

## REVISTA DE REVISTAS

R  
R

VALOR PREDICTIVO DE LA RESPUESTA CLÍNICA COMPLETA A LA TERAPIA NEOADYUVANTE EN CÁNCER DEL RECTO: ANÁLISIS DE 488 PACIENTES

*Riotis SP, Weber SM, Cohen AM, Minsky BD et al: Memorial Sloan-Kettering Cancer Center. J Am Coll Surg 2002; 194: 131-5.*

Los pacientes portadores de un cáncer de recto que tienen compromiso transmural o linfonodos positivos se benefician de la radioquimioterapia (RoQx) preoperatoria que se utiliza cada vez con mayor frecuencia en los últimos años. Algunos pacientes muestran una respuesta clínica completa con la RoQx, lo que hace controversial el manejo definitivo en estos casos. El objetivo de este trabajo es determinar con que frecuencia la respuesta completa se correlaciona con una respuesta completa al examen histopatológico. Se trata de un estudio retrospectivo de 488 pacientes sometidos a RoQx preoperatoria con tumores T3-T4 y/o linfonodos positivos al examen clínico y ultrasonido endorrectal. La respuesta clínica completa fue del 19%. Todos los pacientes fueron intervenidos con cirugía radical independientemente de la respuesta clínica. La respuesta patológica completa global fue 10%.

La respuesta patológica completa en el subgrupo de pacientes con respuesta clínica completa fue 25%. Aunque la respuesta clínica completa fue un potente predictor de respuesta patológica completa, el 75% de los pacientes con respuesta clínica completa tenía focos de tumor persistente. Los autores concluyen que la respuesta clínica completa a la RoQx preoperatoria no es un predictor seguro de respuesta patológica completa y un porcentaje significativo de ellos tiene tumor persistente en el mesorrecto o en los linfonodos. Según ello, todos los pacientes debieran ser sometidos a cirugía radical independientemente de la respuesta clínica a la terapia neoadyuvante.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

R  
R

FÍSTULA PANCREÁTICA POSTPANCREATODUODENECTOMÍA ROL DEL OCTREOTIDO

*Yeo CJ: Ann Surg 2000; 232: 419-29.*

La pancreatoduodenectomía (PD) es una cirugía frecuente en muchos centros, con una mortalidad actual inferior al 5%, pero con una tasa de complicaciones que bordea el 50%. Entre estas últimas, la fístula pancreática es una de las más frecuente, y afecta entre el 5 y el 25% de los casos. Para su control se han utilizado diferentes técnicas quirúrgicas y tipos de anastomosis, siendo similar si ésta se efectúa al estómago o al yeyuno. Con este fin se ha utilizado el octreotido (análogo de la somatostatina), que en algunos estudios ha demostrado una reducción de las fístulas pancreáticas; sin embargo, estos trabajos incluyen muy diferentes tipos de cirugía pancreática.

Los autores, de Johns Hopkins, desarrollaron este estudio prospectivo y randomizado, doble ciego y con casos centrales, para evaluar el efecto de la somatostatina perioperatoria sobre la fístula pancreática, otras complicaciones post-PD, tiempo de hospitalización y mortalidad. Finalmente se evaluaron 211 pacientes de los cuales 104 recibieron octreotido desde el preoperatorio inmediato y cada 8 horas por 7 días y otros 107 que fueron los controles. En 209 pacientes, la anastomosis fue hecha al yeyuno. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a patología pancreática, características del páncreas y tipo de cirugía.

Los resultados demostraron una tasa similar de complicaciones en ambos grupos, 40% y 34%, siendo la fístula pancreática un 11% en el grupo con octreotido y del 9% en el control. Lo que demostró una diferencia significativa fue el tipo de páncreas, apareciendo fístula en el 25% de los páncreas catalogados como "blandos".

Tampoco se demostró una reducción del tiempo de hospitalización ni la mortalidad operatoria, que sólo afectó a 1 de los 211 casos.

A este análisis los autores agregan un estudio económico sobre el uso del octreotido, que a su juicio sólo encarece el tratamiento, sin un efecto beneficioso demostrable. Por lo tanto, no recomiendan el uso profiláctico de octreotido en PD.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

**R R** GASTRECTOMÍA CURATIVA EN CÁNCER GÁSTRICO. PRONÓSTICO DE RECIDIVA Y TIEMPO DE VIDA  
*Eigo Otsuji y col: World J Surg 2001; 25: 1373-76.*

En pacientes con cáncer gástrico, tratados mediante gastrectomía curativa, es muy difícil pronosticar la recidiva y cuando va a fallecer el enfermo como consecuencia de la misma. Este estudio intenta determinar los factores predictivos por lo que a la supervivencia, en pacientes con recidiva tumoral, se refiere. Se efectúa un análisis multivariante para averiguar la relación de dependencia existente entre la muerte y la recidiva tumoral postoperatoria y así como la relación existente entre la supervivencia y la recidiva tumoral. De acuerdo con la supervivencia los pacientes se dividieron en dos grupos: aquellos que por recidiva tumoral tras cirugía fallecieron en menos de dos años y aquellos que sobrevivieron 2 o más años tras la intervención quirúrgica. La profundidad de la invasión neoplásica, las metástasis ganglionares linfáticas regionales y el tamaño del tumor son factores que se correlacionan independientemente con la recidiva tumoral tras gastrectomía curativa. Sólo la profundidad de la invasión tumoral se correlacionó independientemente con el momento de la muerte debida a la recidiva tumoral. Es posible pronosticar la supervivencia tras la recidiva de un cáncer gástrico por el grado de profundidad de invasión tumoral de la pared gástrica.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

