

REVISTA DE REVISTAS



ASPECTOS CRÍTICOS DE LA TERAPIA ADYUVANTE EN CÁNCER DEL RECTO

Tjandra JJ, Gibbs P, Chao MW: *Ann Acad Singapore* 2003; 32: 163-8.

Introducción: Mientras la terapia adyuvante estándar para cáncer rectal incluye la radioterapia (RT) y la quimioterapia (CT), la combinación y secuencias óptimas no han sido determinadas. En los últimos años, un número grande de ensayos clínicos se han reportado en este campo. **Material y Método:** Una revisión de los trabajos esenciales sobre cáncer rectal, enfocando los últimos ensayos sobre la terapia adyuvante actual. **Resultados:** Múltiples estudios aleatorios bien diseñados han demostrado que en pacientes con un cáncer rectal en estadios II y III la combinación de RT más CT reduce el riesgo de recidiva local, y a distancia, mejora la sobrevida global y debiera ser parte del tratamiento de elección. Debido al reducido riesgo actual de recidiva local, el beneficio absoluto de la RT es menor si la cirugía efectuada es oncológicamente óptima. Ventajas teóricas y los resultados preliminares sugieren que emplear parte de la terapia combinada en el preoperatorio debiera mejorar los resultados globales. Estudios aleatorios actualmente en marcha podrán definir los méritos relativos de la RT de curso largo más CT *versus* la RT preoperatoria de curso corto exclusivo. La terapia preoperatoria combinada debiera aumentar la frecuencia de la preservación del aparato esfinteriano, aunque datos definitivos sobre este aspecto aún faltan.

La radioterapia exclusiva no facilita la conservación esfinteriana. **Conclusión:** El manejo de los pacientes con un cáncer del recto es complejo y requiere de una colaboración cercana entre el cirujano colorrectal, el oncólogo médico y los radioterapeutas para lograr los mejores resultados posibles. La combinación óptima de RT y CT será definida en los próximos años por ensayos clínicos en marcha.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.



LOBECTOMÍA HEPÁTICA IZQUIERDA VÍA LAPAROSCÓPICA

Lesurtel M et al: *J Am Coll Surg* 2003; 196: 236-42.

La cirugía laparoscópica ha ampliado gradualmente su terreno, y con el avance de instrumentos y adiestramiento técnico, hoy es posible realizar una resección hepática. Entre ellas, es la lobectomía izquierda (bisegmentectomía 2 y 3) la más practicada. Los autores comenzaron a efectuar cirugía hepática resectiva en 1996, y hasta el 2002 habían practicado 18 lobectomías izquierdas por esta vía, casos que son el motivo de este estudio de casos y controles.

El grupo laparoscópico (HL) es comparable en cuanto a sexo y edad, riesgo operatorio según ASA, tamaño de la lesión hepática, naturaleza de ésta y estado del hígado, con el grupo de cirugía abierta (HA), compuesto por 20 pacientes.

El tiempo operatorio fue significativamente mayor en el grupo HL, con 202 minutos promedio *versus* 145 en HA. Se usó maniobra de Pringle en igual proporción, pero el *clampaje* del pedículo fue más prolongado en HL, (39 y 23 minutos respectivamente), sin que se observan diferencias significativas en el perfil de función hepática postoperatorio, excepto una mayor alza de los niveles de AST en el grupo HL, sin que ello tuviera repercusión clínica.

Hubo dos conversiones de HL, por hemorragia en uno y localización muy próxima a la confluencia venosa en el otro. Las pérdidas sanguíneas fueron inferiores en HL que en HA, con 236 y 429 mL respectivamente.

No hubo mortalidad en toda la serie, y la morbilidad alcanzó al 10% de las HL y al 15% del grupo abierto, pero sin complicaciones específicas de la resección hepática. Los tiempos de hospitalización fueron similares para ambos grupos, 8 y 10 días.

Los autores demuestran la factibilidad y buenos resultados de esta resección hepática vía laparoscópica y la recomiendan como la primera elección.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



EN TRAUMA: ¿TAQUICARDIA CORRELACIONA CON HIPOTENSIÓN?

Victorino GP, Battistella FD y Wisner DH: *J Am Coll Surg* 2003; 196: 679-84.

