

## REVISTA DE REVISTAS

RR

RIESGO DE LINFONODOS METASTÁSICOS EN CARCINOMAS COLORRECTAL, T1

*Nascimbeni R, Bugart LI, Nivatvongs S, Larson DR. Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. Dis Colon Rectum 2002; 45: 200-6.*

Varias comunicaciones recientes destacan la alta recidiva y la presencia de metástasis en los linfonodos en carcinoma colorrectal T1 (compromiso de la pared hasta la mucosa o submucosa de la clasificación TNM). Ello motivó a los autores a estudiar los factores de riesgo de linfonodos positivos en lesiones T1 intervenidos entre 1979 y 1995. De 7.543 pacientes tratados en el período, 353 corresponden a tumores T1. Se estudió las variables tamaño, subtipo mucinoso, grado, localización en colon y en recto, invasión linfovascular y profundidad de la invasión submucosa que se dividió en tercio superficial (sm1), tercio medio (sm2) y tercio profundo (sm3). Se utilizó el test de chi cuadrado y de regresión logística para evaluar las variables como potenciales factores de riesgo de metástasis en los linfonodos. La incidencia de lesiones T1 fue 8,6%. En este grupo de pacientes el compromiso de linfonodos fue 13%. Los factores predictivos de metástasis en los linfonodos tanto en el análisis univariado como multivariado fueron sm3 ( $p=0,001$ ); invasión linfovascular ( $p=0,005$ ) y lesiones del tercio inferior del recto. La variable tumor pobremente diferenciado fue significativa en el análisis univariado pero no en el modelo multivariado. Conclusiones: Los tumores colorrectales T1 con invasión linfovascular, con compromiso de las capas profundas de la submucosa y ubicadas en el tercio inferior del recto tienen un alto riesgo de metástasis en los ganglios regionales y deben ser tratadas mediante una resección oncológica. En el caso de las lesiones del tercio inferior, la resección local más radioquimioterapia puede ser una alternativa válida.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

RR

"SCREENING" PARA LESIONES CERRADAS DE ARTERIA CARÓTIDA Y VERTEBRAL

*Kerwin AJ et al: J Trauma 2001; 51: 308-14.*

Las lesiones cerebro-vasculares parecen ser más frecuentes de lo que se creía. Y, además, la morbilidad neurológica puede llegar al 56% y la mortalidad al 31%. Sin embargo, no está establecido el mejor método de detección en población de riesgo. Por ello, los autores de la Universidad de Carolina del Sur, realizaron este estudio en pacientes con alguno de los siguientes criterios: anisocoria, paresia o hemiparesia no explicada, examen neurológico discordante con TAC cerebral, fractura de base de evidencia de accidente cerebro-vascular o episodio de isquemia transitoria, epistaxis masiva, fracturas por flexión o extensión de columna cervical, fractura facial masiva o hematoma cervical. En caso de existir alguno de estos hallazgos, se efectuó una angiografía de los 4 vasos del cuello. De haber lesión arterial, los pacientes se anticoagularon según indicación neuroquirúrgica.

Durante el período señalado, se atendieron 2.331 pacientes, el 83% con trauma cerrado. De ellos, 48 tenían uno o más criterios de inclusión y fueron estudiados. El examen fue positivo en 21 casos (44%), que equivale al 1,1% de todos los traumas cerrados del período, lo cual es muchísimo mayor al 0,03% de incidencia notada antes que existiera búsqueda dirigida. El 71% de los casos fue debido a accidente vehicular.

Hubo 19 lesiones de carótida, 10 lesiones de arterial vertebral, y en 3 casos de ambos vasos. El 33% de los pacientes tenían síntomas neurológicos al momento del ingreso.

En relación con el tratamiento, 4 pacientes recibieron heparina sistémica y seis continuaron luego con anticoagulante oral. En 2 pacientes, se empleó un *stent* carotídeo y el 29% restante sólo recibió terapia antiagregante con ácido acetilsalicílico.

Finalmente, 7 pacientes regresaron a su hogar y 8 (38%) a un centro de rehabilitación. La morta-

lidad fue del 9,5% pero en ninguno de los dos casos atribuible a la lesión cerebro-vascular.

Los autores concluyen que en presencia de fractura cervical, accidente cerebro vascular o isquemia transitoria, criterios con 100% de angiograma anormal, la búsqueda liberal de este tipo de lesiones está plenamente justificada.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN CON *CANDIDA* EN PACIENTES CON PANCREATITIS NECROTIZANTE  
Rainer Isenmann MD y cols: *World J Surg* 2002; 25: 372-6.

Este estudio tiene por objeto demostrar la importancia que para los pacientes con pancreatitis necrótica tiene la infección por "*Candidas*" (*albicans* y no-*albicans*). Se revisaron 92 pacientes con pancreatitis necrótica infectada para detectar las infecciones producidas por *Candidas*. Todos los enfermos fueron tratados quirúrgicamente, realizándose una necrosectomía de los secuestros pancreáticos necróticos e infectados. Se procesaron los datos obtenidos de los pacientes en los que,

en los frotis obtenidos intraoperatoriamente crecieron las *Candidas*, comparándoles con aquellos en los que no existía infección por *Candidas*. Se registraron 22 pacientes (24%) con infección por *Candida*. Pacientes con o sin infección por *Candidas* fueron semejantes por lo que a la edad, sexo, etiología y grado de gravedad al ingreso se refiere. Los pacientes con infección con *Candidas* presentaron una mayor mortalidad (64% frente al 19%  $p=0,0001$ ) y más complicaciones sistémicas ( $3,2 \pm 1,6$  vs  $2,1$  vs  $1,4$ ;  $p=0,004$ ) que aquellos sin *Candidiasis*. La antibioterapia preoperatoria administrada fue más prolongada en pacientes con *Candidiasis* ( $19 \pm 13,2$  días frente a  $6,4 \pm 10,3$  días;  $p < 0,0001$ ). Por lo que se refiere al espectro bacteriano concomitante, la infección sólo por gérmenes Gram negativos fue muy rara en pacientes con *Candidiasis* (5% frente al 43%,  $p=0,0006$ ). Conclusiones: La presencia de *Candidas* en la pancreatitis necrótica infectada se acompaña de una mayor mortalidad. Nuestros hallazgos demuestran que la administración de antibióticos contribuye no sólo al desarrollo de una *Candidiasis* sino también a que el espectro bacteriano de la necrosis infectada cambie a favor de una mayor incidencia de infecciones por gérmenes Gram positivos.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.