



Asociación
Argentina
de Cirugía

Volumen 2, Número 2, Mayo, 2004

Informes SIIC

● FACTORES ASOCIADOS A LA INCONTINENCIA FECAL

Estudio de cohorte prospectivo, en pacientes asistidos en un centro terciario de atención

Londres, Reino Unido :

El parto por vía vaginal y la cirugía anal, constituyen factores de riesgo para la aparición de incontinencia fecal, que aparece en ocasiones luego de muchos años. MI4224

Fuente científica:

[**Journal of the Royal Society of Medicine** 97(3):111-116, Mar 2004] – aSNC

Autores

Lunniss P, Gladman M, Hetzer F y otros

La incontinencia fecal, denominada así a la pérdida involuntaria del contenido fecal en tiempo o lugar socialmente inapropiado, afecta aproximadamente al 2% de adultos de una comunidad. La prevalencia en sujetos de edad avanzada es de alrededor del 15% y es aún mayor en personas que habitan en hogares de ancianos. La frecuencia de incontinencia fecal y urinaria es similar; sin embargo, la incapacidad social y psicológica es mucho mayor en la incontinencia fecal. Se requiere la identificación de factores de la historia de los pacientes que puedan permitir el logro de estrategias preventivas; con esta finalidad investigadores del Centre for Academic Surgery, llevaron a cabo un estudio de cohorte retrospectivo en 629 pacientes (475 mujeres), referidos a un centro de atención terciaria, para la determinación de la importancia de los factores de riesgo individuales en el desarrollo de la incontinencia fecal. Cada paciente fue sometido a pruebas para la exclusión de enfermedad orgánica previamente a la derivación y se midieron las presiones anales, sensibilidad rectal e integridad del esfínter rectal entre otras. La incontinencia, en ausencia de hallazgos anormales, se clasificó como idiopática. Los riesgos potenciales se identificaron en todos los participantes seleccionados a excepción del 6% de pacientes. En mujeres, el factor de riesgo principal fue el nacimiento de los hijos (91%); en la mayoría de casos el parto vaginal presentó complicaciones tales como injuria perineal o nacimiento por fórceps. En el caso de los hombres, la mitad había sido sometido a cirugía anal y en el 59% de los sujetos fue el único factor identificado. En numerosas ocasiones el origen de la causa fue poco reconocida, en función del prolongado intervalo entre el factor precipitante y el desarrollo de la sintomatología. Los autores destacaron que dado el sufrimiento generado por esta problemática y las dificultades para la solución del problema y normal restauración de la función, es primordial minimizar los riesgos de las intervenciones obstétricas, ginecológicas y colo-rectales. Sin embargo a pesar de lo mencionado, la mayor incidencia de incontinencia luego de intervenciones obstétricas, en especial con fórceps, no debe justificar el incremento en el uso de cesáreas. Los cirujanos generales que realizan extirpación de hemorroides u otros procedimientos considerados menores, deben tener en cuenta la derivación de los pacientes a profesionales especializados.

TRATAMIENTO PARA LOS SINTOMAS EMETICOS POSCOLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Estudio aleatorizado y doble ciego

Ibaraki, Japón :

En este estudio con 100 pacientes la combinación de granisetron con dexametasona fue más eficaz que el granisetron solo para el tratamiento de las náuseas y vómitos posteriores a una colecistectomía laparoscópica, y que la tolerancia fue similar en ambos grupos

Fuente científica:

[**Current Therapeutic Research** 64(8):514-521, Sep 2003] – aSNC

Autores

Fujii Y, Tanaka H y Kawasaki T

El granisetron, un antagonista selectivo de los receptores serotoninérgicos 5-HT₃, se informó como efectivo para el tratamiento de la emesis en pacientes que reciben drogas citotóxicas y para la prevención de las náuseas y vómitos posoperatorios en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Los autores demostraron recientemente que el granisetron reduce la incidencia de estos síntomas y que es mejor antiemético que droperidol y metoclopramida, sin embargo no puede controlar enteramente los síntomas establecidos luego de este procedimiento quirúrgico. Este estudio se designó para investigar las diferencias en cuanto a tolerancia y eficacia de la combinación de granisetron y dexametasona frente a granisetron solo para el tratamiento de los pacientes que presentan náuseas y vómitos posquirúrgicos luego de la colecistectomía laparoscópica. Se seleccionaron 100 pacientes de entre 25 y 65 años que cumplieron los criterios de la Sociedad Americana de Anestesiología para ser catalogados como de estado físico I, es decir, sin alteraciones orgánicas, bioquímicas o psiquiátricas y que sufrieron náuseas por un período mayor a 10 minutos y/o emesis dentro de las tres horas posteriores a la recuperación de la anestesia general debida al procedimiento laparoscópico. Para mantener la integridad de los resultados, no se administraron medicaciones preanestésicas como hidroxicina. Los pacientes fueron seleccionados para recibir granisetron 40 µg/kg endovenoso solo o combinado con dexametasona 8 mg mediante una aleatorización realizada por computadora. Se observaron a los pacientes durante 24 horas a varios intervalos y el personal de enfermería registró datos acerca de la presencia o no de náuseas, y vómitos, y los pacientes debieron contestar "sí" o "no". Si dos o más episodios de emesis ocurrían dentro de un período de 24 horas a partir de la administración de estas drogas, se administró un antiemético de rescate. Los grupos de tratamiento fueron comparables en términos de características clínicas y demográficas, y estuvieron conformados por 63 mujeres y 37 hombres. El control completo de las náuseas y vómitos posoperatorios se alcanzó en forma significativa en un mayor número de pacientes que recibieron la combinación de dexametasona más granisetron (98%) que los que recibieron granisetron solo (82%). Ninguno de los pacientes requirió la administración de antieméticos de rescate. El 12% de los pacientes de ambos grupos sufrió algún tipo de efecto adverso, siendo la cefalea leve el más frecuente (entre 6% y 8%). Esta cefalea no requirió de intervención médica y se la consideró relacionada con el tratamiento. El hecho de que un mejor control de los síntomas estudiados se alcanzó con la combinación de granisetron más dexametasona sugiere probablemente la potenciación de la dexametasona de la eficacia antiemética del granisetron. Esto se basa en la sugerencia de que el granisetron puede actuar en sitios que contienen receptores serotoninérgicos con efecto antiemético demostrado y que la dexametasona puede inhibir la estimulación de dichos receptores. El granisetron no produce sedación o síntomas extrapiramidales como el droperidol o la metoclopramida. En Japón, el granisetron es una droga mucho más cara que los antieméticos habituales, ya que 3 mg cuestan 102 dólares norteamericanos. Recientemente, la FDA emitió una advertencia acerca del riesgo arritmogénico como la prolongación del intervalo QT con droperidol, y los autores piensan que la decisión acerca de la terapéutica antiemética no debería basarse en el costo de las drogas sino también debería tener en cuenta el resultado en los pacientes y que el costo de la combinación de granisetron más dexametasona puede estar justificado por su potencia

antiemética. Los investigadores concluyen que en este estudio con pacientes que sufren emesis poscolecistectomía la combinación de ambas drogas fue más eficaz que el granisetron solo para el tratamiento, y que la tolerancia fue similar en ambos grupos.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN PACIENTES CON TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO E INESTABILIDAD HEMODINAMICA

Experiencia con esta modalidad por imágenes en un centro taiwanés de alta complejidad

Taipei, Taiwán :

La ecografía abdominal es una herramienta rápida, segura y precisa en la evaluación de pacientes con sospecha de traumatismo abdominal cerrado y con inestabilidad hemodinámica. Puede realizarse además en forma repetida y no es una técnica invasiva. MY 4084

Fuente científica:

