Colección Trabajos Distinguidos, Serie Cirugía, Volumen 2, Número 4







Informes SIIC

©BENEFICIOS DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA PARA TRASTORNOS ESOFAGICOS BENIGNOS

Análisis de 60 pacientes tratados por esta metodología

Mumbai, India

La cirugía laparoscópica sería el método ideal para el tratamiento de pacientes con trastornos esofágicos benignos ya que demostró muy buenos resultados en pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia paraesofágica.

Fuente científica:

[Indian Journal of Surgery 66(1): 36-40, Ene 2004] – aSNC

Autores

Balsara KP, Shah CR, Patell NH y colaboradores

La cirugía laparoscópica (CL) ha adquirido rápida aceptación en la última década tanto por parte de los pacientes como de los cirujanos. El tracto biliar ha sido el principal enfoque de la CL, sin embargo, cada vez existe más interés en utilizar esta técnica quirúrgica para los trastornos esofágicos benignos. Investigadores del Departamento de Cirugía Laparoscópica y Gastrointestinal, Hospitales General Bhatia y Jaslok, Mumbai, India, realizan una revisión sobre su experiencia utilizando la CL para el tratamiento de afecciones esofágicas benignas. Se analizaron en forma retrospectiva los pacientes intervenidos por laparoscopía entre marzo de 1999 y febrero de 2003; incluyendo 36 pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico, 8 con hernia paraesofágica y 16 con acalasia cardia. Los pacientes tenían una endoscopía gastrointestinal alta, una radiografía con contraste con bario y un examen prequirúrgico de rutina. La cirugía se realizó baio anestesia general. El patrón de la disección fue similar para la enfermedad por reflujo gastroesofágico y la hernia paraesofágica y se modificó para los pacientes con acalasia. Luego de la cirugía se inició una dieta líquida el primer día y luego se mantuvo durante 3 semanas una dieta a base de alimentos blandos. El primer seguimiento se realizó al mes y luego cada 3 meses durante el primer año y a partir de allí semestralmente. El tiempo para la cirugía fue entre 90 y 240 minutos en los casos de reflujo gastroesofágico o hernia paraesofágica y entre 120 y 180 minutos para los casos de acalasia. Las complicaciones quirúrgicas incluyeron 2 pacientes con neumotórax, uno con perforación intratorácica del esófago que requirió posterior drenaje intercostal. En los pacientes con acalasia se registraron dos desgarros de mucosa que debieron ser suturados. Entre las complicaciones tardías se incluyeron meteorismo, en 7 casos; disfagia en un paciente 3 años después de la cirugía que requirió dilatación endoscópica; una mujer desarrolló arcadas severas y meteorismo 10 días después de la ciruqía que luego cedieron. La endoscopía y radiografía con contraste de bario revelaron que no existía ninguna anomalía. En el grupo de pacientes con acalasia, las complicaciones tardías incluyeron reflujo en 2 pacientes que fue controlado con medicación y en un caso se manifestó disfagia. El resto de los pacientes permanecieron sin síntomas. En conclusión, la laparoscopía brinda excelente acceso a la unión cardioesofágica y sería perfectamente adecuada para el tratamiento quirúrgico de las enfermedades esofágicas benignas.

MANEJO LAPAROSCOPICO DEL SANGRADO POSTERIOR A LA HISTERECTOMIA

Una alternativa eficaz.

Kladno, República Checa.:

El abordaje laparoscópico del sangrado posterior a la histerectomía es una alternativa atractiva al abordaje quirúrgico abdominal. Debido a que la incisión abdominal se omite, el tiempo de recuperación es menor.

Fuente científica:

[Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons 8(3):235-238, Jul 2004] – aSNC

Autores

Zdenek Holub y Antonin Jabor.

El sangrado posterior a la histerectomía abdominal o vaginal se trata habitualmente por laparotomía o por abordaje transvaginal. La laparotomía se recomienda en caso de sangrado intra peritoneal o del fracaso del tratamiento transvaginal conservador. La laparoscopía se ha utilizado exitosamente para el tratamiento de la hemorragia asociada con la histerectomía vaginal o laparoscópica asistida vaginalmente. La hemostasia puede obtenerse más fácilmente en la cirugía laparoscópica debido a que la imagen se amplifica, la inspección de las estructuras es muy cercana y a que se utilizan rutinariamente la irrigación, la succión y la coagulación con electrobisturí bipolar. El objetivo de los autores de este estudio retrospectivo fue evaluar el papel de la laparoscopía en el manejo del sangrado posquirúrgico luego de una histerectomía vaginal o laparoscópica. Para ello condujeron un estudio retrospectivo durante cinco años, en 1 167 mujeres que fueron sometidas a histerectomía laparoscópica o vaginal. De todas ellas, 10 presentaron sangrado posquirúrgico posterior a la histerectomía laparoscopía o vaginal. La incidencia general del sangrado posterior a la histerectomía por cualquiera de las dos vías, fue de 0.85% (10 entre 1 167 participantes). A lo largo de los cinco años de estudio, la incidencia fluctuó entre 1.1% y 0.4%. La revisión quirúrgica fue primariamente vaginal en una mujer, seguida de un control laparoscópico. En seis pacientes, se efectuó laparoscopía inmediatamente. Las pacientes se beneficiaron con el tratamiento laparoscópico precoz, dado que se encontró el foco sangrante y se detuvo la hemorragia. De los seis casos de sangrado intra peritoneal, uno fue resultado de un trastorno hematológico. Los tres casos restantes en los que la cúpula vaginal estaba sangrando fueron tratados mediante reparación vaginal y taponamiento quirúrgico sin laparoscopía. Según los autores, el estudio ilustra que el abordaje laparoscópico del sangrado posquirúrgico luego de la histerectomía laparoscópica o vaginal es factible y puede recomendarse para ambos procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, los autores creen que la selección de los pacientes para laparoscopía con sangrado vaginal solo debería desarrollarse con referencia a la utilidad y la seguridad óptimas. Los autores afirman que el abordaje laparoscópico para el sangrado posterior a la histerectomía es una alternativa atractiva al abordaje quirúrgico abdominal. El sangrado posterior a la histerectomía laparoscópica o vaginal puede manejarse con laparoscopía en la mayoría de los pacientes. Debido a que la incisión abdominal se omite, el tiempo de recuperación es menor.

BUSCAN DETERMINAR MAYOR RIESGO DE CIRUGIA EN PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Estudio que analiza múltiples variables asociadas a la frecuencia de cirugías, en pacientes con síndrome de intestino irritable

San Diego, EE.UU:

El diagnóstico de síndrome de intestino irritable se asocia en forma independiente con índices aumentados de colecistectomía, cirugía de apéndice, histerectomía y en menor extensión, a cirugía dorsal. La indicación quirúrgica puede estar relacionada con errores diagnósticos, factor asociado en otras series. La implementación del trabajo en equipos multidisciplinarios puede contribuir a la reducción de las cirugías.

Fuente científica:

[Gastroenterology 126(7):1665-1673, Jun 2004] - aSNC

Autores Longstreth G y Yao J

El síndrome de intestino irritable es una alteración funcional gastrointestinal relativamente frecuente, caracterizada por incomodidad o dolor, cambios en los hábitos intestinales y aparición de otros síntomas. La alteración se asocia a costos elevados de salud y alteraciones psicológicas de comorbilidad, así como a otras alteraciones y síntomas funcionales gastrointestinales y no gastrointestinales. Existen ciertas hipótesis que aseguran la existencia de incremento en la tasa de cirugía, en pacientes afectados con síndrome de intestino irritable; sin embargo, no han podido ser adecuadamente comprobados. Investigadores del Department of Gastroenterology, Kaiser Permanente Medical Care Plan, San Diego, desarrollaron el presente estudio con el objetivo de analizar los factores demográficos y médicos asociados a cirugías, en pacientes diagnosticados con síndrome de intestino irritable. Se realizó un diseño con obtención de datos de cuestionarios y se evaluó la realización de 6 procedimientos quirúrgicos; la relación entre esos procedimientos y el síndrome de intestino irritable se analizó entre 201 participantes, seleccionados en forma aleatorizada. Los resultados de la investigación mostraron que el síndrome de intestino irritable fue evidente en 5.2% de hombres encuestados y 7.5% de mujeres. Las personas con y sin padecimiento de síndrome de intestino irritable, informaron respectivamente la existencia de los siguientes procedimientos guirúrgicos: colecistectomía (12.4% versus 4.1%), apéndice (21.1% versus 11.7%), histerectomía(33.2% versus 17.0%), cirugía arterial coronaria(2.8% versus 2.4%). Los autores manifestaron que el diagnóstico de síndrome de intestino irritable, se asoció en forma independiente con índices aumentados de colecistectomía, cirugía de apéndice, histerectomía y en menor extensión, cirugía dorsal. La indicación quirúrgica pudo estar relacionada con errores diagnósticos, factor que se presentó asociado en otras series. La implementación del trabajo en equipos multidisciplinarios, puede contribuir a la reducción de las cirugías. Los investigadores sugieren la recolección de datos de cohortes de poblaciones más amplias, que utilicen criterios válidos diagnósticos del síndrome de intestino irritable así como también de los signos y síntomas, tratados por cirugía.

CONTROVERSIAS DE LA CIRUGIA TEMPORAL COLORRECTAL

Complicaciones de la ileostomía y la colostomía temporarias

Bangkok, Tailandia:

Existen controversias y ausencia de pruebas categóricas suficientes que destaquen la importancia de una técnica, en comparación con la otra. Se sugiere la realización de estudios aleatorizados, controlados, en grandes poblaciones.

Fuente científica:

[Asian Journal of Surgery 27(3): 202-210, Jul 2004] - aSNC

Autores Lertsithichai P y Rattanapichart P

Existe en la actualidad abundante controversia referida a la superioridad de la ileostomía temporal versus colostomía, como forma de tratamiento paliativo inicial de pacientes con enfermedad colorrectal. Con el objetivo de la comparación de los resultados de ambas técnicas, dos investigadores independientes condujeron una búsqueda sistemática de estudios controlados aleatorizados, en MEDLINE, base de datos Cochrane, revisiones de publicaciones de medicina basada en la evidencia, así como listado de referencias de importancia, en revistas científicas relevantes. Se analizaron los resultados de cinco estudios aleatorizados controlados, que fueron incluidos en el presente metaanálisis. La información recopilada fue objeto de comparación entre ambos grupos, según las técnicas utilizadas. La heterogeneidad clínica fue investigada con el examen de la metodología y la selección de pacientes, descriptos en cada ensayo. Los resultados de la investigación mostraron que la colostomía temporaria presentó mayor probabilidad de complicaciones a nivel del estroma, en pacientes con cáncer colorrectal, sometidos a cirugía electiva, y evidenciaron mayor predisposición a la aparición de infecciones y complicaciones a nivel de la herida. La ileostomía temporaria se acompañó de mayor cantidad de complicaciones quirúrgicas luego del cierre. Los autores concluyeron que no existen hasta este momento datos categóricos referidos a la superioridad de una u otra técnica, para el tratamiento de pacientes con enfermedad colorrectal; es posible que ambos procedimientos sean realizados en el futuro en forma complementaria, en diferentes subgrupos de pacientes, en lugar de ser considerados competidores. Se sugiere la realización de amplios estudios aleatorizados controlados, para la obtención de información y resultados concluyentes.

©RESULTADOS DEL MANEJO QUI RURGICO DE LAS LESIONES DEL NERVIO FEMORAI

Presentación de 119 casos.

Stanford, California, EE.UU.:

Pese a que frecuentemente las lesiones graves en niveles proximales requieren reparación con grandes injertos, las reparaciones de las lesiones del nervio femoral dieron como resultado una buena recuperación funcional.

Fuente científica:

[Journal of Neurology 100(6):989-996, Jun 2004] - aSNC

Autores

Kim, D.; Murovic, J.; Tiel, R. y Kline, D.

