

Colecistectomía Laparoscópica: Experiencia en 2006 casos

F. Dubois, G Berthelot, H. Levard. (París, Francia)
World J. Surg 19,748-752,1995.

Entre 1988 y 1992 se realizaron 2006 colecistectomías laparoscópicas (CL) en el Hospital Internacional de la Universidad de París. Tres cirujanos emplearon la Técnica Francesa incluyendo colangiografía intraoperatoria. El 15,8 % de los pacientes eran obesos, el 3,7% tenía insuficiencia ventilatoria. Una Colecistitis estaba presente en el 12,5% y litiasis coledociana en el 4,1%. La presencia de estas eventualidades es una buena indicación para la CL. Solamente el 2,1% de los casos tuvo que ser convertido a cirugía abierta.

El índice de complicaciones fue de 2% (43 casos) : en 25 pacientes las complicaciones fueron extra-biliares y en 15 fueron relacionadas con el árbol biliar. Sólo un paciente falleció. La Colangiografía Intraoperatoria (CI) no es efectiva en prevenir las complicaciones biliares dado que aquellas ocurridas durante este estudio no fueron reconocidas o evitadas por ella. La CI sólo la indicamos selectivamente para detectar litiasis en pacientes con factores de riesgo de litiasis coledociana. El tratamiento laparoscópico de estas litiasis es aún controvertido.

F. Heinen.

Factores predictivos de recurrencia en la obstrucción intestinal por adherencias.

(Factors Predicting the recurrence of Adhesive Small-bowel Obstruction)

H. Barkan, S. Webster, S. Ozeran (Oakland, USA)
Am J Surg 170:361-365,1995.

Se discute desde hace tiempo si los pacientes estables con oclusión intestinal por adherencias o bridas (OIA), son mejor manejados quirúrgicamente o médicamente. Además los factores predictivos de recurrencia nunca fueron establecidos.

Los autores realizaron un estudio retrospectivo sobre 31 pacientes operados por OIA y 59 pacientes con OIA manejados médicamente. Su seguimiento se extendió por 12,8 años luego del diagnóstico de OIA. Los resultados del estudio estadístico demuestran que un segundo episodio ocurre en el 53% de los casos con OIA diagnosticada inicialmente y la recurrencia luego de un 2º o 3º episodio es del 85% o más. La recurrencia fue mucho más rápida luego del 3º o posteriores episodios que luego del 1º episodio de OIA. La recurrencia ocurrió más frecuentemente y antes en los pacientes que recibieron tratamiento conservador, comparados con los que fueron operados. Esta diferencia fue estadísticamente significativa después del 2º episodio de OIA. Por lo tanto el número de episodios anteriores es el factor predictivo más importante y la estrategia óptima de manejo estará en función de ese antecedente. El tratamiento conserva-

dor es razonable para pacientes estables en su primer episodio de OIA. La indicación quirúrgica es mejor para aquellos que sufren un 2º episodio. Ninguna estrategia logra una evolución diferente en los pacientes que cursan un 3º o posteriores episodios de OIA.

F. Heinen.

Marcapaso diafragmático en niños con el síndrome de hipoventilación alveolar central congénita (SHACC)

(Diaphragmatic pacing in children with congenital central alveolar hypoventilation syndrome (CCAHS))

H Flageole, VR Adolph, M Davis, JM Loberge et al. (Montreal, Canada)
Surgery 118:25-8,1995

Se comunica el resultado del empleo de un Marcapaso Diafragmático en 3 niños con SHACC. Este síndrome, descrito en 1970 y del que se han reportado 200 casos, es un desorden central del control respiratorio caracterizado por falta de respuesta respiratoria a la hipercapnia e hipoventilación. En el SHACC hay una ausencia de patología neuromuscular periférica o patología pulmonar. Dos de estos pacientes con SHACC tienen además aganglionosis colónica.

La inserción bilateral de los marcapasos del nervio frénico se realizó a los 1, 2 y 5 años de edad por una toracotomía axilar bilateral en el tercer espacio en 2 casos y una toracotomía anterior en el restante. Un bolsillo subcutáneo en ambos flancos fue realizado para alojar el marcapaso de cada hemidiafragma.

En todos los pacientes se activaron los marcapasos los 7 días de colocados y un paciente no presentó falla en el equipo ni otra complicación por 4 años. Un paciente tuvo su marcapaso durante 6 meses sin complicaciones. El tercer paciente a quien se colocaron marcapasos bilaterales en 1984 tuvo complicaciones en los bolsillos subcutáneos en 2 ocasiones y empiema por estafilococos que obligó a retirar un electrodo por 6 meses con una reinserción exitosa posterior.

Todos los pacientes se manejan actualmente con asistencia respiratoria mecánica durante el sueño y marcapaso diafragmático en las horas de vigilia.

El SHACC debe ser conocido por los cirujanos pediátricos ya que puede ser tratado con marcapasos quirúrgicamente implantados cuyo índice de complicaciones es aceptable y puede mejorar la calidad de vida y la actividad de los pacientes. El SHACC puede asociarse a la enfermedad de Hirschsprung y otras neurocrestopatías (neuroblastoma, ganglioneuroma, disfunción hipotalámica).

F. Heinen