

## REVISTA DE REVISTAS



NIVELES SÉRICOS DE LA SUBUNIDAD B DE GONADOTROFINA CORIÓNICA HUMANA (GCH), CA 72-4 Y CEA SON FACTORES PRONÓSTICOS INDEPENDIENTES EN CÁNCER COLORRECTAL  
*Louhimo J, Carpelan-Holmstrom M, Alfthan M, Stenman U-H, Jarvinen HJ, Haglund C. Hospital Universitario Central de Helsinki, Finlandia. Int J Cancer 2002; 101: 545-8.*

En el cáncer colorrectal (CCR), el estadio se considera el factor pronóstico de mayor relevancia, aunque también algunos marcadores séricos pueden tener importancia. El objetivo de este estudio fue investigar el valor pronóstico del antígeno carcinoembrionario (CEA), CA 19-9, CA 242, CA 72-4 y la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (GHC) en el CCR. Se obtuvieron muestras de sangre preoperatorias de 204 pacientes portadores de un CCR, 31 Dukes A, 70 Kukes B, 49 Dukes C y 54 Dukes D. Valores normales aceptados fueron hasta 5 ng/ml para CEA, 37 kU/L para CA 19-9, 20 kU/L para CA 242 y 6 kU/L para CA 72-4 utilizando los preparados comerciales disponibles. La GHC fue medida con una técnica de ensayo inmunofluorométrico. Los análisis de supervivencia fueron realizados con las tablas de vidas de Kaplan-Meier, test de log-rank y test de regresión de Cox. La sensibilidad fue de 44% para CEA, 26% para CA 19-9, 36% para CA 242, 27% para CA 72-4 y 16% para GHC. La sobrevida global a 5 años fue de 55%, con cifras de 89%, 77%, 52% y 3% para Dukes A, B, C y D, respectivamente. Los niveles séricos elevados de todos los marcadores se correlacionaron con un peor pronóstico ( $p < 0,001$ ). En el análisis multivariado (Cox), el factor más poderoso fue el estadio ( $p < 0,001$ ), seguido por la localización del tumor ( $p = 0,002$ ) y niveles séricos de GHC ( $p = 0,002$ ), CA 72-4 ( $p = 0,003$ ) y CEA ( $p = 0,005$ ). En conclusión, en el análisis multivariado niveles preoperatorios elevados de GHC, CA 72-4 y CEA aparecen como factores pronósticos independientes en el CCR.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.



COMPLICACIONES EN HEPATECTOMÍA POR COLANGIOCARCINOMA HILIAR  
*Masato Nagino y col. Depto. de Cirugía, Nagoya Escuela de Medicina. World J Surg 2001; 25: 1277-83.*

Hemos revisado en forma retrospectiva las complicaciones postoperatorias de 105 pacientes con colangiocarcinoma hiliar, quienes fueron sometidos a hepatectomía en el Hospital de la Universidad de Nagoya en el período entre enero de 1990 y marzo de 1999. De los 105 casos, 97 (92,4%) recibieron resección de dos o más segmentos de Healey. En 33 (31,4%) pacientes se practicó resección combinada de la vena porta y pancreatoduodenectomía en 10 (9,5%). Veinte (19%) pacientes no tuvieron ninguna complicación, 39 (37,1%) sólo presentaron complicaciones menores, y los 46 (43,8%) restantes desarrollaron complicaciones mayores. La tasa de morbilidad llegó hasta el 81%. Algunas de las complicaciones mayores requirieron relaparotomía, la cual se efectuó en 11 (10,5%) de los pacientes. De los 46 casos con complicaciones mayores, 36 se recuperaron, y los 10 restantes murieron por falla hepática con otras fallas orgánicas o sangrado intraabdominal a los 12, 14, 18, 21, 57, 75, 87, 93, y 134 días después de la cirugía. La tasa de mortalidad a 30 días fue de 3,8% y la mortalidad global llegó a 9,5%. La efusión pleural fue la complicación más frecuente y se presentó en 66 (62,9%) de los pacientes, seguida por sepsis de la herida en 39 (37,1%); la tercera fue la falla hepática, en 29 (27,6%) casos. La falla hepática ocurrió en 16,7% de los 48 pacientes con menos de 50% de resección hepática, y en 36,8% de 57 con 50% o más de resección hepática ( $p < 0,005$ ). Otros tipos de fallas orgánicas, como falla renal, respiratoria, gastrointestinal y hematológica se desarrollaron como indicación de FOMS luego de la falla hepática en la mayoría de los pacientes, o precediéndola en algunos de ellos. Ninguno con 4 o más fallas orgánicas sobrevivió. La hepatectomía por colangiocarcinoma hiliar es actualmente una operación de alto riesgo debido a la comprometida capa-

cidad funcional del hígado en el paciente icterico y a la dificultad técnica asociada con la resección hepatobiliar. Nuestro propósito es reducir la mortalidad por lo menos al 5% y mantener la reseca-bilidad por encima del 80%.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

