

EXTRACTOS DE REVISTAS

COLECISTITIS AGUDA EN EL PERIODO POSTOPERATORIO (Acute Cholecystitis in the Postoperative Period), Ronald J. Knudson M. O., Williams F. vuber M, D. Ne- Oriens, Louisiana. The New England Journal of Medicine. Vol. 1269, N° 6, Pág. 289, August 8, 1963.

Fiebre, dolor, íleo y malestar general son tan comunes después de cualquier procedimiento **quirúrgico** que la presencia de una emergencia **quirúrgica** está enmascarada por estas secuelas postoperatorias. La colecistitis aguda después de **cualquier** procedimiento quirúrgico constituye una emergencia. Los autores hacen un estudio del problema comparando la experiencia de la Clínica Ochsner por un período de veinte años que termina en febrero 1963, con otros recolectados en la literatura médica.

Durante este periodo en el Hospital Ochsner Foundation se presentaron 19 pacientes con colecistitis aguda después de operaciones por enfermedades diversas, 17 se recuperaron completamente y 2 murieron, '7 fueron tratados por colecistectomía y dos por colecistostomía.

En dos pacientes se exploró el conducto común y en uno de ellos se encontraron cálculos.

Solamente unos pocos casos habían sido descritos en la literatura antes de 1947, cuando Gleen report 17 pacientes con colecistitis aguda subsiguientes a operaciones no relacionadas al sistema biliar, después se han sumado más informes sobre el conocimiento de esta enfermedad.

A pesar de que la colecistitis con calculosis es más frecuente en las mujeres, **la colecistitis** aguda postoperatoria ocurre más frecuentemente en hombres en una proporción de 2 a 1. En 98 casos publicados por Thompson y asociados, 76% fueron del sexo masculino.

En cuanto a la edad, el 50% fueron pacientes mayores de sesenta años. De los casos informados por los autores del presente artículo. 6 de los 19 casos (31.6%) no tenían cálculos, mientras que Thompson y asociados encontraron que el 53.1%, de los pacientes informados por ellos, no presentaban cálculos, lo que es contrario a lo usual en las **colecistitis agudas** en que no se han encontrado cálculos entre el 10% al 10%. Diversos autores han encontrado esta enfermedad con frecuencia después de prosectomías, sin que *en* realidad haya relación de causa a efecto.

En este artículo se hace una relación sobre la causa que podría provocar una **Colecistitis** Aguda en el periodo postoperatorio, dándole mayor énfasis a las diversas

condiciones que dan por resultados estasis biliar, siendo esto el principal factor en su patogenia. Se recomienda un tratamiento quirúrgico lo más pronto posible des-pues de haberse sospechado el diagnóstico.

Dr. Virgilio navegas M.

OBSTÁCULOS DE VACIAMIENTO EN LAS VÍAS URINARIAS ALTAS

(Prof. Z. Kairu. "TRIANGULO", ¿V» 1, Página 315, 1963).

Se sabe desde hace mucho tiempo que la Hidronefrosis, el ejemplo más **representativo** de los trastornos del vaciamiento de las vías urinarias altas, no representa una entidad clínica independiente. Se trata más bien de un síndrome que puede ser ocasionado por casi todas las enfermedades quirúrgicas del riñón y del uréter, independientemente de si son de naturaleza congénita, inflamatoria o neoplásica. Debe dedicarse especial atención a la etiología para la **terapéutica** y para el pronóstico.

ETIOLOGÍA: a) Causas mecánicas (vejiga urinaria, cuello vesical y uretra) : cálculo, cicatriz después de **traumatismo**, estenosis congénitas. b) Causas **dinámicas**, c) Factor neurógeno y el idiopático. d) Proceso distrófico, es decir, de un trastorno evolutivo, e) Factor constitucional.

FORMAS CLÍNICAS: En una enfermedad de etiología tan diversa, es natural que no sea de esperar un cuadro clínico invariable. Prescindiendo de los típicos riñones de estasis, con tan rica sintomatología, y en los cuales predomina el elemento **mecánico**, también se observan en la práctica casos auténticamente pobres en síntomas. Estas formas latentes se manifiestan a menudo por trastornos gastrointestinales, nerviosos, etc. No pocas veces sorprende al cirujano general y en casos excepcionales incluso al ginecólogo, en una laparotomía exploradora. La falta de **síntomas** locales encuentra su cima en la urología pediátrica, donde la "piuria infantil" enmascara a menudo un trastorno congénito de vaciamiento. Así, por ejemplo, el **megauréter** discurre con frecuencia asintomático durante años, siempre y cuando no se presente secundariamente una infección o formación de concrementos.