[**Journal of Medical Ultrasound** 11(2):66-70, 2003] – aSNC

Autores

Chen C y Liaw HC

La ecografía es cada vez más importante en la evaluación inicial del traumatismo abdominal cerrado (TRAC). EL examen en cuatro planos (evaluación enfocada mediante ecografía para el traumatismo o FAST, por sus siglas en inglés) se utiliza para detectar la presencia de líquido libre intraperitoneal, lo que indica laceración orgánica. El lavado peritoneal diagnóstico y la tomografía computada son considerados como modalidades estándar para la evaluación de pacientes con TRAC. El lavado peritoneal es útil para ayudar a decidir la realización de laparotomía en pacientes hemodinámicamente inestables, pero es una técnica invasiva, se asocia con complicaciones y necesita de habilidad técnica. La tomografía computada (TC) puede aportar información más precisa acerca de la severidad de las lesiones si el paciente puede tolerar el proceso de barrido tomográfico. La ecografía puede realizarse en forma rápida, repetida y no invasiva. En este trabajo los autores comparten su experiencia con esta técnica de diagnóstico por imágenes. Se recolectaron los registros médicos de pacientes traumatizados ingresados al Hospital Chang-Gung en Taiwán entre enero y diciembre de 1 998 con diagnóstico inicial de TRAC e inestabilidad hemodinámica sin otra lesión mayor, que se definió por la presencia de presión arterial sistólica menor a 90 mmHg, frecuencia del pulso mayor a 100/minuto o frecuencia respiratoria mayor a 30/minuto luego de la resucitación inicial con cuatro litros de Ringer lactato o 20 ml/kg de coloides. Los ecografistas evaluaron el receso hepatorenal derecho y su área circundante, la fosa esplenorenal izquierda, el área subxifoidea y la pélvica. Se excluyeron a los pacientes con hemorragia significativa, como a aquellos una gran laceración o herida cortante a nivel de los miembros o del tronco, o con fracturas de huesos largos. Se obtuvo el diagnóstico final a partir de los datos de seguimiento obtenidos a los 6 a 12 meses, y por los hallazgos tomográficos, laparotomía diagnóstica o cirugía realizadas. Las indicaciones para la laparotomía fueron: inestabilidad persistente a pesar de la resucitación adecuada en pacientes cuyo shock no pudo explicarse por las lesiones a otros sistemas de órganos, la lesión orgánica mayor que el cirujano no consideró que se resolviese espontáneamente, la pérdida inexplicable de sangre, la presencia persistente de síntomas peritoneales, la rotura diafragmática o la rotura de la pared abdominal. De esta manera, se incluyeron 12 pacientes involucrados en accidentes automovilísticos, 10 hombres y 2 mujeres, con una edad promedio de 41.5 años. La ecografía mostró que 11 pacientes tenían líquido libre en la cavidad peritoneal, mientras que el restante tenía laceración esplénica. Tres tenían lesión hepática, en 3 se encontraron lesiones esplénicas y 4 tuvieron líquido libre aislado y no asociado a lesión orgánica. Todos los pacientes sobrevivieron: en siete se efectuó tratamiento

quirúrgico y en cinco el tratamiento elegido fue conservador. En diez casos se realizó TC, pero en ninguno se efectuó el lavado peritoneal. La TC informó 8 pacientes con lesiones hepáticas, 3 con lesiones esplénicas (laceración, hematoma o ruptura) y uno con ruptura de vejiga. Cinco de estos 10 fueron sometidos a laparotomía de acuerdo a los hallazgos tomográficos encontrados y a sus manifestaciones clínicas. Los autores consideran que, con la excepción de raras circunstancias, la primera prioridad en los pacientes traumatizados con inestabilidad hemodinámica es el tratamiento del shock hipovolémico. La ecografía de emergencia tiene una buena sensibilidad en pacientes con TRAC pero existe la posibilidad de encontrar resultados falsos positivos. Los expertos concuerdan que la ecografía abdominal es el examen crucial o decisivo para un paciente con sospecha de TRAC. La identificación de líquido libre en el peritoneo o la pelvis es el principal objetivo de este método de diagnóstico, que puede detectar en forma rápida y fidedigna la hemorragia intraabdominal pero puede fallar en revelar lesiones retroperitoneales en algunos casos. La sensibilidad, especificidad y precisión de este método fue de 83-87%, 97-100% y 97-98% según diversos informes. La ecografía abdominal es el método diagnóstico de elección en pacientes con sospecha de TRAC con inestabilidad hemodinámica. El Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos sugirió que el FAST sea incluido en el protocolo de atención de pacientes con TRAC. Los autores concluyen que la ecografía de emergencia es una herramienta eficiente y segura para la evaluación de pacientes con sospecha de traumatismo abdominal cerrado y con inestabilidad hemodinámica, siendo de primera elección para estos casos.

NOVEDOSO TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA PACIENTES CON SINDROME DE MOEBIUS

La cirugía reparadora ofrece una posibilidad simple y eficaz de mejorar el aspecto del rostro de estos pacientes

Londres, Reino Unido :

Estudio acompañado de numerosas imágenes, en el que se describe un procedimiento simple y efectivo para corregir uno de los defectos que más comprometen la autoestima de los pacientes con síndrome de Möbius. Si bien el procedimiento no ataca las causas de la mencionada patología, los resultados son alentadores

Fuente científica:

[**Plastic and Reconstructive Surgery** 112(7):1762-1767, Dic 2003] – aSNC

Autores

Sabbagh W, Shafighian A y Harrison D

En 1888 Möbius describió la parálisis combinada de los pares craneales 6 y 7, aparte de otras parálisis congénitas de los pares craneales. El síndrome, que lleva su nombre, también incluye otras anomalías de la cara, nervios craneales, labios superior e inferior y el tronco. Abramson y colaboradores propusieron un sistema de clasificación y graduación del síndrome denominado CLUFT. Este sistema se basa en cinco estructuras anatómicas que se ven afectadas en esta patología: los pares craneales, el labio inferior, el labio superior, el rostro y el tórax. El signo clínico mínimo que más comúnmente se asocia al síndrome es el compromiso bilateral de los pares VI y VII, que puede manifestarse como debilidad parcial o completa de ambos. Los pacientes habitualmente se presentan al cirujano buscando corrección de la parálisis facial bilateral. Comúnmente, los pacientes con síndrome de Möbius presentan "rostro en máscara" con las comisuras labiales hacia abajo y sin capacidad de desarrollar movimientos voluntarios de la cara. En algunos pacientes se puede observar incompetencia oral. Los niños portadores de este síndrome, habitualmente presentan baja autoestima derivada de su aspecto. Las características faciales limitan la integración social y la comunicación interpersonal. El objetivo primordial de la cirugía reconstructiva es restaurar cierto grado de movimiento facial, particularmente aquel desarrollado en respuesta a las emociones. Esto se logra utilizando colgajos musculares inervados

y vascularizados. En el síndrome de Möbius, en el que habitualmente la parálisis es bilateral, se utilizan las ramas motoras del músculo masetero derivadas del quinto par craneal, para proveer inervación al colgajo. Esto significa que para sonreír, el paciente debe apretar los dientes simultáneamente. Sin embargo, a veces es posible disociar estas acciones mediante un extenso entrenamiento. Ha sido observado por el principal autor de este estudio, que los pacientes que acuden en busca de cirugía reparadora, presentan simultáneamente deficiencia del labio superior; esta es una característica que no había sido descrita previamente. La corrección de esta anomalía, mejora la apariencia de la boca y restaura el equilibrio del rostro tanto durante la fase estática como durante la sonrisa. Además los dientes se tornan menos prominentes al sonreír, brindando un aspecto más natural al rostro durante la sonrisa. La principal indicación para la cirugía es de tipo cosmético; a pesar de que varios problemas relacionados a la cavidad oral han sido descritos. Entre otros los pacientes se quejan de incompetencia oral incluyendo babeo y dificultades al hablar. Si bien ninguno de los pacientes involucrados en el estudio que se comenta, presentaba estos problemas; todos relataron una mejora significativa al momento de comer y beber. En conclusión los autores creen que este procedimiento simple, debe ser ofrecido a los pacientes, ya que mejora sustancialmente su apariencia y autoestima, y restituye el equilibrio al rostro, incluso en aquellos casos en los cuales no se efectúa reanimación facial. Pese a que el tratamiento no ataca las causas de la patología, ellos afirman que el aspecto estético en estos casos es muy importante, ya que incide directamente en la calidad de vida del paciente y en el modo de relacionarse con la sociedad.

TRATAMIENTO DE LAS METASTASIS HEPATICAS Y PULMONARES EN EL CANCER COLORRECTAL

Revisión retrospectiva realizada en 26 pacientes

Leeds, Reino Unido :

En ausencia de una terapia alternativa efectiva, cada paciente en buenas condiciones clínicas con metástasis pulmonares o hepáticas debería ser considerado como un candidato quirúrgico si se puede lograr la resección completa. Este abordaje agresivo en una unidad especializada es seguro y ofrece la mejor probabilidad de supervivencia a largo plazo

Fuente científica:

[**European Journal of Cardio-Thoracic Surgery** 25(2):151-154, Feb 2004] – aSNC

Autores

Reddy R, Kumar B, Shah R y colaboradores

El tratamiento convencional del cáncer colorrectal (CCR) metastásico con quimioterapia basada en 5-Fluorouracilo raramente produce supervivencia a largo plazo. En busca de tratamientos más efectivos, el énfasis viró hacia la intervención quirúrgica, ya que la resección de metástasis hepáticas en estos tumores es una modalidad de tratamiento bien aceptada. Existen varios informes sobre la prolongación de la supervivencia mediante la resección en etapas de metástasis a nivel del hígado y del pulmón. Por este motivo, los autores realizaron un análisis retrospectivo de todos los pacientes a quienes se les realizó esta modalidad terapéutica desde septiembre de 1998 y hasta mayo de 2002. Todos los casos tenían lesiones sincrónicas –aquellas identificadas simultáneamente en hígado y riñón- o metacrónicas –las identificadas en cualquiera de estos dos órganos luego de la resección colónica primaria- y sólo se incluyeron a aquellos casos en los cuales la resección hepática se efectuó antes que la pulmonar. Las modalidades quirúrgicas realizadas sobre el hígado incluyeron la resección en cuña, segmentectomías simples o múltiples y lobectomías. El intervalo de seguimiento posterior se realizó a las seis semanas, 3 a 6 meses y en forma anual, y consistió en la realización de tomografías de tórax, abdomen y pelvis y resonancia magnética hepática. Se determinaron además en forma periódica los niveles de antígeno carcinoembrionario (CEA). Las resecciones pulmonares fueron del tipo resección en cuña,

