Manejo no operatorio del trauma esplénico*Böyük A, Gümüş, Önder A, et als. Eur J Trauma Emerg Surg. 2011;37:1-7.*

El manejo no operatorio (MNO) del Trauma Esplénico (TE) es una opción válida de tratamiento; diversos estudios así lo confirman. Los criterios para aplicarlo son: estabilidad hemodinámica y ausencia de otras lesiones que requieran resolución quirúrgica. A ello hay que agregar la gravedad de la lesión esplénica. Sin embargo, el TE suele insertarse en un Politraumatismo, y en ese contexto, constituye una parte de la evaluación general del paciente. En este escenario, hay que prestar una consideración especial a la gravedad del ISS, Escala de Coma de Glasgow, otras lesiones extra abdominales y transfusiones. También, la presencia de coagulopatía, insuficiencia hepática, uso de anticoagulantes y déficit de factores específicos de coagulación.

Los criterios de inclusión aplicados por los AA comprendieron: 1) estabilidad hemodinámica, con o sin resucitación (presión sistólica sobre 90 mmHg), 2) ausencia de signos peritoneales y 3) ausencia en TC de otras lesiones intra y retroperitoneales de resolución quirúrgica.

Los accidentados fueron separados en 2 grupos: a) aquellos seleccionados para MNO, irrelevante de la gravedad de la lesión esplénica, y b) aquellos en

que fracasó el MNO y requirieron resolución quirúrgica. Los pacientes hemodinámicamente inestables fueron llevados de inmediato a quirófano. El grupo de MNO fue sometido a estudio de imágenes (US o TC) y la gravedad de la lesión esplénica fue graduada según la Escala de Gravedad de la American Association for the Study of Trauma (AAST). Se indicó restringir aporte oral, hidratación parenteral y reposo absoluto. Se efectuó monitoreo de signos vitales, y examen seriado abdominal y de hemoglobina.

En un estudio retrospectivo, entre Enero de 2005 y Abril de 2011, los AA analizaron 206 pacientes consecutivos con TE, ingresados al Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Dicle, Turquía. De ellos, 159 (77,2%) no cumplían criterios de inclusión. Los restantes 47 (22,8%), fueron considerados para MNO y conforman este estudio. De ellos, 43 correspondieron a lesiones contusas. Se constató fracaso del MNO en 7 casos (14,9%), que requirieron esplenectomía.

El análisis muestra que el fracaso del MNO se expresó especialmente en el grupo con mayor gravedad de lesión esplénica, y que este fue el factor de mayor significación y repercusión en el resultado y pronóstico.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
Hospital del Trabajador
Santiago, Chile

Resección hepática laparoscópica: análisis de 300 casos. *Cannon RM, et al. J Am Coll Surg. 2011;213:501-7.*

Los autores, de la Universidad de Louisville, presentan la segunda mayor experiencia de un centro en resecciones hepáticas vía laparoscópica. En un período de 10 años han efectuado 300 resecciones consecutivas y para el análisis las han dividido en grupos de a 100. Se efectuó un análisis uni y multivariable sobre las complicaciones de grado 3 o más, de acuerdo a la escala de Clavien-Dindo.

La edad promedio de los pacientes fue de 54 años y el porcentaje de cirugía sobre un hígado cirrótico aumentó de 11% a un 20%. Se mantuvo la proporción (entre 40% y 47%) de pacientes con patología maligna. Al mismo tiempo, creció el número de pacientes con cirugía hepática previa (2% a 13%) y la media de segmentos resecados aumentó de 2 a 3. Con todo, no aumentó la hemorragia intraoperatoria que se mantuvo en 150 mL y el tiempo operatorio disminuyó de una media de 3 h a 2,25 h. La asistencia manual varió entre un 79% al inicio a un 60% en el período más reciente. Se registraron 4 conversiones a cirugía abierta. Los autores enfatizan la necesidad de una completa movilización hepática previa a la resección del parénquima y la ventaja de utilizar *stapler EndoGIA®* tanto para la transección profunda del

parénquima como para el control vascular y biliar.

La tasa de complicaciones mayores disminuyó de un 14% a un 11%, y la mortalidad cayó de un 3% a un 1%. Los primeros casos de fallecimiento se asociaron a inexperiencia en pacientes con hígado cirrótico y en resecciones posteriores.

Los autores plantean que, con el tiempo, muchas de las resecciones hepáticas tendrán como primera opción un abordaje laparoscópico, como es el caso de una segmentectomía lateral izquierda. Además, un tamaño de 5 cm sería el límite para optar por un abordaje laparoscópico segmentario.

De su análisis se desprende que la cirugía hepática laparoscópica requiere de un equipo entrenado en cirugía abierta del hígado y técnicas laparoscópicas avanzadas, estimando que la curva de aprendizaje se logra con 30 a 50 resecciones menores; en cambio, resecciones centrales, lobectomías formales y segmentectomías posteriores derechas requieren unos 60 a 80 casos.

La evidencia actual demuestra que la cirugía hepática laparoscópica reduce el tiempo operatorio, las pérdidas sanguíneas, la necesidad de transfusiones, el dolor postoperatorio, la estada en Unidad de Cuidados Intensivos y los días de hospitalización.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile