

REVISTA DE REVISTAS



ETAPIFICACIÓN GANGLIONAR DE TERAPIA DE INDUCCIÓN EN EL CÁNCER PULMONAR NCP III A DETERMINA LA SOBREVIDA

Bueno R y cols. Ann thorac Surg 2000; 70: 1826-31.

La cirugía en la etapa IIIA (N2) tiene sobrevividas globales a 5 años de alrededor de 10%. Parece que la neoadyuvancia con quimio o quimiorradioterapia seguida de cirugía tiene un impacto positivo mejorando la sobrevivida en numerosos reportes. Se presenta un análisis retrospectivo de 103 pacientes portadores de cáncer pulmonar NCP IIIA N2 sometidos a neoadyuvancia y cirugía posterior durante un período de 8 años. En todos ellos se efectuó TAC de tórax y cerebro, cintigrama óseo y mediastinoscopia-mediastinotomía en tumores ubicados en lóbulo superior izquierdo.

Quimioterapia con cisplatino el 74%; radioterapia el 17% y quimioterapia el 9%. En una segunda etapa se reetapificó con TAC para detectar progresión o metástasis. En la cirugía se volvió a etapificar. Fallecieron 4 pacientes. Respuesta patológica completa se vio en 4 casos (3,9%); 99 enfermos presentaron alguna enfermedad residual: 29 a N0; 25 a N1 y 49 permanecieron N2. Se efectuó adyuvancia en 74 pacientes con radioterapia; en 58 fue quimiorradioterapia y en 14 quimio.

La sobrevivida a 5 años global fue 17,5%. En los que bajaron a N0: 35,8% y entre los N1 y N2 la diferencia no fue significativa. Libre de recidiva a 2 años en los que bajaron a N0 fue 71% y 43% en los N1 N2. Los que bajaron la etapificación a N0 tienen un pronóstico significativamente más favorable y la mayoría de ellos recibió quimioterapia.

En los que responden a la inducción, para un adecuado control local es vital la resección completa. Para identificar los mejores candidatos para la cirugía después de la inducción se requiere el auxilio de técnicas como la VATS, el PETSCAN, la mediastinoscopia y la biopsia guiada por eco endosfágica.

Dr. ANTONIO BAQUERIZO M.



TRAUMA CERRADO DEL HÍGADO: LA TENDENCIA HACIA EL MANEJO NO OPERATORIO

Malhotra AK. Ann Surg 2000; 231: 804-13.

Si bien el manejo tradicional del traumatismo hepático ha sido la exploración quirúrgica, los autores reconocen que en la década del 90 comenzaron a aplicarse medidas no-operatorias, entre el 17 y el 60% de los casos, cuando existía estabilidad hemodinámica.

En este trabajo se registran los resultados del manejo no-operatorio del traumatismo hepático, sobre 661 pacientes atendidos en un Centro de Trauma en un período de 5 años (1994-1998). Son hombres jóvenes, edad promedio 34 años, accidentados de tránsito (82%) y de los cuales el 83,4% tenía lesiones asociadas, destacando las de tórax, pelvis y craneoencefálicas en orden decreciente.

Estos pacientes fueron evaluados con tomografía axial y observados inicialmente en Cuidados Intensivos. Si desarrollaban inestabilidad hemodinámica o caídas significativas del hematocrito, fueron operados y ello se consideró falla del manejo no-operatorio.

Al ingreso, un 15% fue operado de urgencia, de modo que se optó por manejo no-operatorio en el 85% restante. Entre ellos, un 7,5% debió ser intervenido quirúrgicamente, y esto ocurrió habitualmente el mismo día del accidente o al siguiente. La mortalidad global, para aquellos que cumplieron manejo no-operatorio fue del 7,9%, y en todos estos casos la mortalidad no tuvo relación con la lesión hepática, sino que con las lesiones asociadas.

La frecuencia del absceso intraabdominal en el grupo no-operado fue del 2,2% y sólo en un 0,9% no se diagnosticó inicialmente una lesión de víscera hueca. También se observó un menor índice de transfusiones y se acortó el período de hospitalización.

