

AUTORES DE LA REVISIÓN

J. M. Franco Sorolla*, **A. I. Vidal Fernández****, **J. Povar Marco***, **A. García Aranda***,
P. Parrilla Herranz*, **G. Alvarez Casasnovas***, **I. Hermida Lazcano***

*Servicio de Urgencias. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

**Servicio Urgencias. Hospital Provincial «Nuestra Señora de Gracia». Zaragoza.

☛ **Biphasic Transthoracic Defibrillation causes fewer ECG ST-Segment changes after shock**

R. K. Reddy, M. J. Gleva, B. E. Gliner, G. L. Dolack, P. J. Kudenchuck, J. E. Poole

Ann Emerg Med 1997; 30: 127-134

La desfibrilación transtorácica bifásica produce menos cambios del segmento ST en el ECG tras la descarga

Objetivo del estudio: Los cambios en el segmento ST del ECG son problemáticos tras la desfibrilación transtorácica y pueden indicar isquemia o shock inducido por disfunción cardíaca tras la reanimación. En preparaciones de laboratorio la desfibrilación bifásica, comparada con la monofásica, disminuye el shock inducido por disfunción cardíaca, efecto que no ha sido validado en seres humanos. En el presente trabajo se ha evaluado prospectivamente, y con método ciego, el efecto de la desfibrilación bifásica y monofásica sobre el segmento ST del ECG en 30 pacientes consecutivos durante la cirugía para la implantación de un cardioversordesfibrilador.

Metodología: En cada paciente se compararon la desfibrilación transtorácica bifásica, con 2 cargas de baja energía (115 y 130 J) con una standar monofásica de 200 J (ambas han demostrado una eficacia en la desfibrilación del 97%). A través de los electrodos de desfibrilación se recogió el registro ECG durante 15 segundos, desde antes de inducir la fibrilación ventricular hasta inmediatamente después de cada desfibrilación. El segmento ST a partir del punto J fue analizado, con método ciego, por dos investigadores. Después de cada tratamiento se compararon con los valores de base el segmento ST, la duración del intervalo QRS, el intervalo QT y la frecuencia cardíaca.

Resultados: La elevación del segmento ST fue significativamente mayor con la desfibrilación monofásica

que con la bifásica ($p < 0,001$). La duración del intervalo QRS, el intervalo QT y la frecuencia cardíaca no presentaron cambios significativos entre ambos tipos.

Conclusiones: La desfibrilación transtorácica con ondas bifásicas produce una menor evidencia en el ECG de disfunción miocárdica (lesión o isquemia) que la desfibrilación monofásica, sin comprometer la eficacia de desfibrilación.

Comentarios: Interesante trabajo sobre el tema de la reanimación y que viene a contribuir al intento de recuperar a los pacientes con el menor número de secuelas posibles, aunque habrá que esperar más estudios que confirmen la eficacia del método.

☛ **Depression in Geriatric DE Patiens: Prevalence and Recognition**

S. W. Meldon, C. L. Emerman, D. S. P. Schubert, D. A. Moffa, R. G. Etheart

Ann Emerg Med 1997; 30: 141-145

Depresión en pacientes geriátricos en un servicio de urgencias: identificación y prevalencia

Objetivo del estudio: Determinar la prevalencia de la depresión en pacientes geriátricos de un servicio de urgencias y evaluar su reconocimiento por los médicos de urgencias.

Metodología: Se realizó una encuesta observacional en pacientes geriátricos que acudieron a un hospital universitario público urbano. Se seleccionó un muestreo de 259 pacientes de 65 años o más a los que se entregó una encuesta de autovaloración sobre una escala de depresión. Las principales mediciones fueron la prevalencia de depresión (usando una escala predeterminada para detectar depresión) y el reconoci-

miento de la misma por el médico que los trató, evaluado por la revisión de la historia.

Resultados: No hubo diferencias significativas entre deprimidos y no deprimidos en lo que se refiere a sexo, edad, raza o educación. Setenta personas (27%; intervalo de confianza = 95%) se consideraron deprimidas. El 47% de los que vivían en residencias estaban deprimidos, comparado con un 24% de aquellos que vivían de forma independiente. Los pacientes que describían su salud como mala fueron el grupo con más casos de depresión (33 de 65, 51%), mientras que los que la consideraban buena sólo se encontró en un 19% (37 de 194). Los médicos de urgencias no identificaron el problema en ninguno de los pacientes que se había considerado deprimido.

Conclusiones: La prevalencia de depresión no identificada en pacientes geriátricos en un servicio de urgencias fue elevada, especialmente en aquellos que consideraban su salud como mala. El uso de una escala de depresión puede ayudar a identificar ésta en los pacientes ancianos.

☛ **Headache etiology in a pediatric emergency department**

Laurie J. Burtyon, Bruce Quinn, Jennifer L. Pratt-Cheney, Mahmoud Pourani

Pediatric Emergency Care 1997; 13 (1): 1-4

Etiología de la cefalea en un servicio de urgencias pediátrico

Introducción: El dolor de cabeza es una patología común en la población pediátrica y esta prevalencia en niños va aumentando con la edad. A los 3 años Zuckermann et al. encontraron cefalea en un 15% y un 3% presentaban cefalea recurrente. Mortimer et al. en un estudio de 1.083 niños encontraron una prevalencia a los 7 años de 42%, a los 11 años el 63%. Bille en un estudio en niños en edad escolar constató que un 75% de los niños de 15 años han tenido cefalea en alguna ocasión.

Objetivo: El objetivo de este estudio es intentar determinar el diagnóstico final en aquellos niños que han acudido a un Servicio de Urgencias Pediátrico presentando cefalea y particularmente para establecer la incidencia de patología grave.

Metodología: Período: 1 enero al 31 diciembre de 1993; estudio realizado en el Departamento de Emergencia del Hospital Pediátrico de Miami. De las 53.988 visitas realizadas a Urgencias se identificaron

696 pacientes en los cuales figuraba en su H.^a clínica la «cefalea» como motivo de acudir al centro. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, historia clínica, antecedentes, examen físico, pruebas complementarias diagnósticas realizadas en Urgencias y diagnóstico al alta.

La mitad (n=288) de las historias fueron seleccionadas de forma randomizada para revisión por médicos especialistas en emergencias pediátricas.

Según el propósito de este estudio los pacientes con el diagnóstico de síndrome viral, infección de vías respiratorias altas u otitis media se clasificaron simplemente como enfermedad viral.

Resultados: Rango edad: 2-18 años. De 2-5 años 24,3%, 6-12 años 57,6%, 13-18 años 18,1%. Relación hombre/mujer, 1/1.

Distribución según diagnósticos: enfermedad viral 39,2%, sinusitis 16%, migraña 15,6%, post-traumática 6%, meningitis viral 5,2%, tensional 4,5%, otros 7,7%. El número de casos con diagnóstico neurológico grave fue de 19 (6,6%): 15 meningitis sin crecimiento bacteriano en el cultivo, 1 mala función de shunt ventriculoperitoneal, 1 hidrocefalia, 1 infiltración SNC por linfoma de Burkitt y 1 con hemorragia puntiforme.

Todos los pacientes con patología neurológica, salvo uno, tuvieron datos clínicos y examen físico concordante con el diagnóstico definitivo. La excepción fue la hemorragia puntiforme secundaria a traumatismo craneal leve.

De los casos con meningitis viral presentaron cefalea 100% añadido a uno o más de los siguientes síntomas: fiebre 73%, vómitos 73% odinofagia 53%, fotofobia 33%, dolor abdominal 13%, amigdalitis 7% y vértigo 7%.

Los únicos dos datos anormales encontrados en el examen físico fueron fiebre 40% y rigidez de nuca 63%. El paciente con infiltración del Sistema Nervioso Central presentó cefalea y vómitos desde hacía un día; la mala función del shunt ventriculoperitoneal originó cefalea, vómitos con escopetazo y vértigo; la hidrocefalia secundaria a estenosis, cefalea, somnolencia, estrabismo y borramiento del borde de la papila en el fondo de ojo, siendo éste el único caso en este estudio que presentó un examen neurológico anormal.

Dos tercios de los pacientes requirieron la práctica de exámenes radiológicos y/o laboratorio: antígeno estreptocócico 31,9%, radiología de senos 27,8%, estudios de imagen craneal (TAC, Resonancia, ...) 19% y punción lumbar el 8%. Estas pruebas arrojaron resultados positivos: un 16,3% del antígeno estrepto-

cócico, un 45,6% de las radiologías de senos, 60,9% de las punciones lumbares y un 19% de las pruebas de imagen craneal.

Discusión: La frecuencia de cefalea en un departamento de urgencias pediátricas supone el 1,3% (con un rango en otros estudios entre 0,36-2,6%).

El diagnóstico principal al alta hospitalaria fue el de enfermedad viral (comprendiendo en él, a síndrome viral inespecífico como principal causa, infección respiratoria de vías altas, y/o otitis media), sinusitis y migraña. El porcentaje de infecciones extracraniales como potencial causa de cefalea (61,5%) en este estudio, excede al encontrado en otros estudios realizados en Servicios de Urgencias generales de población adulta donde la cefalea tensional y la migraña constituyen los principales diagnósticos. Los niños tienen un mayor número de infecciones virales y acuden más a los Servicios de Urgencias que los adultos por esta causa.

Solamente un 6,6% de los pacientes tuvo patología neurológica grave, dato similar a otros estudios realizados en Servicios de Urgencias pediátricos. El 80% de los pacientes fue etiquetado de meningitis viral. A pesar de ser este cuadro la principal patología neurológica grave, éste constituye un porcentaje muy bajo dentro de las visitas que se realizan a un Servicio de Urgencias pediátrico.

☛ **Oral propafenona to convert recent-onset atrial fibrillation in patients with and without underlying heart disease**

G. Boriani, M. Biffi, A. Capucci, G. L. Botto, T. Brofoni, I. Rubino, et al

Ann Intern Med 1997; 126: 621-625

Propafenona oral para revertir una fibrilación auricular de reciente comienzo en pacientes con y sin cardiopatía de base

Introducción/Objetivos: La efectividad de una dosis oral única de 600 mg de propafenona (o de 300 mg de flecainida) para revertir la fibrilación auricular (FA) de reciente comienzo ya había sido establecida en trabajos previos.

En dichos trabajos los pacientes estudiados no padecían cardiopatía estructural; se insistía en la necesidad de incluir grupo placebo dada la frecuencia de remisión espontánea a ritmo sinusal (RS) (39-48%); y se «desmitificaban» los temidos efectos adversos de dichos antiarrítmicos (períodos de flutter auricular y pausas en

el momento de la cardioversión –sin significación clínica– similares en los grupos propafenona, flecainida y placebo y ausencia de arritmias ventriculares).

Metodología: En el presente trabajo se incluyeron 240 pacientes (119 en el grupo propafenona y 121 en el placebo). Se excluyeron los pacientes de más de 80 años, los que presentaban insuficiencia cardíaca > NYHA II, respuesta ventricular media > 70/m, IAM reciente, angor inestable, enfermedad del seno, bloqueo de rama izquierda, bloqueo AV de 2.º ó 3.º grado, bloqueo bifascicular, disfunción tiroidea, renal o hepática, pO₂ <55 mm Hg y las FA > 72 horas si no llevaban tratamiento anticoagulante a largo plazo. Tras la inversión farmacológica se realizó ecocardiograma para valorar cardiopatía estructural (presente en 32 pacientes del grupo propafenona y 30 del placebo). Se definió «reciente comienzo» como FA de ≤ 7 días con inicio documentado electrocardiográficamente o aparición aguda de palpitaciones con evidencia de FA en ECG. Se definió «conversión» como RS estable durante al menos una hora.

Resultados: La probabilidad de conversión a RS a las 8 horas fue 76% para el grupo propafenona y 37% para el placebo. En el análisis por subgrupos se observó que esta probabilidad era, para el grupo propafenona, similar independientemente de la existencia previa de HTA, cardiopatía estructural o no (70%, 81% y 78% respectivamente), mientras que en el grupo placebo las probabilidades eran 27%, 17% y 56% respectivamente. El tiempo medio para la reversión fue de 181±118 minutos. Los efectos adversos fueron similares a los ya descritos.

Conclusiones: Los autores concluyen que la dosis única de 600 mg de propafenona vía oral es efectiva y segura para la conversión a ritmo sinusal de la FA de reciente comienzo para pacientes sin insuficiencia cardíaca (y las otras causas de exclusión), tratados en el hospital o sin ella, como hipertensos.

☛ **Myelinolysis after correction of hyponatremia**

R. Laureno, B. Illowsky

Ann Intern Med 1997; 126: 57-62

Mielinólisis después de la corrección de hiponatremia

Los autores, ya conocidos por artículos sobre el mismo tema publicados sucesivamente desde 1979, realizan una revisión «narrativa» sobre la mielinólisis (mielinólisis central pontina) incluyendo historia, datos experimentales, aspectos epidemiológicos y clínicos, patogénesis, diagnóstico diferencial con la hiponatremia no tratada y tratamiento.

La mielinólisis es una alteración clínico-patológica, descrita por primera vez por M. Victor y R. Adams en 1949, que generalmente se inicia con una primera fase de mutismo, disartria, disminución del nivel de conciencia y alteraciones «pseudopsiquiátricas» seguida de tetraparesia espástica, parálisis pseudobulbar, coma e incluso la muerte. El substrato anatomopatológico es la lesión bilateral y simétrica de la mielina de los tractos corticoespinal y corticobulbar en la base pontina (también hay lesión extrapontina). Con frecuencia deja secuelas (tetraparesia espástica y parálisis pseudobulbar) y en ocasiones pueden aparecer tardíamente alteraciones de los movimientos, de la conducta y del área cognitiva.

Aunque se ha relacionado con varios factores (alcoholismo, desnutrición, ...) la causa más frecuente es la corrección rápida de la hiponatremia (sobre todo si ésta lleva más de 48 horas de evolución).

En el caso de la corrección rápida de la hiponatremia la clínica cursa con una primera fase de encefalopatía (por la hiponatremia) seguida de una mejoría inicial con la elevación de los niveles de sodio y posteriormente, a los 2-3 días de la corrección de la hiponatremia, aparece el síndrome neurológico de la mielinólisis. El diagnóstico inicial puede ser difícil (clínica similar a la de la hiponatremia, las lesiones pueden o no ser detectables con la TAC hasta 2 semanas después) y el electroencefalograma, punción lumbar y potenciales evocados auditivos pueden ayudar.

Los autores concluyen, enfrentando el riesgo de la hiponatremia y el de la mielinólisis por corrección de la hiponatremia, que la corrección debe ser lenta y actuando sobre las causas de la hiponatremia tanto en los casos asintomáticos como en los moderados y que en los graves (convulsiones repetidas, confusión agitada o coma) debe administrarse suero salino hasta que las crisis se controlen o los síntomas empiecen a mejorar y en todo caso nunca más de 10 mmol/litro/día.

☛ **Panic disorder: Diagnosis and Treatment in Emergency Medicine**

L. S. Zun

Ann Emerg Med 1997; 30: 92-96

Trastorno de pánico: Diagnóstico y tratamiento en Medicina de Emergencias

Objetivo: Revisión sobre las formas de presentación, historia natural y tratamiento de este trastorno que afecta a lo largo de la vida al 1,6% de la población y cons-

tituye una causa de frecuentación de los servicios de urgencia, que a menudo no se diagnostica correctamente. El 70% de los pacientes con trastornos de pánico son vistos por diferentes especialistas de medicina una media de 10 veces antes de su diagnóstico.

El autor revisa los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association y el diagnóstico diferencial de los síntomas que lo definen estableciendo una diferenciación en tres categorías diagnósticas para las que aconseja una actitud terapéutica diferente. También diferencia varios estadios en la historia natural del proceso que pueden conducir a trastornos psiquiátricos más severos (hipocondria, agorafobia, conducta fóbica generalizada, depresión secundaria) y a mayor frecuencia de abuso de alcohol y psicoactivos y de intentos de suicidio.

Conclusiones: El conocimiento de este proceso por los médicos de urgencias y su adecuada interpretación puede conducir a un mejor y más temprano diagnóstico y tratamiento que limitará la realización de pruebas innecesarias y las consultas repetidas a urgencias y a otros especialistas.

El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico desde los primeros episodios detectados en urgencias limitará su progresión y las complicaciones psiquiátricas más graves que suelen aparecer posteriormente.

☛ **Ocular Superglue injury**

C. J. McLean

J Accid Emerg Med 1997; 14: 40-41

Lesiones oculares por «Superglue»

Objetivo: Revisar y evaluar las lesiones ocasionadas por la exposición ocular de carácter accidental a los adhesivos basados en cyanoacrilato («Superglue»).

Metodología: Análisis retrospectivo de todos los pacientes con lesiones oftálmicas accidentales ocasionadas por adhesivo «Superglue». El estudio se realizó en el Hospital de Middlesex de Inglaterra entre abril de 1994 y el marzo de 1995. Todos los pacientes con lesiones producidas por «superglue» fueron incluidos, sin tener en cuenta la edad o las circunstancias del accidente.

Resultados: Se identificaron 14 pacientes con una media de edad de 22,6 años. El adhesivo había salpicado en los ojos de 7 pacientes al abrir el recipiente; 4 niños, menores de 6 años, se lesionaron al presionar el envase del pegamento o bien se habían frotado con sus manos tras la manipulación del adhesivo; 2 adultos se administraron este producto de manera equivocada

tras confundirlo con un colirio, y 1 paciente fue lesionado tras sufrir una agresión. Se siguió la evolución clínica de los enfermos hasta que sus síntomas estuvieron totalmente resueltos, pudiéndose constatar que ninguno de ellos presentó secuelas.

Conclusiones y recomendaciones: Los autores sugieren, en primer lugar, que los envases deberían tener en sus etiquetas advertencias sobre la posibilidad de lesiones oculares de una manera más ostensible.

Se recomienda separar las pestañas y párpados suavemente para permitir un examen oftalmológico completo, con especial atención a las personas que lleven lentes de contacto, y prevenir el desarrollo de ambliopía en niños menores de 8 años. Como medidas terapéuticas, se aconseja la aplicación de una pomada antibiótica y vendaje oclusivo para facilitar la dehiscencia de los párpados, y un control oftalmológico en las siguientes 24 horas. El riesgo de problemas a largo plazo es bajo, pero se recomiendan revisiones durante un tiempo.

☛ **Heparina de bajo peso molecular frente a la heparina no fraccionada en el embolismo pulmonar agudo**

G. Simonneau, H. Sors, B. Charbonnier, et al. For the THESSEE study group

N Engl J Med 1997; 337: 663-669

Introducción: El embolismo pulmonar es una enfermedad potencialmente fatal en la que la terapia anticoagulante ha demostrado mejorar el curso evolutivo de forma dramática. La heparina no fraccionada (convencional), se considera el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con embolismo pulmonar excepto para aquellos con inestabilidad hemodinámica que pueden precisar terapéutica trombolítica. La heparina de bajo peso molecular (HBPM) parece ser tan efectiva y segura como la heparina convencional para el tratamiento de la trombosis venosa profunda, pero se dispone de pocos datos sobre la utilización de dicha heparina para el tratamiento del embolismo pulmonar agudo sintomático.

Pacientes y métodos: A 612 pacientes con embolismo pulmonar sintomático, que no requirieron tratamiento trombolítico o embolectomía, se les asignó de forma randomizada, tratamiento con HBPM (tinzaparina) administrada una vez al día en dosis fija, o tratamiento con heparina convencional intravenosa en dosis ajustada. El tratamiento anti-coagulante oral se

inició en ambos grupos entre el primero y el tercer día, y fue administrado, al menos durante 3 meses. Se comparan los tratamientos en el día 8.º y 90.º con respecto a una combinación de parámetros: tromboembolismo recurrente, sangrado grave y fallecimiento. El estudio fue multicéntrico, randomizado y sin usar método ciego. El estudio se realizó en 57 centros de Francia, Suiza y Bélgica.

Resultados: En los primeros 8 días de tratamiento 9 de 308 pacientes que recibieron heparina convencional (2,9%) presentaron, al menos, uno de los parámetros anteriormente señalados, frente a 9 de 304 pacientes tratados con HBPM (diferencia absoluta de 0,1%). En el día 90, 22 pacientes (7,1%) del primer grupo y 18 (5,9%) del segundo grupo habían alcanzado alguno de dichos parámetros (diferencia absoluta del 1,2%). El riesgo de sangrado grave fue similar en los dos grupos de tratamiento a lo largo de todo el estudio.

Discusión y comentarios: Según los autores, este estudio indica que la tinzaparina (HBPM) puede usarse de forma segura y efectiva administrada una vez al día para tratar pacientes con embolismo pulmonar agudo sintomático. En ambos grupos, las tasas de recurrencia, de sangrado grave y de fallecimiento fueron similares y bajas. Durante los primeros 8 días de tratamiento la incidencia global de eventos graves fue similar en ambos grupos (aproximadamente el 3%). Durante los 3 meses de seguimiento hubo una tendencia no significativa a favor de la HBPM en comparación con la heparina convencional, con tasas globales de recurrencia, sangrado grave y fallecimiento del 5,9% y 7,1% respectivamente. Los autores llaman la atención sobre el hecho de que en trabajos previos las tasas de recurrencia, sangrado grave y fallecimiento que se han comunicado, son mucho más altas (entre 5 y 10% más altas para cada punto), lo que podría explicarse por los criterios de selección utilizados en el presente trabajo. Dada la trascendencia y actualidad del tema tratado, pensamos que es interesante la lectura completa de este artículo.

Conclusiones: Bajo las condiciones de este estudio, el tratamiento inicial subcutáneo con la HBPM tinzaparina, parece ser tan efectivo y seguro como la heparina convencional intravenosa en pacientes con embolismo pulmonar agudo.

☛ **Hemopneumothorax missed by auscultation in penetrating chest injury**

S. C. Chen, J. F. Markmann, D. R. Kauder, Schwab
W J Trauma 1997; 42: 86-88

Hemoneumotórax no detectado por auscultación en heridas torácicas penetrantes

Objetivo: Determinar la frecuencia y extensión de los hemotórax, neumotórax y hemoneumotórax no detectados por auscultación en las heridas penetrantes.

Metodología: Estudio Descriptivo, retrospectivo. Se incluyeron 118 pacientes atendidos por heridas torácicas penetrantes durante 1993. Se compararon los datos de la auscultación con los hallazgos de la radiografía de tórax para determinar la sensibilidad, especificidad y valores predictivos positivo y negativo. La cantidad de hemotórax se determinó tras la colocación del tubo de drenaje torácico o tras toracotomía; para cuantificar el grado de neumotórax se utilizó el método de Rhea.

Resultados: En 71 pacientes, (60%) existía hemotórax, neumotórax o hemoneumotórax. La auscultación tuvo una sensibilidad del 58%, especificidad del 98% y un valor predictivo negativo del 61%. De los 71 pacientes 30 (42%) presentaban sangre o aire en el espacio pleural que no se detectó por auscultación (12 hidroneumotórax, 11 hemotórax y 7 neumotórax). La auscultación no detectó hemotórax por debajo de 600 ml, neumotórax inferiores a 800 ml. y 28%.

Conclusiones: La auscultación tiene una baja sensibilidad pero elevada especificidad y valor predictivo positivo para detectar hemotórax, neumotórax o hemoneumotórax en pacientes con heridas torácicas penetrantes. Los hallazgos positivos de auscultación pueden usarse como una indicación fiable para colocar un tubo de drenaje pleural en pacientes inestables. Sin embargo, una auscultación negativa no descarta la presencia de hemoneumotórax. Los hemoneumotórax y hemotórax pasan inadvertidos con más frecuencia que los neumotórax, en especial en pacientes con heridas por arma de fuego.

Comentarios: Aunque es conocido que la radiografía de tórax supera al examen físico en la detección de hemoneumotórax en pacientes con heridas torácicas penetrantes, este trabajo aporta una cuantificación del valor diagnóstico de la auscultación en esta situación clínica que puede ayudar al médico de urgencias a sopesar el valor de ese dato semiológico en su práctica clínica. La baja sensibilidad de la auscultación no se debe sólo a la existencia de líquido o aire en cantidad inferior al límite de detección, sino que obedece a otras causas que los autores analizan en la discusión (fundamentalmente técnica de auscultación y entrenamiento insuficientes). Finalmente, revisan el árbol de decisiones en las heridas torácicas penetrantes.

Prospective study of blunt aortic injury: multicenter trial of the American Association for the Surgery of Trauma

T. C. Fabian, J. D. Richardson, M. A. Croce, et al.

J Trauma 1997; 42: 374-380

Estudio prospectivo de las lesiones aórticas cerradas: estudio multicéntrico de la American Association for the Surgery of Trauma

Objetivos: Conocer las formas de presentación de las lesiones aórticas cerradas y el estado actual de su diagnóstico y tratamiento quirúrgico en Norteamérica.

Metodología: Estudio prospectivo, descriptivo. Dirigido por el Comité de estudios multicéntricos de la AAST, con participación de 50 centros de EEUU (47) y Canadá (3) y realizado durante un período de tiempo de 30 meses (enero de 1994-junio de 1996).

El diagnóstico de lesión aórtica cerrada se realizó mediante autopsia, toracotomía o una técnica diagnóstica definitiva. Los pacientes se dividieron en cuatro grupos: in extremis (precisaron toracotomía diferida tras estudio diagnóstico), ruptura (desarrollaron ruptura antes del tratamiento quirúrgico diferido) y no quirúrgico (se realizó evaluación diagnóstica pero no tratamiento quirúrgico por lesiones asociadas y/o edad).

Resultados: Se estudiaron 274 pacientes con lesión aórtica cerrada, el 81% causadas por accidente de tráfico. El número de pacientes de cada grupo fue de 22, 207, 24 y 21 respectivamente. En la radiografía de tórax el hallazgo más frecuente fue el ensanchamiento mediastínico (85%); el 7% de las radiografías de tórax no mostró ningún hallazgo. Se practicó aortografía a 220 pacientes. En 88 casos se realizó TAC torácico y en 30 ecocardiograma transesofágico, con un porcentaje de diagnósticos del 75% y 80% respectivamente. Los 207 pacientes estables (grupo 2) fueron tratados mediante toracotomía diferida utilizándose la técnica de clampaje y sutura en 73 (35%) y técnicas de bypass en 134 (65%). La mortalidad global fue del 31%, sin encontrarse diferencias en relación con la técnica quirúrgica; el 63% de las muertes se debieron a rotura aórtica. La rotura aórtica tras el ingreso (grupo 3) se produjo en 23 de los 24 pacientes en las primeras 30 horas; todos los pacientes fallecieron, así como todos los del grupo 1. La incidencia de paraplejía postoperatoria fue del 8,7%; el análisis de regresión logística demostró asociación estadísticamente significativa con la técnica de clampaje y sutura y con el tiempo de clampaje aórtico superior a 30 minutos.