Apendicectomía abierta y laparoscópica en pacientes obesos. *Mason RJ et al. J Am Coll Surg. 2012;215:88-100*

Siendo la apendicectomía una de las cirugías más frecuentes, y que en Estados Unidos las tasas de obesidad sobrepasan el 30% de la población, los autores quisieron objetivar si existía alguna diferencia significativa en los resultados a corto plazo post-apendicectomía, según fuera ésta abierta (AA) o laparoscópica (AL). Si bien hay trabajos sobre este tema, aún no se ha establecido el *gold standard*.

El objetivo de este trabajo fue, entonces, comparar los resultados entre AA y AL en pacientes con Índice de Masa Corporal (IMC) mayor de 30%, hasta los 30 días del postoperatorio. Se midió morbilidad, mortalidad y días de hospitalización. Se obtuvo información de la base de datos del *American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program*, entre los años 2005 y 2009.

Se analizó la evolución de 13.300 pacientes obesos que experimentaron una apendicectomía, laparoscópica (78% de los casos) o abierta (22%). La relación entre tipo de apendicectomía y resultados, fue primero estudiada por medio de un análisis de regresión logística y luego estos pacientes se compararon con otros pacientes con similares características de acuerdo a las definiciones de factores de riesgo del *National Surgical Quality Improvement Program*.

Los resultados mostraron que la AL se asoció a una reducción del 57% de la morbilidad y que la hospitalización se redujo en 1,2 días cuando la apendicectomía había sido laparoscópica. Para todas las categorías de apendicitis, la hospitalización media fue de 2,8 días en AA y de 1,6 en AL. Las diferencias en morbilidad y días de hospitalización fueron aún más significativamente diferentes en pacientes con IMC mayor de 40 y de 50. La mortalidad fue similar para ambos abordajes (0,06% y 0,02% de mortalidad en apendicitis no complicada, para AA y AL respectivamente).

Las diferencias en la morbilidad estuvieron dadas por un significativo mayor índice de infección superficial y profunda asociada a la AA (superficial 5,2% versus 1,3% e infección profunda 2,2% con AA y sólo un 0,4% en AL).

El tiempo operatorio fue significativamente menor en AL, tanto para los casos de apendicitis complicada como para las no complicadas, siendo de 63 min en AA y de 52 para las AL.

Los autores concluyen, por tanto, que la AL tiene mejores resultados en pacientes obesos cuando se compara con AA, después de considerar los factores de riesgo. Todo esto puede tener importante impacto en los costos finales.

Dr. Ricardo Espinoza G.

Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Pancreatectomía distal laparoscópica: tendencias y lecciones aprendidas en 11 años de experiencia. *Kneuert PJ et al. J Am Coll Surg. 2012;215:167-76*

En el año 1996 Gagner comunicó la primera experiencia en pancreatectomía distal laparoscópica (PDL). Sucesivamente se sumaron publicaciones sobre las ventajas de este abordaje sobre la cirugía abierta, aumentando progresivamente las indicaciones. No obstante, las series se restringen a centros que raramente practican más de 10 casos por año. En este artículo, los autores, del Instituto de Cáncer de la Universidad de Emory, dan a conocer su experiencia sobre 132 pacientes operados entre los años 2000 y 2011. Dividieron su casuística en dos grupos, aquel inicial de 66 pacientes operados hasta el año 2007 y los restantes 66 entre los años 2008 y 2011. Se consideraron estadísticamente significativas aquellas diferencias con una *p* mayor a 0,05.

Observaron que para la serie total, el 34,8% era obeso. Le edad media fue de 59 años, con predomi-

nio del sexo femenino (61,4%), sin que existieran diferencias entre los dos grupos de pacientes. Para toda la serie un tercio de los pacientes tenía al menos una condición de comorbilidad; sin embargo, en el período reciente más pacientes presentaban este factor (74,2% y 50%), además de que esas condiciones de comorbilidad eran más graves en el grupo reciente. A la vez, progresivamente aumentaron las resecciones sobre cuerpo y cuello de la glándula, lo que se reflejó en la longitud del espécimen resecado, que aumentó de 8,3 cm a 10,6 cm. En ambos grupos se asoció una esplenectomía en más del 80% de los casos. Las lesiones reseçadas eran quísticas en la mitad de los casos y se trató de un adenocarcinoma en el 8,3%. Los márgenes positivos bajaron de 6,0% a un 1,5%. Se redujeron los tiempos operatorios de 172 min a 141, reduciéndose a la vez el uso de un "hand port" de 66,6% de los casos a un 25,8%.