MÉTODOS DE EXPLORACIÓN: a) Exámenes de laboratorio, b) Pielografía endovenosa o ascendente, c) Angionefrograma. d) Retroneumoperitoneo.

TERAPÉUTICA: La terapéutica ha de corresponder a las directrices dadas por el diagnóstico: a) Nefrectomía: radical o parcial, b) Conservadora: **elimina!** H obstáculo primario de desagüe y corregir la hidronefrosis en sí. c) Procedimientos plásticos, d) Desnervación del riñón (simpatectomía periarterial).

Dr. Ramiro Coello

SECUELAS TARDÍAS POSTGASTRECTOMIA EN LA ÚLCERA CASTRO-DUODENAL (Dr. Joel Valencia P. "EL MEDICO", W 1, Página 16, 1963)

El resultado del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal es difícil de evaluar, debiéndose tomar en cuenta para una estimación eficiente la gravedad del proceso, su frecuencia) extensión y naturaleza, la mortalidad inmediata y tardía, las técnicas operatorias usadas, los riesgos quirúrgicos, la incidencia de las complicaciones y los resultados ulteriores. Hay muchos cirujanos que consideran que las úlceras gástricas y duodenales son dos entidades diferentes, separadas por un mecanismo distinto de producción. El nervio vago juega un papel preponderante en la superproducción de ácido gástrico y enzimas pépticas que producen o condicionan la úlcera duodenal, mientras que en la úlcera gástrica este factor no es importante, siendo el disturbio de causa hormonal de la fase química de la secreción gástrica, con participación del antro, el que estimula las glándulas del cardias. Esto determina diferentes conductas, ya que la gastrectomía resulta buena operación en la mayoría

de los portadores de úlceras gástricas y muchas veces no resuelve **<:1 problema planteado** por las **úlceras** duodenales. Los **gastroenterólogos** están de acuerdo en que la gastrectomía parcial, llamada **subtotal**, es una **buena** operación para resolver el problema de las úlceras duodenales complicadas, proporcionando alivio de los **síntomas cuando** se realiza con buena técnica, cuya indicación se ha estudiado con buen juicio.

Las manifestaciones tardías más frecuentes después de la gastrectomía subtotal son:

1) Síndrome de pequeño estómago. 2) Mal funcionamiento de la boca anatómica. 3) Síndrome del asa aferente, d) Síndrome de Dumping. 5) Diarrea. 6) Anemia **ferropriva**. 7) Carencia vitamínica. 8) Úlcera péptica. 9) Adherencias. 10) Fístula **gastroeyunocólica, 11) Gastroeyunitis**. 12) Aclorhidria o hiperclorhidria. 13) Enflaquecimiento. 14) Alergia. 15) Manifestaciones hepatobiliares. 16) Invaginación del yeyuno a través de la boca. 17) Hemorragia.

El alto porcentaje de cáncer gástrico obliga a ser cuidadosos y reservados en **el tratamiento** continuo de la úlcera gástrica; la que no esté **definitivamente** curada desde el punto de vista radiológico a las tres semanas, o cuando más a las seis de comenzar el tratamiento médico, debe ser tratada quirúrgicamente, siendo la resección del 70% la de mejores resultados.

Dr. Ramiro Cuello

ERRORES Y RIESGOS DE LA TERAPÉUTICA ANTIHIPERTENSIVA (Por Dr. K. D. Bock, '-MEDICINA ALEMANA", N 5, Página 259, 1963).*

El desarrollo de nuevos fármacos cada **vea** más eficaces y los resultados cada vez más concretos que se obtienen con una terapéutica efectiva a largo plazo, han **producido en estos** últimos diez años una revisión y un reajuste de los principios **terapéuticos** que rigen el tratamiento de la hipertensión arterial.

Los adelantos y los resultados terapéuticos han traído aparejados nuevos riesgos y **también** nuevas causas de error. Son las consecuencias de medidas omitidas, supérfluas o erróneas, o de efectos secundarios y otras complicaciones en una **terapéutica** teóricamente correcta.

Errores técnicos en la esfigmanometría: 1) Cuando el brazo tiene mucho **grosor**, determina valores demasiados altos, aumentando en 10 a 25 mm Hg, según el "perímetro del mismo. 2) Si se determina **en** el brazo que cuelga, sin mantener el antebrazo en el nivel del corazón, las presiones sistólica y diastólica aumentan en 10 mm Hg. 3) El manguito, cuando se aplica, no debiera estrangular el brazo, pero **• i ceñirse tren** v estar vacío de aire. de lo contrario se miden presiones demasiado altas. 4) La esfigmanometría debe efectuarse en ambos brazos, pues eventuales estenosis congénitas o adquiridas de las arterias aferentes pueden causar diferencias considerables en cada lado, siendo sin importancia las de 10 a 15 mm Hg.

Errores de interpretación de los valores medidos: Si se determina una presión arterial aumentada, ésto no significa que exista una enfermedad hipertensiva crónica. La explicación puede ser;

1) Una emoción, un dolor o una angustia. 2) Una insuficiencia aórtica. 3) "Una fístula **arteriovenosa, 4) Un hipertiroidismo!** 5) Una crisis hipertensiva en **el**

feocromocitoma. 6) Una porfiria **aguda**. 7) Una policitemia verdadera. 8) Una toxicosis gravidica, etc., etc.

Por otra parte, se puede pasar por alto una afección **hipertensiva** porque la presión arterial está transitoriamente baja, por ejemplo,

1) Debido a una insuficiencia cardíaca. 2) Después de un infarto miocárdico (a veces por espacio de meses y meses). 3) En el curso de una afección febril. 4) **Debido** a una hemorragia.

Siguen los errores de la definición **diagnóstica**, en la indicación de la farmacoterapia, en la dietoterapia, etc.. para lo cual remitimos al lector al N° 5, Página 259, 1963 de "MEDICINA ALEMANA".

Dr. Ramiro Coello

**UNA FORMULA PARA PREDECIR Y US DISPOSITIVO PARA
PREVENIR LA ENFERMEDAD TROMBOEMBOUCA
POSTOPERATORIA**

*(A formula for predicting and a device preventing postoperative thrombo-
embolic disease). James C. Breneman. Angiotogy. 14:437. 1961.*

En 1937 Barnes estimó **en** más de 33.000 muertes a causa de la **enfermedad** tromboembólica. Diversas **investigaciones** adjudican que del 0.6 al 2.5% de 7 millones de operaciones a! año, van seguidas de complicación trombembólica. Sobre esta base se calcula que aproximadamente se producen unas 400.000 victimas al año de esta enfermedad.

El autor se ingenia una fórmula con el objeto de predecir la probabilidad de la complicación **trombembólica** posteratoria, en la que hace intervenir los **siguientes** factores: a) Edad, b) Peso, c) inmovilización **preanestésica**. d) Anestesia, e) **Inmovilización** postoperatoria, f) Un factor venoso de **coagulabilidad**, en el **que** ,i **su** vez intervienen una serie de subfactores: cardíaco?, **venosos** propiamente dichos, factores de coagulabilidad, enfermedades **metabólicas** y atonía **muscular de los miembros inferiores**, g) **Operaciones** previas.

De los datos **obtenidos** por esta fórmula así elaborada, el autor, considera que **se** puede predecir el mayor o menor riesgo de enfermedad trombembólica postoperatoria y resolver por lo tanto, cuando el índice de peligro sea alto, si debe o no precederse al acto quirúrgico y en todo caso, cuáles precauciones deben tomarse.

Con respecto a estas últimas, el autor describe una bota mecánica especial, que efectúa un masaje adecuada **de** los **miembros inferiores**.

Dr. J. Gómez-Márquez C.

LA EMBOLECTOMIA RETROGRADA (TRANSFEMORAL) DE LA AORTA ABDOMINAL Y DE LAS ARTERIAS PÉLVICAS

(Die retrograde (tranfemorale) Embolektomie der Bauchaorta und der Beckenarterien), J. Vollmar. H.J. Erich. Der Chirurg. No. 8:347:1963.

En aproximadamente un 40% de los casos de embolia de la aorta abdominal o de las arterias pelvianas existen serias dificultades para llevar a cabo la embolectomía por las siguientes razones:

- a) Insuficiencia cardiaca severa y shock.
- b) Estado general malo.
- c) Obesidad considerable.
- d) Intervalo largo entre el inicio de la embolia y la entrada a la clínica.

Por ello los autores han ideado un procedimiento quirúrgico para este tipo de embolectomía por vía transfemoral, menos traumatizante que el procedimiento del ataque directo sobre las arterias comprometidas. El procedimiento **consiste** esencialmente en introducir por vía femoral un "stripper" anular, que dirigido hacia la aorta., desmenuza el émbolo, lográndose la salida de los fragmentos del mismo a través de la herida practicada en la arteria femoral. Según los autores por medio de **esta** técnica se obtendrían las siguientes ventajas:

- a) Simplicidad técnica.
- b) Operación por medio de anestesia local, con trauma operatorio reducido sin abertura de la cavidad abdominal y tiempo reducido de la intervención (aproximadamente unos 30 minutos).
- c) Resultados operatorios mejores.

La superioridad de este procedimiento sobre el clásico transperitoneal, quedaría demostrado por un descenso del índice de mortalidad de 40 a 10% y una disminución asimismo del índice de amputación de un 20 a un 10%.

Dr. J. Gómez-Márquez G.

LA COLANGIOGRAFIA OPERATORIA EN EL TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA TRAUMÁTICA

(Operative cholangiography in management of traumatic hemobilia). F. C. Spencer. Rene Menguy.—Ben Eiseman. Surgery. 54:376:1963.

Hace quince años Sandblom hizo un análisis de pacientes con lesiones abdominales que desarrollaron posteriormente hemorragia gastrointestinal de tono obscuro. Usó el término de "hemobilia" para representar el síndrome de hemorragia gastrointestinal recurrente y de dolor abdominal que empieza días o semanas después de una lesión del hígado. Desde entonces se han informado algunos pocos casos. En 1961. Saliba, Sayyer y Sawyer revisaron todos los informes recientes y encontraron únicamente 19 casos desde la descripción original de Owen en 1848. La **incidencia esporádica** del síndrome refleja en parte su rareza, pero asimismo, con probabilidad, el hecho de que en muchas ocasiones no se ha hecho el diagnóstico.

Los autores refieren a continuación un interesante caso de una joven que sufrió un trauma cerrado del abdomen con lesión hepática, la cual fue tratada con suturas profundas y que en el curso de los meses siguientes sufrió de dolores abdominales acompañados de grandes pérdidas sanguíneas por la vía **gastrointestinal** hasta que finalmente fue sometida a una nueva laparotomía por los autores. Como medio auxiliar para localizar el sitio de la lesión hepática usaron la colangiografía intraoperatoria, que les demostró una obstrucción del conducto hepático izquierdo, lo que permitió el hallazgo en el lóbulo hepático izquierdo de una cavidad en cuyo interior sangraba profusamente una arteria, la cual llenaba de coágulos el mencionada conducto.

Los autores se extrañan de que en los casos informados de hemobilia, no se haya recurrido al procedimiento de la colangiografía intraoperatoria, con el fin de localizar el sitio de la lesión. Consideran que la única situación en que este procedimiento puede no ser concluyente es en aquella en que exista una hemorragia activa o cuando el árbol biliar esté distendido por coágulos. Se agrega que otros medios auxiliares de diagnóstico en tales casos pueden ser la portografía, la **arteriografía** hepática, los cuales pueden demostrar una cavidad dentro del hígado.

Se insiste en que la cirugía radical curativa de la hemobilia debe consistir en la excisión del lugar de la comunicación fistulosa entre la arteria y el **árbol** biliar. Los procedimientos indirectos que se han usado tales como colecistectomía, toledocostomía o la ligadura de la arteria hepática, no tienen una explicación lógica y representan simplemente la incapacidad para tratar directamente la lesión básica

Los autores concluyen, al referirse a la manera de actuar frente a las hernias hepáticas, que los métodos convencionales de taponar estas heridas o de colocar en forma ciega suturas profundas pueden conducir a la hemobilia. Que una sutura **profunda** puede lesionar una arteria hepática o un conducto hepático, mientras que por su parte un taponamiento puede simplemente sellar la **superficie** provocando la formación de un quiste o un absceso. Recomiendan finalmente **exponer** ampliamente la lesión y que una vez que la laceración se ha visualizado, se **localice** una arteria o vena sangrante y se liguen. Ello no sólo sería más efectivo sino también una forma de tratamiento más seguro.

Dr. J. Gómez-Márquez G.