

REVISTA DE REVISTAS

R
R LITIGIO MÉDICO POSTERIOR A UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.
De Reuver PR, et al. J Am Coll Surg 2008; 206: 328-334

Los autores presentan la experiencia en los Países Bajos en torno a un tema de creciente interés, cual es el de la responsabilidad médica y los litigios por *mal practice*. Si bien las situaciones legales pueden ser muy diferentes en los distintos países, es ilustrativo saber qué ocurre en un país europeo, en contraste con la más conocida experiencia norteamericana. El trabajo se centró en los litigios por Lesión de Vía Biliar (LVB) post-colecistectomía laparoscópica (CL). En Estados Unidos, por esta causa, la responsabilidad es reconocida entre el 16% y el 60% de los casos, con juicios que tardan entre 3 y 6 años; las indemnizaciones promedio son de US \$ 500.000.

En los Países Bajos, se realizan alrededor de 17.000 CL cada año. Los autores han estimado una tasa del 0,5% al 0,8% de LVB, de las cuales 0,2% corresponden a una transección completa. Para esta revisión de 113 pacientes con litigio por LVB post CL, hubo un 22,1% de conversión de CL a cirugía abierta.

Pues bien, este estudio demostró que la tasa de litigio por LVB post CL había permanecido estable en los últimos 13 años, y se situó en torno al 0,08% de los casos. De ellos, la gran mayoría se había resuelto dentro de una duración media de 2 años. En el 69% de los casos (completados al momento del estudio), la demanda fue rechazada y sólo en el 18% ésta fue acogida. Las demandas acogidas se asociaron a muerte del paciente y a una significativa pérdida de los ingresos del paciente por las secuelas. En estos últimos casos, los pagos compensatorios promedio fueron cercanos a los 10.000 euros, con un límite máximo de 55.000 euros. Los rechazos de las demandas se fundaron, generalmente, en que las LVB no fueron clasificadas como negligencia ni *mal practice* cuando se habían tomado medidas para prevenir la LVB y la lesión fue diagnosticada sin una extensiva demora. Sin embargo, el 29,2% de las lesiones fue conocido después del alta hospitalaria. Se estimó que en la gran mayoría, los procedimientos fueron efectuados por cirujanos competentes y que habrían

vuelto a actuar del mismo modo en casos similares. Pero, cuando la documentación médica era incompleta y existía una relación clara entre la lesión y el deterioro físico o económico, se acogió el reclamo a favor del paciente.

En los Países Bajos existe un sistema de mediación de los conflictos médicos, que es el que conduce todos los litigios por *mal practice* y permite concluir más aceleradamente los conflictos, con los resultados mencionados. Los autores llaman a interpretar los resultados con precaución, dadas las diferentes situaciones entre centros europeos y norteamericanos, pero que deben ser tenidos en cuenta para el análisis de los centros locales.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Santiago, Chile

R
R TRASPLANTE DE PÁNCREAS EN PACIENTES SOMETIDOS A PANCREATECTOMÍA TOTAL POR PANCREATITIS CRÓNICA
Gruessner RWG, et al. J Am Coll Surg 2008; 206: 458-465

Cuando todos los posibles tratamientos para aliviar el dolor ocasionado por una pancreatitis crónica han fallado o no son aplicables, se ha indicado la pancreatectomía total (PT). Si bien el procedimiento quirúrgico hoy es bien logrado, persiste como secuela la completa insuficiencia pancreática exo y endocrina. La primera complicación es manejable con suplementación, pero la diabetes que se desarrolla en ese estado es de tan difícil control, que explica la muerte de casi el 50% de los pacientes, en un período alejado.

Hasta hace unos años, la idea de realizar un trasplante post resección total del páncreas prácticamente no era planteable, y de hecho, de acuerdo al Registro Internacional de Trasplantes Pancreáticos, sólo el 0,1% de ellos se había efectuado después de una PT por pancreatitis crónica. Sin embargo, a partir de la década de los 90, con nuevos inmunosupresores, la tasa de supervivencia de un aloinjerto de páncreas mejoró significativamente.

Por este motivo, los autores, de la Universidad de Arizona, iniciaron en 1986 una experiencia para aliviar con el alotrasplante de páncreas a un seleccionado grupo de pacientes.

En este centro, entre 1986 y el 2007, se efectuaron 1.901 trasplantes de de páncreas. En un tercio de ellos se trató de un trasplante simultáneo de riñón y páncreas en pacientes diabéticos urémicos y en un 27% de un trasplante sólo de páncreas en pacientes no urémicos. Fueron 18 pacientes los que recibieron 26 órganos (1,3%) luego de una PT por pancreatitis crónica, en promedio cinco años más tarde de la cirugía resectiva inicial. Todos tenían una diabetes incontrolable, crisis hipoglicémicas con pérdida de conciencia o habían desarrollado una diabetes con complicaciones secundarias.

Los autores, de la Universidad de Minnesota, colocan así esta técnica como una alternativa más para el tratamiento de los pacientes con pancreatitis crónica; ella se suma a los procedimientos de drenaje, a las resecciones parciales de la glándula, al autotrasplante de células acinares al momento de la pancreatectomía y al autotrasplante de páncreas al momento de la pancreatectomía total.

Los resultados demuestran que el injerto tiene una sobrevida del 70% bajo inmunosupresión y se puede suplir exitosamente tanto la insuficiencia endocrina como exocrina.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.
Facultad de Medicina
Universidad de los Andes
Santiago, Chile