En este estudio los autores presentan una revisión retrospectiva de 119 lesiones nerviosas femorales en el muslo y pelvis atendidas en el Louisiana State University Health Sciences Center (-LSHSC- Centro de Ciencias Médicas de la Universidad del Estado de Louisiana). En el estudio fueron evaluados los mecanismos de lesión, las lesiones resultantes, el manejo quirúrgico y los resultados funcionales posquirúrgicos. La lesión del nervio femoral puede afectar la flexión de la cadera del paciente y la extensión de la rodilla cuando camina, al levantarse de una silla y al subir escaleras, y por lo tanto puede causar un impacto importante en muchas actividades diarias. Los músculos responsables de estas maniobras son el músculo psoas-ilíaco inervado por el nervio femoral a nivel pélvico y el grupo muscular del cuadriceps a nivel del muslo. Además de la discapacidad para la función motora que involucra al cuádriceps y a los demás músculos inervados por el femoral, existe usualmente una pérdida de sensibilidad en la parte antero- medial del muslo y en el territorio femoral suplido por el safeno, es decir la mitad de la rodilla, la pierna y el empeine del pie. Las lesiones del nervio femoral pueden estar asociadas usualmente con lesión vascular grave e incluso fatal. La lesión femoral más común descripta en la literatura es el traumatismo penetrante en la ingle, y las lesiones iatrogénicas surgidas tanto de las herniorrafias abiertas como laparoscópicas, y por las exposiciones laterales de la cadera durante los reemplazos totales de cadera. La lesión del nervio femoral ocurrida durante una operación abdominal se cree que está causada por la auto-retracción, y la incidencia está estimada en 0.12%. Los pacientes con hemofilia experimentan el 30% de sus episodios de sangrado en los músculos, y si dicho sangrado ocurre en el músculo Psoas-ilíaco existe un 37% de probabilidad de involucrar al nervio femoral. El hematoma ilíaco resultante de la lesión del nervio femoral puede ocurrir en pacientes que están recibiendo heparina o profilaxis para la trombosis venosa profunda, en los traumatismos en los cuales existe una lesión directa de abdomen, o luego de la hiper extensión de la cadera. En la serie presentada por los autores la principal lesión fue iatrogénica, sin embargo, las fracturas pélvicas o de cadera, las heridas por arma de fuego, y las laceraciones fueron también lesiones comunes que dañaron al nervio femoral. La mayoría de los artículos publicados acerca de este tema son informes de casos o recopilación de pequeñas series. El propósito de los autores de este artículo es presentar una gran serie de lesiones del nervio femoral tratadas quirúrgicamente. Para ello estudiaron las lesiones de dicho nervio tratadas entre el año 1967 y el 2000 en el LSHSC. Todas ellas fueron evaluadas respecto de los mecanismos de lesión, las lesiones resultantes, el manejo quirúrgico y la funcionalidad posquirúrgica mediante cuadros de revisión retrospectivos. El mecanismo de lesión más común fue el iatrogénico (52 casos), el cual ocurrió luego de una hernia u operación de cadera (10 casos cada una), seguida de procedimiento de bypass arterial, procedimientos o ginecológicos (8 cada uno), angiografía (7 casos), cirugía abdominal (5 casos), apendicectomía (2), una (1) laparoscopia y una simpatectomia lumbar. Otros mecanismos de lesión fueron las fracturas pélvicas y de cadera, las heridas de arma de fuego, las laceraciones. Los 30 tumores de nervio femoral y las lesiones quísticas consistieron en neurofibromas, schwannomas, quistes gangliónicos y un leiomiosarcoma. Cuarenta y cuatro pacientes se sometieron a neurolisis. Algunos presentaban potenciales de acción nerviosa a lo largo de la lesión continuamente, pese a la grave pérdida distal. Otros con la misma situación tenían perdida moderada, pero también experimentaron problemas de dolor, que fue aliviado por neurolisis. En 36 pacientes, en los cuales la reparación se realizó mediante grandes injertos surales para lesiones en

su mayoría en nivel pélvico, la recuperación funcional ocurrió. Ocho de nueve reparaciones al nivel del muslo condujeron a una mejoría del nivel funcional bastante buena. La mayoría de los tumores y las lesiones quísticas fueron resecadas, con preservación de la función preoperatoria. Los autores concluyen que la mayoría de las lesiones del nervio femoral dan como resultado registros continuos intraoperatorios de potenciales de acción nerviosa, los cuales son esenciales para evaluar la regeneración nerviosa a lo largo de las lesiones. Pese a que las lesiones en niveles proximales graves requieren frecuentemente reparación con grandes injertos, las reparaciones de las lesiones del nervio femoral dieron como resultado una buena recuperación funcional.

LA DISCECTOMIA LUMBAR PERCUTANEA ES UTIL PARA EL DOLOR DE ORIGEN DISCAL

Estudio realizado en pacientes con dolor en miembros inferiores.

Houston, EE.UU.

La discectomía lumbar percutánea puede ser exitosamente integrada al algoritmo de tratamiento para los pacientes con dolor crónico de origen discal en miembros inferiores.