Para toda la serie, la mortalidad a los 30 días fue inferior al 1%, pero las complicaciones se redujeron de un 43,2% a un 12,9%. La más frecuente fue la fístula pancreática en el 21,2% de los pacientes. Esta

tasa de complicaciones se observó estadísticamente ligada a la clasificación preoperatoria de riesgo (*Complication risk score*, CRS), encontrándose que aquellos pacientes con un mayor CRS tuvieron cirugías más largas, más fistulas complejas, más infecciones de herida, requirieron más transfusiones, más complicaciones mayores y fueron más frecuentemente readmitidos en Cuidados Intensivos y rehospitalizados. La tasa global de conversión alcanzó el 6,1%, observándose que aquellos pacientes resueltos completamente en forma laparoscópica tuvieron una hospitalización más breve que cuando

la resección fue asistida manualmente (5,3 y 6,8 días respectivamente).

Los autores también dan cuenta que en el período, hubo una tendencia a utilizar más frecuentemente un abordaje de medial a lateral.

Se concluye que con el tiempo, han podido ampliar la técnica laparoscópica, con buenos resultados, a pacientes más complejos y con tumores más proximales.

Dr. Ricardo Espinoza G.

Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

Valor del ecodoppler seriado para detectar trombosis venosa profunda en extremidades inferiores en trauma. Bandle J, Shackford SR, Kahl JE y cols. *J Trauma* 2013;74:575-80

A pesar del uso de Profilaxis Tromboembólica (PTE), el Tromboembolismo Venoso (TEV), sigue siendo una complicación muy frecuente en Trauma (28%). La mayoría de los casos son clínicamente silentes. Por ello, en muchos Centros de Trauma su rastreo sistemático se efectúa mediante ECODoppler (ECOD). Los AA evalúan la utilidad vs costo, en accidentados estratificados según Grupos de Riesgo para TEV.

En el Centro de Trauma Nivel I del Scripps Mercy Hospital (San Diego), los AA realizan Estudio Retrospectivo a 2.169 pacientes hospitalizados (2006-2009), con riesgo estratificado para TEV, clasificados en: Moderado (M), Alto (A) y Muy Alto (MA). Los enfermos reciben seguimiento semanal con ECOD y los de UCI, bisemanal. Según categoría de Riesgo (American College of Chest Physicians, 2008): M: 220 pacientes, A: 1.173 y MA: 776. Según localización del trombo, se agrupan en bajo rodilla (BA) y sobre rodilla, incluyendo segmento iliaco (SR). También, se valoró condición del trombo: reciente, crónico, persistente, propagado o

involucionado. Todos los enfermos recibieron PTE, farmacológica y mecánica. En contraindicación a estos, se instala Filtro en Vena Cava Inferior (FVCI). Los pacientes en categoría MA, suelen ser de mayor edad, con lesiones traumáticas más severas y peor pronóstico.

Desarrollaron TEV 196 pacientes (9%). Bilateral, en 43 de ellos. Mediante ECOD, se pesquisó TVP en 17% del grupo de MA riesgo, 5% en A y < 0,1% en M. En los MA se realizaron más frecuentes controles evolutivos de ECOD. BR en 158 casos y SR en 81. A pesar de PTE, un 22,3% de BR se propagan a proximal. Embolia Pulmonar (EP), pesquisada por AngioTAC, en 29. Fallecieron 69 pacientes (3,2%) Sólo 3 a causa de EP.

El concepto introducido por los AA, es estratificar los Politraumatizados según categoría de Riesgo para TEV. El mayor valor del ECOD está en el grupo de accidentados de MA riesgo. Especialmente en aquellos asintomáticos. Siendo una pesquisa de enorme utilidad clínica no debe restringirse, especialmente en los grupos A y MA. Ello, permite tratar la TVP, disminuyendo riesgos de morbilidad, mortalidad y Síndrome Postflebítico (29%).

Dr. Ricardo Sonneborn G.

Hospital de la ACHS. Santiago, Chile.