Publicaciones clásicas de *shock* hemorrágico señalan la taquicardia como un signo precoz de hemorragia, y también como un fenómeno cardíaco de compensación a la hipovolemia. Estos conceptos han sido aceptados e incorporados en la evaluación y manejo inicial de accidentados. Sin embargo, en modelos experimentales en animales se ha observado que el *shock* hemorrágico no siempre se acompaña de taquicardia. En trauma, además de la hipovolemia, afectan la frecuencia cardíaca el dolor, la ansiedad, estímulos simpático y parasimpático, hormonas circulantes y el uso de algunos fármacos. Para evaluar este aserto se analiza la relación entre frecuencia cardíaca e hipotensión en un número significativo de accidentados.

Los AA revisan retrospectivamente 25.287 pacientes ingresados entre 1988 y 1997 en dos Centros de Trauma Nivel I de la Universidad de California. De ellos seleccionan 14.325 entre 16 y 49 años, pero excluyendo a moribundos, con presión sistólica menor a 50 mmHg, frecuencia cardíaca (FR) bajo 40, TEC grave y traumatismo raquímedular. Se definió taquicardia como la frecuencia cardíaca \geq a 90 por minuto e hipotensión como la presión sistólica $<$ a 90 mmHg.

La edad promedio de la serie fue 30,1 años y 71% eran de sexo masculino. Hubo un 23% de heridas penetrantes y 77% de traumatismos contusos, con un ISS promedio 7,8. Mortalidad global 0,01%. La taquicardia estuvo presente en 27% de traumatismos cerrados y 38% de heridas penetrantes, pesquisando hipotensión en 3% de los primeros y 7% de los segundos. Hubo 489 pacientes hipotensos. Sólo el 65% de ellos exhibieron taquicardia. En pacientes con presión sistólica \geq a 120 mmHg se observó un 39% de taquicardia, y en el 84% de este grupo se requirió transfundir 4 unidades de sangre. Hipotensión con taquicardia se asoció a 15% de mortalidad contra 2%. La estada hospitalaria fue de 12 y 9 días respectivamente.

Se concluye que taquicardia no es un signo confiable de hipotensión. Su inexistencia no garantiza ausencia de hemorragia. Por su parte, la cifra de frecuencia cardíaca no tiene sensibilidad ni especificidad para determinar presencia de hipotensión. Sin embargo, la combinación de taquicardia e hipotensión debe seguir alertando al clínico ya que se asocia a una mayor mortalidad.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



TRAUMA HEPÁTICO: EXPERIENCIA EN 348 CASOS
Jing-Mou Gao, MD y col: *World J Surg* 2003; 27: 703-8.

En los traumáticos de abdomen, la mortalidad viene dada, principalmente, por la gravedad de las lesiones hepáticas, tanto más cuando el tratamiento de los traumatismos graves del hígado sigue siendo un problema irresuelto. El objeto del trabajo fue comprobar la eficacia de diversos procedimientos quirúrgicos en pacientes con graves traumatismos hepáticos. Se efectuó un estudio retrospectivo de 12 años, recopilándose 348 pacientes con traumatismos graves de hígado. 259 (74,4%) fueron tratados quirúrgicamente. En el tratamiento de lesiones hepáticas graves (AAST grados III-V) se emplearon diversos procedimientos quirúrgicos solos o combinados, tales como: taponamiento de la dislaceración hepática con epiplón mayor, hepatectomías, control directo de los vasos sangrantes (tras maniobra de Pringle), ligadura selectiva de arteria hepática, reparación de la cava retrohepática tras oclusión vascular hepática total y, taponamientos perihepáticos. La tasa de supervivencia fue del 86,9% (225/259) y el 15 de 40 lesiones venosas retrohepáticas (RHVI) sobrevivieron sin necesitar transfusiones de sangre superiores a las 60 unidades. En 20 de 25 (80%) de las lesiones RHVI así como en 14 de 17 (82%) sin este tipo de lesiones, el taponamiento perihepático fue capaz de controlar la hemorragia ($p < 0,75$). En los pacientes no tratados quirúrgicamente la tasa de fracasos terapéuticos fue del 17,2% (17/99) y para las lesiones de los grados III a V del 46,7% (14/30). Tres de 6 fracasos en pacientes con lesiones IV y V fallecieron (50%). La mortalidad total fue del 11,8% (41/348) y 51% de las muertes se debieron a exanguinación. Nuestros resultados demuestran que los traumatismos hepáticos graves sobre todo los grados IV y V, requieren tratamiento quirúrgico, ya que según la gravedad del trauma pueden combinarse diferentes procedimientos quirúrgicos, incrementando la supervivencia de estos pacientes. En el tratamiento de las lesiones RHVI el taponamiento (*packing*) perihepático es muy efectivo, constituyendo el método de elección.

Prof. Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.