

REVISTA DE REVISTAS



PROFILAXIS TROMBOEMBÓLICA EN EL TRAUMA RAQUIMEDULAR AGUDO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO
Comité Investigador de Tromboprofilaxis en Trauma Raquimedular. J Trauma 2003; 54: 116-1126.

Individuos hospitalizados con un Trauma Raquimedular (TRM) tienen el mayor riesgo de desarrollar una Trombosis venosa profunda (TVP). Sin profilaxis tromboembólica (PTE) se ha reportado incidencias de 67 a 100% de TVP. A su vez, se imputa a la Embolia pulmonar (EP) ser la tercera causa de muerte en estos pacientes. Las opciones de PTE incluyen: dispositivos de compresión neumática (DCN), anticoagulantes orales (AO), heparina no fraccionada (HNF) y heparina de bajo peso molecular (HBPM). Los AO no son aplicables en la fase aguda del TRM. En tanto, los DCN prueban utilidad únicamente asociados a anticoagulación farmacológica.

Los AA presentan un estudio clínico, prospectivo, randomizado y multicéntrico, conducido entre 1995 y 1998, en 27 Centros de Estados Unidos y Canadá. Se ingresaron 476 pacientes, mayores a 15 años, en los que la eficiencia de PTE, se comparó entre la asociación HNF y DCN (Grupo I) (n=246), con el uso aislado de HBPM (Grupo II) (n=230). Criterios de inclusión: lesiones de C2 a D12, menores a 72 horas de evolución. En el caso de la HNF se empleó 5.000 U cada 8 horas y DCN por 22 horas cada día. En cuanto a la HBPM se administró Enoxaparina 30 mg cada 12 horas. En ambos grupos la PTE se prolongó por 20 días. Al completar 14 días de PTE, se realizó una Flebografía y Ultrasonido bilateral. Para EP se realizó ya sea scanner de ventilación-perfusión, TAC o angiografía pulmonar. Cuando hubo sospechas de TVP o EP los estudios se programaron de inmediato.

La demografía señala: edad promedio 36,9 años, 81,7% de hombres, 66,4% de tetraplejia y 33,6% de paraplejia. Un 25% tuvieron lesiones mayores asociadas, principalmente de abdomen y tórax.

Un número importante de enfermos fue excluido. Fundamentalmente, por desviaciones del pro-

toloco, hemorragia, trombocitopenia, situaciones clínicas adversas y enfermedades intercurrentes. Finalmente, 107 pacientes fueron ingresados al estudio. La incidencia global de Tromboembolismo venoso fue de 63,3% para el Grupo I y 65,5% para el Grupo II. Selectivamente, y respectivo a ambos grupos, se determinó un 44,9 y 60,3% de TVP, un 18,4 y 5,2% de EP y 5,3 y 2,6% de hemorragia mayor (gastrointestinal alto y herida quirúrgica).

Destaca, que tan solo un paciente en cada grupo haya tenido signos clínicos sugerentes de TVP. No hubo muertes atribuibles a EP. Factores de mayor riesgo de TVP son edad mayor, obesidad y retardo en el inicio de la PTE. La alta tasa de detección de tromboembolismo venoso pudiera explicarse por el uso de flebografía, considerado el método más sensible para la detección de TVP en pacientes sintomáticos y asintomáticos.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



ADENOCARCINOMA DEL CARDIAS ¿CUÁL ES EL ABORDAJE QUIRÚRGICO ÓPTIMO?
Ito Hiromichi. J Am Coll Surg 2004; 199: 880-6.

Junto con una disminución global de las tasas de cáncer gástrico en el mundo occidental, se ha venido observando un aumento de las lesiones que comprometen la unión gastroesofágica. Por otra parte, sigue siendo la cirugía la única terapia potencialmente curativa. Considerando la clasificación de Siewert, para aquellos tumores que se originan entre 1 y 5 cm proximal al cardias, la esofagectomía total es el tratamiento de elección. Permanece en discusión cuál es la mejor forma de abordar aquellas lesiones que nacen en plena unión gastroesofágica, o inmediatamente distales, catalogados como II y III de Siewert. Este trabajo, llevado a cabo por cirujanos de la Facultad de Medicina de Harvard, ha intentado aclarar cuál es la evolución con las distintas modalidades quirúrgicas para establecer pronóstico y definir la terapia óptima.

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Brigham and Women, en Boston, entre los años 1991 y 2001, donde se intervinieron por esta patología 82 pacientes con tumores tipo II y III. La edad media era de 63 años, y el 78% de los pacientes, de sexo masculino.

Los procedimientos más frecuentemente utilizados fueron: gastrectomía extendida (gastrectomía y esofagectomía distal transhiatal) en el 38%; esofagectomía total en el 33%; y hubo 24 pacientes (29%), a quienes se les practicó gastrectomía extendida con toracotomía (gastrectomía y esofagectomía distal con toracotomía). En suma, hubo 51 gastrectomías totales, sin observarse diferencias significativas en el tipo de cirugía y la localización del tumor.

La mortalidad global a los 30 días fue de 2,4%, con una morbilidad mayor en caso de esofagectomía pero sin diferencias entre el grupo con y sin toracotomía.

En los pacientes con tumores tipo II (cardiales propiamente tal), un tercio experimentó radioquimioterapia neoadyuvante. Los análisis patológicos fueron hechos de acuerdo a las recomendaciones de la American Joint Committee on Cancer.

El examen histopatológico de las piezas operatorias demostró metástasis linfáticas en nivel I en el 60% de los casos. El 65% de los pacientes tuvo una resección R0 (sin evidencias microscópicas en el margen de sección), pero en los casos de gastrectomía extendida, se observó tumor microscópico en el 38%, independiente si hubo o no toracotomía.

No se observó infiltración neoplásica proximal

si el margen se encontraba a una distancia ≥ 4 cm. La diferencia de margen positivo proximal fue significativamente mayor en caso de tumores T3 y T4, sobre los tumores de menor tamaño.

La media de seguimiento de estos pacientes ha sido de 34 meses, con una sobrevida de 40 y 33% a 3 y 5 años, respectivamente. El análisis univariable correlacionó con una mejor sobrevida la edad sobre 65 años, la ausencia de baja de peso al momento de la presentación, la presencia de un tumor pequeño (T1 o T2), la ausencia de metástasis linfáticas y una resección R0.

La sobrevida a 5 años, para estos tumores tipo II y III, con esofagectomía, gastrectomía con esofagectomía con y sin toracotomía, fue del 30%, 23% y 34%, respectivamente.

Los autores terminan concluyendo que la técnica de abordaje para los cánceres cardiales debe ser elegida individualmente, pero para lograr el objetivo de una resección R0, debe considerarse un margen proximal de al menos 6 cm y debe obtenerse una muestra de al menos 15 linfonodos. Que como es importante la longitud de la resección para lograr R0, es necesario emplear endosonografía endoscópica preoperatoria. Que en caso de tumores T1 y T2, puede ser suficiente un margen proximal de 4 cm, lo que puede ser logrado con gastrectomía extendida pero sin toracotomía. Diferente es el caso de tumores T3 y T4, en que el objetivo va a requerir de una gastrectomía extendida con toracotomía.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.