lobectomías o neumonectomías, realizándose el abordaje toracoscópico asistido por video (VATS) en las metástasis solitarias periféricas y toracotomía para aquellas metástasis unilaterales y múltiples y enfermedad voluminosa. Se analizaron 26 pacientes, 19 hombres y 7 mujeres, con una edad media de 61 años. El intervalo de tiempo promedio entre la resección colónica y la hepática y de la hepática a la pulmonar fue de 21.8 meses y 23.9 meses, respectivamente. En la mitad de los casos estudiados, el CCR tuvo estadificación de Dukes de tipo C, y 19 casos presentaron el tumor localizado a nivel rectal. Se realizaron en total 33 metastasectomías pulmonares, y se incluyeron siete re-procedimientos (procedimientos vueltos a realizar). El tipo de cirugía más utilizado fue la resección simple o múltiple en cuña. Se hallaron metástasis sincrónicas en cinco pacientes. En todos ellos la resección escalonada comenzó con la remoción de las metástasis hepáticas, y los procedimientos realizados incluyeron la lobectomía extendida, la segmentectomía anatómica y la resección en cuña o metastasectomía. La terapia adyuvante consistió en la quimioterapia con 5-Fluorouracilo en 13 pacientes luego de la resección colónica, y en 21 y 22 casos luego de las resecciones hepáticas y pulmonares, en forma respectiva. Tres pacientes recibieron además radioterapia pélvica neoadyuvante para el cáncer primario de recto. A diferencia de otros estudios publicados, en esta serie de casos el número de metástasis no influenció la sobrevida. Se constató un fallecimiento en el octavo día posoperatorio debido al síndrome de distrés respiratorio secundario a una neumonectomía izquierda. No se halló morbilidad en los restantes 25 casos. El seguimiento medio de los casos varió entre los 2 y los 71 meses, con un promedio de 20.2 meses. La sobrevida media hallada luego de la última resección pulmonar fue de 34.7 meses. Los autores concluyen que ante la ausencia de una terapéutica alternativa y efectiva, cada paciente en condiciones con metástasis pulmonares o hepáticas debería ser considerado como un candidato quirúrgico proporcionando la resección completa si puede lograrse. Este abordaje enérgico o agresivo en una unidad especializada es seguro y ofrece la mejor probabilidad de sobrevida a largo plazo.

CIRUGIAS DE MANOS EN PACIENTES TRASPLANTADOS

Revisión retrospectiva realizada en 40 pacientes

Loa Angeles, California :

En pacientes controlados y estables, el riesgo de complicaciones secundarias a una cirugía de mano no es mayor que para la población general, por lo que no se debería demorar o diferir el tratamiento simplemente porque el paciente es trasplantado

Fuente científica:

[**Journal of Hand Surgery** 29A(1):154-158, Ene 2004] – aSNC

Autores

Jones N, Friedman A y Khiabani K

Con los nuevos agentes inmunosupresores disponibles, los ortopedistas especialistas en mano pueden ser consultados en forma ocasional para el diagnóstico y el tratamiento de problemas en las manos que afectan a pacientes trasplantados. Existe muy poca información en la literatura médica acerca de si estos pacientes son más propensos para el desarrollo de determinadas patologías y si éstas deben ser tratadas en forma diferente debido al uso de esteroides y otros agentes utilizados en estos casos. Por ello, el propósito de este estudio fue el de describir los diferentes tipos de problemas que aparecen en las manos en pacientes receptores de trasplantes de tres centros diferentes estadounidenses, y determinar si el tratamiento convencional y la curación ósea o cutánea se vio de alguna manera afectada. De esta manera, los autores realizaron una revisión retrospectiva de los pacientes trasplantados que evolucionaron con problemas en las manos o en las extremidades superiores y que fueron derivados a dos traumatólogos especialistas. Estos receptores fueron tratados de manera similar a la que se realiza en los pacientes que no tienen trasplantes, con algunas excepciones: todos los que debían realizarse procedimientos