Con todo esto, los autores dan por seguro el manejo no-operatorio de los pacientes con trauma hepático cerrado, estables hemodinámicamente, independientemente del grado de lesión y cuantía del hemoperitoneo. Esta conducta fue aplicable en el 85% de los casos.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

R R "ACALASIA Y CÁNCER DE ESÓFAGO"
Björn Lucas, María Bucher, MD y cols.
World J Surg 2001; 25: 745-9.

Antecedentes: la incidencia de carcinoma en pacientes con acalasia y la prevalencia de acalasia en el cáncer esofágico varía en forma muy amplia en los informes de la literatura. El pronóstico de un "carcinoma de acalasia" es generalmente considerado como pobre. Sin embargo, son escasos los estudios sistemáticos que evalúen la incidencia, y prevalencia y pronóstico de pacientes con "carcinoma de acalasia". Propósitos: se investigó la incidencia del cáncer de esófago en una amplia serie de pacientes con acalasia conocida, se determinó la prevalencia de acalasia en pacientes que se presentaron con cáncer esofágico y se evaluó el pronóstico en estos pacientes en comparación con aquellos con cáncer esofágico y sin acalasia.

Pacientes y Métodos: en el período 1982 a 1998 se trataron 124 pacientes con acalasia primaria en nuestro departamento. En el mismo período se presentaron 1366 pacientes con cáncer esofágico (879 carcinomas escamocelulares, 487 adenocarcinoma).

Resultados: cuatro de los 124 pacientes con acalasia primaria desarrollan carcinoma en un seguimiento promedio de 5,6 años, o sea que la incidencia fue de un carcinoma por cada 173,6 pacientes -años de seguimiento. Trece de 879 pacientes (1,5%) que se presentaron con adenocarcinoma esofágico y uno de 487 (0,2%) tenían historia previa de acalasia primaria. Siete pacientes con carcinoma de acalasia (50%) exhibían enfermedad poco avanzada (estado I, IIA, IIIB). No se observó diferencia en el pronóstico de los pacientes con carcinoma de acalasia reseca *versus* los pacientes con carcinoma esofágico y libres de acalasia.

Conclusiones: en nuestra población de pacientes con acalasia de larga duración se incrementa 140 veces el riesgo de desarrollar carcinoma en comparación con la población normal. Mediante un programa liberal de detección, se logra identificar el carcinoma en sus fases tempranas, con un pronóstico que no es peor que el de los pacientes con carcinoma escamocelular que no tienen acalasia.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

R R COMPARACIÓN DEL VALOR DIAGNÓSTICO DE LA US ENDOSCÓPICA VERSUS LA ERCP EN TUMORES DE CABEZA DE PÁNCREAS
Glasbrenner B, Schwartz W, Pauls S, Preclik G, Beger HG. Dig Surg 2000; 17: 468-74.

El objetivo de la presentación es comparar el valor diagnóstico de la US endoscópica (EUS) y la ERCP, en la diferenciación de lesiones malignas y benignas de la cabeza del páncreas.

En un período de 14 meses, 95 pacientes con masas en la región de la cabeza del páncreas fueron referidos a EUC preoperatoria y ERCP. Ambos procedimientos fueron practicados de acuerdo con un protocolo estandarizado.

Basados en los hallazgos intraoperatorios e histología, 50 pacientes (53%) tenían un tumor maligno y 45 (47%) una masa inflamatoria benigna.

La tasa de éxito fue de 96% para EUS y 95% para ERCP. Los resultados globales para EUS y ERCP en la predicción de masas malignas fueron respectivamente: sensibilidad 78 y 81%, especificidad 93 y 88%, valor predictivo positivo 93 y 89% y valor predictivo negativo 78 y 80% y acuciosidad diagnóstica 85 y 84%. Cuando EUS y ERCP se practicaron juntas, la sensibilidad fue de 82%, especificidad 85%, pero la acuciosidad diagnóstica (89%) no aparece aumentada en forma significativa. Los resultados de la EUS en el diagnóstico de metástasis ganglionares fueron: sensibilidad 55%, especificidad 91%, valor predictivo positivo 69% y valor predictivo negativo 84% y acuciosidad 81%.

Conclusiones: EUS y ERCP tienen acuciosidad diagnóstica similares en la distinción de lesiones malignas y benignas de la cabeza pancreática. La combinación de ambos procedimientos no es superior al uso individual de cada uno. Ganglios linfáticos anormales observados en EUS en pacientes con lesiones inflamatorias de la cabeza pancreática en casos de pancreatitis crónica deben ser interpretados en forma cautelosa.