**R R** CIRUGÍA CORONARIA DE UN VASO MÍNIMAMENTE INVASIVA CON ARTERIA TORÁCICA INTERNA Y ANGIOGRAFÍA POSTOPERATORIA PRECOZ: RESULTADOS A MEDIANO PLAZO DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN 120 PACIENTES CONSECUTIVOS  
*Ann Thorac Surg 2002; 73: 505-10.*

Este trabajo proveniente del Instituto del Corazón en San Pablo, Brasil, muestra resultados a mediano plazo de un estudio prospectivo en curso de esa Institución que persigue determinar el rol de la cirugía coronaria mínimamente invasiva a través de estudios angiográficos postoperatorios precoces y seguimiento clínico en 120 pacientes con enfermedad coronaria de un vaso.

Los pacientes fueron operados a través de un acceso mínimamente invasivo, definido éste como una incisión cutánea de entre 6 a 10 centímetros, sin esternotomía completa y sin uso de circulación

extracorpórea. La incisión fue submamaria izquierda en el 49% de los casos, paraesternal izquierda en el 24% y esternotomía media inferior parcial en L invertida en el 23%. En 5 casos se utilizaron accesos mínimamente invasivos en el hemitórax derecho para la revascularización de la arteria coronaria derecha. En el 95% de los pacientes la arteria revascularizada fue la arteria descendente anterior. En 104 pacientes (90,4%) se efectuó una angiografía postoperatoria previo al alta (3 a 8 días, promedio  $5,8 \pm 1,8$  días). La permeabilidad de la arteria torácica interna fue del 98,1%; perfecta, esto es grado A, en el 95,2%. Dos pacientes (1,7%) presentaron un infarto miocárdico perioperatorio. Uno de estos pacientes falleció (mortalidad operatoria 0,8%).

El seguimiento se completó en el 100% de los casos con un margen de 6 a 42 meses y un promedio de 24,9 meses. El 95% de los pacientes estaban asintomáticos. Cuatro pacientes (3,3%) presentaron angina y 2 (1,7%) un infarto miocárdico durante el seguimiento. La angiografía en estos 6 pacientes demostró oclusión de la arteria torácica interna en 4. Así, a 42 meses la probabilidad de estar libre de eventos cardíacos fue de 94,9% y la probabilidad de supervivencia fue de 98,3%.

Los autores concluyen en base a estos resultados que la cirugía coronaria mínimamente invasiva es una operación segura y menos invasiva que la cirugía convencional en pacientes seleccionados con enfermedad coronaria de un vaso y sin disfunción ventricular izquierda importante.

Dr. RICARDO ZALAUQUETT

**R R** RELACIÓN ENTRE VOLUMEN DE PACIENTES Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO EN CENTROS DE TRAUMA  
*Nathens AB, Jurkovich GJ, Maier RV y cols: JAMA 2001; 285: 1164-71.*

En el año 1990, Smith de Chicago, demostró una disminución de 30% en la mortalidad de accidentados en aquellos Centros de Trauma que atendían más de 200 casos graves por año. El concepto que se postula es que a mayor volumen de pacientes atendidos y mayor experiencia se obtienen mejores resultados en el tratamiento. Ello permite inferir la conveniencia de restringir los centros de atención con el fin de canalizar los accidentados a centros de mayor flujo de pacientes conforme a un esquema de regionalización predeterminado.

Los AA efectúan una revisión retrospectiva en 31 Centros de Trauma Nivel I y II en USA, ligados

a Instituciones Académicas. Se incluyeron 478 pacientes consecutivos con heridas penetrantes abdominales y 541 traumatismos múltiples cerrados (1997-1998) con un índice de severidad de lesiones (ISS) mayor a 15.

Se estableció que 650 traumatizados por año, con ISS mayor a 15, era el número ideal requerido para optimizar los resultados. Las diferencias significativas con Centros de Trauma de menor flujo se establecen sólo cuando los enfermos son graves, están en estado de coma o *shock*. Los períodos de estada hospitalaria disminuyeron significativa-

mente: de 12,3 a 10,0 días en las heridas penetrantes abdominales y de 15,7 a 13,4 días en trauma múltiple cerrado. En tanto y, coincidente con lo anterior, las cifras de mortalidad bajaron espectacularmente de 60 a 25% en el grupo de heridas penetrante y de 50 a 24% en los casos de trauma cerrado. A su vez, los AA determinaron que cada cirujano, idealmente debe atender anualmente un mínimo de 35 accidentados con un ISS mayor a 15.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.