

REVISTA DE REVISTAS

R
R

¿LA SUB-ESPECIALIZACIÓN EN COLOPROCTOLOGÍA INFLUENCIA LA SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON UN CÁNCER COLORRECTAL?

Platell C, Lim D, Tajudeen N, Tan JL, Wong K: Departamento de Cirugía, Fremantle, Hospital, Australia. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 961-4.

Propósito: Revisar los pacientes con un cáncer colorrectal (CCR) en un Hospital Comunitario y comparar la sobrevida entre los pacientes tratados en un Servicio de Cirugía General versus una unidad especializada en Coloproctología.

Método: Evaluación de todos los pacientes con un CCR referidos a una unidad de cirugía general (CG) o a una unidad de coloproctología (CP) desde enero de 1996 a junio de 2001.

Estos resultados fueron comparados con una serie histórica de la institución tratados en una unidad de cirugía general entre 1989 y 1994. La estimación de la sobrevida se efectuó con el método de Kaplan-Meier en ambos grupos. El modelo de regresión de Cox se utilizó para determinar la posible influencia de las variables independientes en la sobrevida. Estas variables incluyeron edad, ASA score, estadio, cirugía de urgencia, terapias adyuvantes, localización de la enfermedad y unidad quirúrgica donde fueron tratados.

Resultados: Se incorporaron 974 pacientes en el estudio. No hubo diferencias en los detalles demográficos en los tres grupos. Los pacientes de la unidad de CP tuvieron más tumores del recto, más casos de cáncer de recto en estadio I y menos en estadio II. La sobrevida a 5 años en los pacientes de la unidad de CP fue 56%, en la unidad de CG actual fue 45% y en el grupo histórico fue 40% ($p < 0,01$). En el modelo de Cox la edad, ASA score, estadio, quimioterapia adyuvante y el tratamiento en una unidad de CP (RD: 0,67; IC 95%: 0,53 a 0,84, $p = 0,0005$) fueron factores pronósticos independientes en la sobrevida a largo plazo.

Conclusión: Estos resultados sugieren que puede existir una ventaja significativa en términos de la sobrevida de los pacientes con un CCR tratados en una unidad especializada en CP.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.

R
R

RECUPERACIÓN DEL ÍLEO POSTOPERATORIO LUEGO DE COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Asao T et al: *J Am Coll Surg* 2002; 195: 30-2.

El íleo postoperatorio es un fenómeno común después de una cirugía abdominal pero aun cuando pudiera ser más breve luego de cirugía laparoscópica en relación a cirugía abierta, es motivo de prolongación de la hospitalización. Se ha observado que mascar chicle estimula la motilidad intestinal en humanos, por lo que en este estudio se quiso ver su efecto sobre el íleo postoperatorio luego de una colectomía laparoscópica.

Previo consentimiento, 19 pacientes fueron aleatorizados; 9 a un grupo control y 10 recibieron 3 chicles al día desde el primer día del postoperatorio; hasta que comenzara su realimentación con líquidos. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a sexo, edad, duración de la cirugía y pérdidas sanguíneas.

La primera eliminación de gases por el ano ocurrió en $2,1 \pm 0,5$ días en el grupo usuario de chicle, significativamente antes que en el control ($3,2 \pm 0,9$ días). Asimismo, la primera defecación fue a los $3,1 \pm 1,1$ y $5,8 \pm 2,2$ días para cada grupo. Con ello, al tiempo total de hospitalización fue más breve, pero no significativamente, en el grupo que usó chicle.

Se postula que el mecanismo de acción del chicle en la recuperación del íleo postoperatorio es la estimulación vagal cefálica, que estimula motilidad del duodeno, estómago y recto. Además, aumenta la concentración plasmática de gastrina, neurotensina y polipéptido pancreático. Por último, también aumenta la secreción duodenal alcalina. Es decir, hay un efecto directo vagal y un efecto indirecto mediado por hormonas gastrointestinales.

En suma, parece ser que el uso de chicle es una forma fisiológica de estimular la motilidad intestinal, económica y bien tolerada.

Dr. RICARDO ESPINOZA G.



ASPECTOS CLÍNICO PATOLÓGICOS Y FACTORES RELACIONADOS A LA SOBREVIDA DE PACIENTE CON PEQUEÑOS CARCINOMAS HEPATOCELULAR DESPUÉS DE RESECCIÓN HEPÁTICA

Jui-Yu Chen, MD y col: World J Surg 2003; 27: 294-8.

La resección hepática por carcinomas hepatocelulares (CHC) pequeños ofrecen una posibilidad real de curación, aunque se acompañan de una significativa tasa de recuperación tumoral. Hemos estudiado 145 CHCs pequeños y definido los pacientes que más se puedan beneficiar con la resección hepática, para lo cual analizamos en forma retrospectiva el historial de 485 pacientes con CHC sometidos a resección curativa. Se compararon las características clínicas y las tasas de supervivencia de los pacientes con CHC 3 cm (grupo 1, n=145) y los pacientes con CHC > 3 cm (grupo 2, n= 340). Los del grupo 1 explicaron por función hepática, mayor frecuencia de hepatitis y menor nivel de α -

fetoproteína. Las tasas de supervivencia libre de enfermedad a 1,3 y 5 años aparecieron mejores que en el grupo 2 (82%, 59% y 42% versus 56%, 39% y 31%).

A partir del sexto año postoperatorio, las proporciones de los sobrevivientes, libres de enfermedad no se ven diferentes (32% vs 31%).

Los factores que influyen sobre el resultado final en pacientes con CHC pequeño, según el análisis multivariable son: tumor de ubicación central, porcentaje de retención del verde de indocianino > 10% y concentración de albumina < 3,7 g/dl.

Se encontró que la graduación de riesgo que incorpora los factores que se correlacionan de cerca con la evolución clínica del paciente puede ser utilizada para seleccionar a aquellas pacientes que obtienen el mayor beneficio de la resección hepática.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.