R  
R

LIGADURA O ANTICOAGULACIÓN EN FLEBITIS SUPERFICIAL SOBRE LA RODILLA  
*Sullivan V et al. J Am Coll Surg 2001; 193: 556-62.*

Históricamente la tromboflebitis superficial sobre la rodilla, sin invasión del sistema profundo, se ha manejado en forma conservadora, con compresión, elevación de la extremidad y uso de antiinflamatorios. Sin embargo, son varios los estudios que han demostrado embolia pulmonar en estos casos, con o sin compromiso profundo, y por ello se ha planteado tratamiento, ya sea la ligadura a nivel de la confluencia safeno-femoral o la anticoagulación formal.

En este artículo se revisa la literatura inglesa, desde 1952 hasta el año 2000, y se seleccionaron estudios según la fuerza de la evidencia médica. Sólo seis publicaciones fueron acogidas como confiables y comprometieron 246 pacientes tratados con cirugía y 88 con anticoagulación. En la mitad de los primeros sólo se ligó la vena safena y en los restantes se efectuó además la safenectomía; para el grupo anticoagulado, se usó inicialmente heparina y luego warfarina oral entre 6 semanas y 6 meses.

Se reportó un 7% de complicaciones en el grupo quirúrgico y ninguna en el anticoagulado, observándose progresión de la trombosis al sistema profundo en el 3,4% del grupo quirúrgico y sólo el 2,2% del grupo con tratamiento médico.

Asimismo, la incidencia de embolia pulmonar fue cero en el grupo médico y del 2% en el grupo quirúrgico.

Los autores comentan que es difícil extraer conclusiones definidas de esta revisión pero hay algunas sugerencias acerca que el tratamiento médico es preferible al quirúrgico, y que este último debe reservarse cuando la anticoagulación esté contraindicada. De realizarse cirugía, sería mejor ligadura y safenectomía que la ligadura exclusiva, excepto que exista gran celulitis alrededor de la

vena trombosada. No está estudiado si las heparinas de bajo peso molecular son superiores a la convencional.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.

R  
R

COMPLICACIONES INTRACRANEALES EN TRAUMA DE CRÁNEO EN PACIENTES ANTICOAGULADOS PREVIOS  
*Mina AA, Knipfer JF, Park D y cols. J Trauma 2002; 53: 668-72.*

En cuadros clínicos tales como una fibrilación auricular, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, enfermedad coronaria, crisis isquémicas cerebrales transitorias, postoperatorio de cirugía cardíaca valvular, así como en una población creciente de pacientes mayores, ya sea en tratamiento o profilaxis antitrombótica se suele administrar por periodos prolongados terapias anticoagulantes o antiagregantes plaquetarias. En la literatura existen escasas referencias al efecto potencial que sobre la morbilidad y mortalidad de un TEC tiene que el paciente se encuentre previamente con alguno de estos tratamientos.

Los AA revisan retrospectivamente los antecedentes de 380 pacientes en tratamiento con warfarina (anticoagulante oral), heparina de bajo peso molecular, aspirina, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), clopidogrel, dipiridamol, pentoxifilina o naproxeno, que ingresaron en un periodo de dos años (1997-1998) en el William Beaumont Hospital, Centro de Trauma Nivel I en Michigan. De ellos, 37 pacientes habían sufrido un TEC (Grupo I). Se buscó luego a otros 37 enfermos que también habían sufrido un TEC, pero no se encontraban bajo efecto de alguno de los medicamentos antes mencionados (Grupo II). Cuidadosamente se eligió para ambos grupos accidentados con similares características en cuanto a sexo, edad, mecanismo lesional (en 30 casos hubo caídas (18 y 15 a nivel respectivamente) y en 7 accidentes vehiculares), severidad de lesiones (ISS, Escala de Coma de Glasgow, estada en la UCI, etc.), lesiones asociadas al TEC y patología previa concomitante.

En el Grupo I, 12 pacientes recibían warfarina, 19 aspirina y 2 AINE. Fallecieron 14 (38%). Corresponden a 4 muertes de pacientes con warfarina (33%) y 9 (47%) en tratamiento con aspirina. Contrasta ello con 1 de 6 pacientes (17%) bajo trata-

miento con alguno de los restantes fármacos. En el Grupo II la mortalidad fue de tan sólo 3 casos (8%). Todas las muertes fueron debidas al TEC, predominantemente en caídas. En todos los casos el escáner detectó ya sea un hematoma subdural o subaracnoideo o una hemorragia cerebral. La muerte sobrevino a los 8,5 días en promedio.

Los AA concluyen que en todo paciente que

sufre un TEC y tiene como antecedente encontrarse bajo alguna forma de terapia anticoagulante o antiagregante plaquetaria, especialmente con warfarina o aspirina, existe un riesgo de mortalidad cuatro a cinco veces mayor.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.