quirúrgicos recibieron profilaxis antibiótica preoperatoria con cefalosporinas de primera generación, todos aquellos con dosis altas y crónicas de corticosteroides recibieron un refuerzo preoperatorio y una rápida adecuación hasta las dosis originales dentro de las 48 horas posteriores a la cirugía. Las drogas imurán, ciclosporina o tacrolimus no recibieron refuerzos prequirúrgicos. Los puntos de sutura permanecieron por un tiempo más prolongado en su lugar, hasta tres semanas en los pacientes bajo tratamiento esteroideo. De esta manera se identificaron a 40 pacientes con alteraciones en las manos, de los cuales 26 fueron hombres y 14 mujeres. Veinte recibieron trasplantes de riñón, 13 de hígado y 7 de corazón, y todos excepto uno recibían tratamiento con esteroides. Se identificaron 6 tipos diferentes de alteraciones en la mano: 16 fueron patologías inflamatorias (bursitis olecraneana, contractura de Dupuytrén, gota, tenosinovitis estenosante, rupturas tendinosas), 18 compresiones de nervios (plexo braquial, túnel carpiano, síndrome cubital); 6 infecciones; neoplasias benignas o malignas; 14 lesiones traumáticas y 4 isquemias. En forma interesante, tres pacientes desarrollaron problemas en las manos como consecuencia directa de una complicación del trasplante, como quemadura por diatermia, aneurisma de la arteria braquial con compresión secundaria del plexo braquial y trombosis de la arteria radial. Se realizaron 72 procedimientos quirúrgicos en 38 pacientes, y muchos fueron directos como la liberación del túnel carpiano, injerto cutáneo o la liberación del dedo en gatillo. Algunos otros fueron muy complicados, como la neurectomía del plexo braquial, la reparación de la arteria radial o transferencias de tendones. Se realizó además la reducción cerrada de fracturas metacarpianas o falángeas y la reducción abierta con fijación interna en algunas otras fracturas. La evaluación de seguimiento de los pacientes varió desde los 4 meses hasta los 8 años. No se detectaron infecciones posquirúrgicas y todas las heridas curaron dentro de las tres semanas de realizado el procedimiento. Todas las fracturas y artrodesis se curaron en forma satisfactoria sin desarrollo de no-uniones. Ninguno de los pacientes desarrolló signos de insuficiencia suprarrenal. Los pacientes trasplantados que reciben terapia con esteroides son más propensos al desarrollo de fracturas luego de traumatismos leves o triviales, debido a su osteopenia subyacente. De forma similar, el uso crónico puede llevar a la debilidad de los ligamentos o tendones de la mano, lo que puede favorecer su desgarramiento o ruptura. Las personas con trasplante renal son más probables que desarrollen isquemia aguda o crónica de la mano secundaria a la aterosclerosis de las arterias radial y cubital. En forma ocasional, estos pacientes pueden tener todavía una fístula funcional usada para la hemodiálisis previa, lo que puede producir isquemia por un fenómeno de "robo". Los tumores cutáneos malignos tienen una incidencia mayor en pacientes inmunosuprimidos, con valores que varían desde el 1% hasta el 24% dependiendo de su localización geográfica, al igual que las infecciones atípicas, generalmente micóticas. En pacientes controlados y estables, el riesgo de complicaciones secundarias a una cirugía de mano no es mayor que para la población general, por lo que no se debería demorar o diferir el tratamiento simplemente porque el paciente es trasplantado. De aquellos los pacientes revisados en este informe, todos lograron la curación de las partes blandas y óseas sin complicaciones, a excepción de uno que perdió en forma parcial su injerto de piel. Los autores ofrecen las siguientes guías para los ortopedistas que son consultados por problemas en la mano en pacientes trasplantados: debido al riesgo aumentado de infección, se debería administrar antibioticoterapia profiláctica perioperatoria con una cefalosporina de primera generación; los pacientes bajo tratamiento esteroideo deberían recibir un refuerzo preoperatorio y una rápida adecuación de sus niveles para el pasaje a la vía oral; y como se espera que estos pacientes tengan procesos más prolongados de curación, las suturas deberían mantenerse por un tiempo ligeramente más prolongado. Con estas guías, los pacientes operados por los autores no desarrollaron infecciones posoperatorias, y pudieron lograr una buena cicatrización de sus heridas.