Dr. JOSÉ KLINGER R.

R R IRRIGACIÓN QUIRÚRGICA DE HERIDAS EN SISTEMA CERRADO
Koniaris LG y Garazo HF. J Am Coll Surg 2000; 191: 466-8.

El lavado con dispositivos de irrigación a alta presión (2-10 lb/pulg²) constituye hoy el tratamiento estandarizado ideal para heridas gravemente contaminadas como las que se producen en fracturas

y luxofracturas expuestas, desbridamiento de heridas traumáticas necróticas, esfaceladas y quirúrgicas, infecciones secundarias a cuerpos extraños, muñones de amputación, flegmón perineal, heridas craneofaciales, pie diabético, etc.

Está claramente demostrado que con esta técnica disminuye la contaminación bacteriana, se mejoran las condiciones generales y se acelera la recuperación. Sin embargo, al ser una técnica abierta el líquido inunda y se esparce por todas partes y las gotitas de aerosol se dispersan ampliamente en el ambiente, contaminan todas las superficies del quirófano y exponen al equipo quirúrgico y personal.

Los AA describen una técnica cerrada de "lavado con bolsa". Se basa en el empleo de una bolsa de colostomía o Steridrape® que se aplica en la forma más hermética posible, según el caso a la extremidad o zona que se debe irrigar. Ello se consigue mediante amarras ajustadas, alrededor de la porción proximal de una extremidad, y en tronco o zonas más planas fijando con tela adhesiva directamente a la piel o a un sistema de compresas para así constituir un campo lo más adecuado posible. En su extremo más alto se le hace una fenestración por la que se introduce el tubo de la pistola de irrigación, a cuyo alrededor se ata la bolsa también en forma hermética. Por la base, y a la mayor distancia posible de la pistola se introduce un tubo de aspiración con protección polifenestrada a fin de establecer un circuito de circulación del líquido. Debe usarse siempre una bolsa transparente a fin de visualizar permanentemente la herida.

Los AA han empleado esta técnica en aproximadamente 200 casos, especialmente en extremidades. Si bien reconocen que puede perfeccionarse constituye desde ya una innovación útil y aplicable.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.



OPERACIÓN PARA LA ENFERMEDAD VALVULAR
CARDÍACA ASOCIADA A ANOREXÍGENO

J Thorac Cardiovasc Surg 2001; 122: 656-64.

Este trabajo proveniente de las clínicas Mayo y Scripps consiste en una descripción clínica, ecocardiográfica y anatomopatológica así como de la intervención quirúrgica efectuada en 14 pacientes mujeres con enfermedad valvular secundaria a fenfloramina o dexfenfloramina con o sin fentermina, hecho de observación relativamente reciente y que produjo cierto impacto en la comunidad. Trece de las pacientes habían recibido fenfloramina y fentermina por $12,1 \pm 7,3$ meses antes de la operación. La paciente restante había recibido defenfloramina por 13 meses y fentermina por 6. El síntoma más frecuente fue la disnea seguida de palpitations y dolor torácico atípico. Seis pacientes se presentaron en insuficiencia cardíaca y en 4 se pesquisó un nuevo soplo cardíaco. En todos los pacientes se demostró ecocardiográficamente una insuficiencia mitral grave. Siete tenían, además, una insuficiencia aórtica y 4 una insuficiencia tricuspídea significativa. En cuatro pacientes fue posible efectuar una reparación valvular mitral y en las 10 restantes fue necesario efectuar un reemplazo protésico de la válvula mitral; en 5 se reemplazó, además, la válvula aórtica. Las válvulas resecaadas tenían un aspecto blanco brillante con un engrosamiento de cuerdas y velos. Al examen microscópico se observó consistentemente una proliferación focal superficial y núcleos de fibrosis. En conclusión, los anorexígenos de este tipo pueden producir regurgitación multivalvular grave característica con una historia natural incierta, lo que es importante reconocer dado el amplio uso de estos últimos. La reparación valvular sería posible en algunas de estas jóvenes pacientes.

Dr. RICARDO ZALAQUETT S.