Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 6, Diciembre 2002; págs. 697-698

REVISTA DE REVISTAS

CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER COLORRECTAL

Lumley J, Stiz R, Stevenson A, Fielding G, Luck A. Dis Colon Rectum 2002; 45: 867-74.

Propósito. Desde 1991 la resección laparoscópica se ha empleado selectivamente en pacientes con cáncer colorrectal (CCR), cuyos resultados a mediano y largo plazo se presentan en este estudio. Método: Todos los pacientes portadores de un CCR sometidos a una resección laparoscópica fueron estudiados en forma prospectiva. Resultados: Se estudian 181 pacientes de los cuales 154 se intervinieron con intención curativa con un seguimiento promedio de 71 meses (extremos 7-108). La recidiva global fue 6%. Hubo una recidiva en un sitio de entrada del trocar (0,6%) y la mortalidad operatoria fue del 1%. Seis pacientes debieron ser reoperados por una obstrucción intestinal y hubo una hernia incisional. La sobrevida corregida a 5 años y la recidiva según la Clasificación Australiana clínico-patológica fue de 91% y 3,5% en estadio A, 83% y 15% en estadio B y 74% y 26% en estadio C. Conclusión: En pacientes seleccionados la resección laparoscópica de un CCR logra aceptables resultados en el seguimiento a mediano y largo plazo con una baja tasa de complicaciones.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

RESECCIÓN RADICAL SECUNDARIA A CÁNCER VESICULAR DESCUBIERTO DESPUÉS DE COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Toshifumi, MD y col. World J Surg 2002; 26: 867-71

La recurrencia en los orificios del trocar o la siembra peritoneal constituye una complicación fatal luego de colecistectomía laparoscópica en pacientes con carcinoma de la vesícula biliar. El propósito de este análisis retrospectivo fue determinar la asociación de la perforación de la vesícula en el curso de la colecistectomía laparoscópica con la concurrencia en los sitios de los orificios y la recurrencia peritoneal, y determinar el papel de una segunda resección radical en el manejo del carcinoma de la vesícula biliar diagnosticado luego de una colecistectomía laparoscópica. Se analizaron 28 pacientes, 10 de los cuales fueron sometidos a segunda resección luego de la colecistectomía laparoscópica. Cinco desarrollaron recurrencia, 3 en los sitios de orificios peritoneales y en 2 sitios distantes. La incidencia de recurrencia de orificios peritoneales fue mayor en los pacientes con perforación de la vesícula (3/7, 43%) que en los que esto no ocurrió (0/21, 0%) (p= 0,011). El resultado luego de la colecistectomía laparoscópica fue peor en 7 pacientes con perforación de la vesícula (supervivencia acumulativa a 5 años de 43%) que en aquellos sin perforación (100%) ($p < 0,001$). En 13 con tumor pT2, el resultado luego de la segunda resección radical (supervivencia acumulativa a 5 años de 100%) fue mejor que la de los que sólo recibieron la colecistectomía laparoscópica (50%) (p= 0,039) aunque no se observó beneficio de supervivencia con la segunda operación radical en los 15 pacientes con tumor pT1 (p= 0,65). En conclusión, la perforación de la vesícula biliar durante una colecistectomía laparoscópico se asocia con recurrencia en los sitios de los orificios peritoneo y peor supervivencia. La segunda resección radical está indicada en pacientes con carcinoma pT2 de la vesícula biliar que es descubierto luego de una colecistectomía laparoscópica.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

INTEGRACIÓN DE MALLA DE POLIPROPILENO EN LA PARED ABDOMINAL: COMPARACIÓN DE DOS TÉCNICAS

Fernando JM et al: World J Surg 2001; 25: 840-7.

La colocación de material sintético biocompatible en la pared abdominal es hoy por hoy la mejor forma de reparación de defectos en ella, y se practica frecuentemente. Sin embargo, todavía hay controversia en relación al mejor sitio de colocación, puesto que la malla se puede dejar por detrás del

plano muscular, en el plano preperitoneal o simplemente sobre la propia pared.

En este trabajo experimental, los autores estudiaron la integración de una malla de polipropileno en la pared abdominal, y también se efectuaron estudios tensiométricos. Se operaron ratas, bajo técnica estéril y con antibiótico profilaxis y sin crear defecto de la pared. En un grupo se dejó la malla sobre la aponeurosis (n= 6) y en el otro grupo sobre la superficie peritoneal. Algunos animales se sacrificaron a los 7 días, otros a los 15 y los últimos a los 30 días, y mediante microscopia de barrido electrónico se analizó la respuesta de integración. Además, se observó la apariencia microscópica estándar, y por medio de técnicas inmunohistoquímicas, el depósito de colágeno tipo I y III. Adicionalmente, se midió y correlacionó resistencia tensil y porcentaje de elongación.

Los resultados demostraron que ya a los 7 días existe tejido conectivo que infiltra la prótesis por ambos lados, en ambos grupos, lo cual prospera hasta la colonización celular y posterior depósito de colágeno y aparición de vasos de neoformación en áreas adyacentes al biomaterial. Sin embargo, todos estos fenómenos son más evidentes, intensos y mejor organizados, cuando la malla se coloca preaponeurótica. Esto se correlacionó con los hallazgos de los estudios dinámicos, puesto que la resistencia tensil fue significativamente mayor en la ubicación preaponerótica.

Se concluye que las mallas de este tipo, implantadas por sobre el plano aponeurótico, tienen mayor incorporación tisular y mayor resistencia tensil, lo que refleja un mejor anclaje a la pared abdominal.

Dr. Ricardo Espinoza G.

Ingeniería *in vitro* de músculo cardíaco: tejido miocárdicos artificial

J Thorac Cardiovasc Surg 2002; 124: 63-9.

Este grupo de investigadores alemanes desarrolla una técnica experimental en ratas que persigue crear un tejido miocárdico artificial con capacidad contráctil, con miras a reemplazar áreas isquémicas o infartadas del corazón. Para esto, los autores siembran una matriz de colágeno disponible comercialmente con cardiomiocitos de ratas recién nacidas, logrando demostrar posteriormente que este tejido miocárdico artificial es capaz de experimentar contracciones continuas, rítmicas y sincrónicas luego de trece semanas de la siembra. Igualmente, este tejido respondió a drogas como la adrenalina y calcio así como a la estimulación eléctrica. Por otra parte, los autores fueron también capaces de registrar actividad electrocardiográfica en este tejido miocárdico artificial cuando latía espontáneamente, demostrándose patrones electrocardiográficos fisiológicos.

Los autores concluyen que con una matriz de colágeno disponible comercialmente, es posible con técnicas de bioingeniería, desarrollar un tejido miocárdico contráctil que demuestra propiedades mecánicas y biológicas que se asemejan al tejido cardíaco nativo, lo que puede ser una herramienta terapéutica promisoria para la enfermedad miocárdica isquémica.

Dr. Ricardo Zalaquett