utilizado por el grupo quirúrgico de la Clínica Palermo con los pacientes sometidos a colectomía laparoscópica en dicho centro hospitalario con resultados prácticos por su información completa y diligenciamiento sencillo.

Los doctores Rafael Vargas y Juan Carlos Rojas, Residentes de Cirugía de la Clínica Palermo, dirigidos por el doctor Páez, presentaron este protocolo en el pasado Congreso de nuestra Sociedad, y hoy lo proponen a los cirujanos generales con el propósito de unificar criterios sobre la colectomía laparoscópica en nuestro medio.

Quienes deseen copia original de este documento pueden dirigirse al consultorio del doctor Páez Roa, quien lo remitirá para su reproducción y uso.



COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

PACIENTE:										
H.C.:								CASO:		
FECHA:								PIEZA:		

SEXO	M	F
EDAD		
entre 10 y 20		
entre 21 y 30		
entre 31 y 40		
entre 41 y 50		
entre 51 y 60		
entre 61 y 70		
más de 70		

ANTECEDENTES	
Laparotomía abdomen superior	
Laparotomía abdomen inferior	
Laparotomía múltiple	
Peritonitis	
Multiparidad (> 4 hijos)	
Otros:	

EXAMEN FISICO	
Fiebre	
Ictericia	
Obesidad	
Defensa Abdominal	
Dolor a la palpación	
Vesícula palpable	
Examen físico normal	

LABORATORIOS	
NORMALES MARQUE CON "N"	
Leucocitos > 12000	
VSG > 20	
Amilasa > 69 U/L	
Fosfatasa Alcalina > 170	
Bilirrubina Total > 1.5	
Bilirrubina Directa > 0.4	
PT > 14"	

IMAGENOLOGIA									1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Ultrasonido																		
H.I.D.A.																		
Colangio retrógrada																		
Colangio intraoperatoria																		
TAC																		
Se realizó esfinterotomía endoscópica :									SI		NO							
1- NORMAL 2- PARED ENGROSADA 3- DILATACION VIA BILIAR 4- LITIASIS 5- COL 6- ADECUADO PASO DE MEDIO 7- POLIPO 8- COLESTEROLISIS 9- DISQUINESIA																		

DIAGNOSTICO	*	I	P
Colecistitis acalculosa			
Colecistitis aguda			
Colecistitis crónica			
Colelitiasis			
Coledocolitiasis			
Vesícula escleroatrófica			
Colesterolosis			
Piocollecisto			
Hidrocolecisto			
Ca Vesícula			
Pólipo vesicular			
Disquinesia biliar			

CIRUGIA			DURACION	
			< 60 min	
			60-90 min	
			90-120 min	
			> 120 min	
CIRUJANO:				
AYUDANTE:				
CAMARA:				
Punción :			Abierta	Cerrada
Adherencias			Dificultad disección	
Perforación vesícula			Hemorragia	
Endolupe	Dren		Cálculos en cavidad	
Se cierra fascia:			Epigástrica	Umbilical
Cirugía asociada:				
Complicaciones: (DESCRIBALAS)				

* I: INICIAL P: POSTOPERATORIO

TECNICA ABIERTA POR:	
Hemorragia	
Dificultad en disección	
Falla mecánica	
Patología biliar	
Lesión vía biliar	
Otro:	

POSTOPERATORIO	
Hemorragia	
Dolor abdominal	
Naúseas	
Infección de herida	
Dolor hombro	
Pancreatitis	
Sepsis	
Otro:	

REINTERVENCION	
Hemorragia	
Bilirragia	
Litiasis residual	
Lesión vía biliar	
Sepsis	

ANTIBIOTICO		
PreQx	PostQx	No usan
TIPO:		

INFECCION	SI
HERIDA	NO

ESTANCIA POP	
1 día	2 días
3 días	4 días
5 días	6 días
1 semana	
más de una semana	

COMPLICACIONES TARDIAS:		

ESTADO FINAL		
Mejoria	Muerte	Causa: