

REVISTA DE REVISTAS

RR

RESECCIÓN TOTAL DEL MESORRECTO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER RECTAL

Wibe A, Moller B, Norstein J et al: Dis Colon Rectum 2002; 45: 857-66.

Introducción: El cáncer del recto se caracteriza por una alta incidencia de recurrencia local (RL) que afecta negativamente la sobrevida. En Noruega se ha impuesto el concepto que la RL se relaciona con la experticia del cirujano y la aplicación de una técnica estandarizada conocida como resección total del mesorrecto (RTM) que se inició en Noruega en 1993. *Método:* Estudio de cohorte nacional que incluye 3319 pacientes con cáncer de recto tratados entre 1993 y 1997. Los parámetros evaluados fueron la RL, sobrevida y mortalidad operatoria. Además se comparó la RTM con la técnica convencional. *Resultados:* la RL fue del 6% en el grupo con RTM y 12% en el grupo con cirugía convencional (se incluye la RL asociada con metástasis a distancia). La sobrevida global a 4 años fue de 73% y 60% respectivamente. La mortalidad promedio fue 3% y la dehiscencia anastomótica fue 10%, sin diferencias en ambos grupos. *Conclusión:* Un refinamiento de la técnica como la RTM puede ser lograda a nivel nacional con buenos resultados en RL y sobrevida a largo plazo.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

RR

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO DEL CÁNCER DE LA CONFLUENCIA BILIAR

Mulholland MW et al: J Am Coll Surg 2001; 193: 440-7.

En este artículo, los autores, miembros del Departamento de Cirugía de Johns Hopkins, revisan el estado actual del tratamiento del cáncer biliar que afecta la zona del hilio.

Se sabe que de los colangiocarcinomas, sobre el 90% corresponde a adenocarcinoma, en ocasiones muy desmoplástico y poco celular, lo que dificulta el diagnóstico y que el 75% es de localización perihiliar, donde existen alternativas quirúrgicas y no operatorias de tratamiento; los intrahepáticos se

tratan con resección hepática y los distales por medio de una pancreatoduodenectomía. El punto controversial es el cáncer perihiliar, donde la evaluación preoperatoria debe tender a detectar metástasis a distancia, el compromiso nodal y el detalle de la anatomía biliar para la reconstrucción postresección. Todo ello es logrado importantemente por la Tomografía axial, con un 78% de especificidad diagnóstica y casi un 100% de certeza para determinar el nivel de obstrucción biliar, pero a menudo se recomienda una colangiografía transhepática para delinear la anatomía biliar. Hoy, la colangiorresonancia tiene una exactitud de 98% o más y las imágenes angiográficas por este método son de mucha ayuda a la hora de programar la cirugía. La laparoscopia y la ultrasonografía endoscópica son de poco valor en estos casos.

Pues bien, la cirugía consiste en la resección del árbol biliar, y una derivación biliar a un asa yeyunal, usualmente con tutores transhepáticos; sin embargo, la no utilización de un *stent* no parece aumentar significativamente las complicaciones postoperatorias. Si la extensión tumoral ha producido además oclusión arterial o portal, se agrega una resección hepática a la de la vía biliar. En una proporción variable de casos por la proximidad anatómica, es el lóbulo caudado el afectado, y su resección es la única forma de lograr márgenes negativos. Se sabe que el pronóstico luego de una resección está dado principalmente por los márgenes, y que para evitar recurrencia anastomótica se requieren al menos 5 mm libres. Pues bien, combinando resección biliar más hepática, la tasa de resecciones con margen libre, aumentan de 28% a 79% y con ello la sobrevida. Así, la cirugía, única opción curativa alcanza por sí sola curación en el 15% a 20% de los pacientes. El rol de la radioterapia no está claramente definido y pareciera ser útil y mejor tolerada la braquiterapia con iridio 192. La adición de fluoruracilo en pacientes no resecaados o con recurrencia pareciera aumentar la sobrevida.

El rol del trasplante hepático en estos casos permanece contraversial y los pacientes resecaados no son estrictamente comparables con los trasplantados.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

Hung Lau, MD, David C, Brooks MD. Depto. Cirugía Harvard Medical School. World J Surg 2002; 26: 1117-21.