Fuente científica:

[Pain Practice 4(1):19-29, Mar 2004] - aSNC

Autores

Aló, K.; Wright, R.; Sutcliffe, J. y Brandt, S.

El dolor de origen discal de los miembros inferiores es la causa principal de gastos médicos en los EE.UU., y afecta aproximadamente a 10 mil millones de personas con un costo estimado de más de 20 mil millones de dólares. Este dolor es comúnmente causado por interrupción del disco intervertebral. La discectomía abierta ha alcanzado gran aceptación debido a que reduce la presión dentro del disco intervertebral y la raíz nerviosa adyacente. La eficacia de este abordaje puede ser limitada sin embargo, por la re-herniación y la necesidad de reoperación dependiendo de la cantidad de invasión anular. Como resultado, la discectomía abierta puede resultar inefectiva para disminuir el dolor discogénico del miembro inferior y asociarse con complicaciones. Más aún, la discectomía abierta tiene un papel limitado en el manejo de las herniaciones contenidas de disco, no operables, dolorosas donde las estrategias no quirúrgicas también fallan habitualmente. Como resultado, una gran cantidad de tratamientos intradiscales percutáneos ha evolucionado durante las últimas tres décadas, dichos tratamientos se centran específicamente en esta patología discal. Estas terapéuticas son: la quimionucleolisis, la nucleotomía automática o manual percutánea, el tratamiento con láser, la anuloplastía intradiscal térmica y la nucleoplastía; la mayoría de estos tratamientos fueron diseñados para reducir la presión intradiscal. Cada uno de estos tratamientos tiene sus limitaciones y los índices de éxito varían considerablemente. Ninguno de ellos sin embargo, ha permitido la extracción de cantidades cuantificables de núcleo pulposo mediante una vía introductora de 17 gauge solamente con quía fluoroscópica. El objetivo de los autores de este artículo fue describir los resultados a los seis meses, de una cohorte inicial de 50 pacientes en quienes se realizó una discectomía lumbar percutánea (DLP)con una sonda de 1,5 mm "DEKOMPRESSOR®". Según los autores, en esta serie de casos la DLP dio como resultado una mejora significativa en la funcionalidad, los puntajes de dolor y la satisfacción de los pacientes, que habían sido cuidadosamente seleccionados por su dolor radicular. Más aún, los pequeños volúmenes de remoción de disco se alcanzaron de manera objetiva en todos los pacientes con un promedio de tres minutos. Interrupciones anulares menores y pequeños volúmenes de extracción del disco deberían limitar la futura degeneración discal y mejorar la eficacia a largo plazo. El seguimiento con resonancia magnética también demostró disminución posoperatoria en las herniaciones contenidas tratadas. Más aún, estos estudios no demostraron evidencia de fragmentación o falla mecánica. Las muestras discales por aspiración también fueron clínicamente útiles. Primero porque fueron la evidencia

Colección Trabajos Distinguidos, Serie Cirugía, Volumen 2, Número 4

objetiva de que el disco fue removido y del carácter celular del material y brindaron mediciones cualitativas y cuantitativas. Segundo, este análisis celular confirmó una falta de lesión tisular en todas las muestras, convalidando los análisis preclínicos de laboratorio. Tercero, el tamaño de la muestra ha sido una referencia clínica cuando se estadificó el tratamiento de la herniación residual. Finalmente, brindó pruebas fotográficas de la remoción del disco, de estándares hospitalarios necesarios de los pacientes, pruebas útiles para los seguros médicos. En el futuro, las muestras de disco pueden brindar también análisis terapéutico de la arquitectura interna. Esta mirada mejora el diagnóstico y el tratamiento de las condiciones discogénicas. En conclusión los autores afirman que en esta cohorte preliminar se obtuvieron remociones de disco seguras y eficaces, y alivio del dolor sin complicaciones a los seis meses. La DLP puede ser exitosamente integrada al algoritmo de tratamiento conservador para los pacientes con dolor discogénico crónico de miembros inferiores. Los resultados a largo plazo son promisorios en cuanto al mantenimiento y mejoramiento de los resultados, aunque se necesitan más estudios para corroborarlos.

Trabajos Distinguidos, Cirugía, integra el Programa SIIC de Educación Médica Continuada