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una práctica establecida en nuestra institución, que tiene una experiencia acumulada de más de 800 casos. El presente estudio fue realizado con el propósito de evaluar los resultados de la colecistectomía laparoscópica practicada con egreso de paciente el mismo día del procedimiento en un hospital docente mayor. Se hizo el análisis retrospectivo de una serie de 200 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para evaluar la morbilidad postoperatoria y las tasas de admisión no programada y de readmisión analizando las causas de admisión no anticipada y de readmisión. Se registró recuperación libre de complicaciones en 185 pacientes (92,5%). La duración promedio de la operación fue 56 ± 20 (DE) minutos. No se registró mortalidad operatoria y ningún paciente requirió conversión a operación abierta. Nueve pacientes fueron hospitalizados hasta el día siguiente de la operación debido a náusea y vómito (n= 3), dolor (n=2), retención urinaria (n=2), observación médica (n=1), y preferencia del paciente (n=1), lo cual significó una tasa de admisión no anticipada del 4,5%. Seis pacientes requirieron readmisión por complicaciones postoperatorias (n=4) y dolor abdominal (n=2), para una tasa de readmisión de 3%. La tasa global de morbilidad postoperatoria fue 3% (n=6), e incluyó cálculos retenido (n=4), escape biliar (n=1) y hematoma subcapsular del hígado (n=1). La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una práctica quirúrgica segura en pacientes debidamente seleccionados. La náusea y el vómito postoperatorios fueron la causa más común de admisión no anticipada luego de la operación, y el cálculo retenido la complicación más frecuente que motivó readmisión.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.



DIAGNÓSTICOS OMITIDOS EN PACIENTES FALLECIDOS POR TRAUMA

Ong AW, Cohn SM, Cohn KA y cols: J Am Coll Surg 2002; 194: 401-6.

Se desconoce la incidencia real de lesiones inadvertidas y complicaciones en pacientes fallecidos por Trauma, ya que en Estados Unidos se

realiza autopsias solamente en el 60% de ellos. Sin embargo, en la Ryder Trauma Center - Miami esta cifra es cercana al 100% de los casos. Por otra parte, pocos estudios han dirigido su atención a las muertes que por esta causa ocurren en una UCI.

Los AA realizan un análisis retrospectivo de los antecedentes de 6.390 pacientes (6.382 casos de Trauma y 308 Quemados), ingresados al Ryder Trauma Center durante un período de observación de 2 años (1997-1998). Un 35% de los pacientes presentaban heridas penetrantes. Fallecieron 673 (10,9%), pero en sólo 165 la muerte sobrevino en la UCI. Según mecanismo lesional correspondieron a: heridas penetrantes 11,4%, lesiones contusas 68,4% y quemaduras 20,2%. En 153 de ellos se practicó una autopsia. Edad promedio: 50 años. Tiempo promedio de estada en UCI: 10 días, ISS promedio: 27. Causas de muerte: TEC 55%, falla orgánica múltiple 37%.

Las lesiones inadvertidas se clasificaron en:

Clase I (4 casos 3%). Corresponden a lesiones mayores que reconocidas y tratadas habrían modificado el pronóstico: infarto intestinal, meningitis, absceso retroperitoneal y úlcera péptica sangrante.

Clase II (25 casos 16%). Corresponden a lesiones mayores, pero que reconocidas y tratadas no habrían modificado el pronóstico, ya que ocurrieron en pacientes con lesiones traumáticas críticamente graves: neumonía, embolia pulmonar, fractura de vértebras torácicas, hemoperitoneo, y encefalopatía anóxica.

Clase III (12 casos 8%). Corresponden a diagnósticos y complicaciones menores: hemoperitoneos mínimos asociados a laceración de hígado o bazo.

Sólo en 19% se detectaron lesiones mayores. En ocasiones por falta de información anamnésico o hechos clínicos que orientaran a una búsqueda dirigida de lesiones. Pero en la gran mayoría ellas no modificó el pronóstico al ocurrir en pacientes críticamente graves. El resultado en general fue bueno, ya que en el 81% de los casos examinados no se encontró lesiones inadvertidas o éstas fueron sólo Clase III.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.