

## REVISTA DE REVISTAS

R  
R

FALLA ORGÁNICA MÚLTIPLE EN POLITRAUMATIZADOS

Durham RM, Moran JJ, Mazuski JE y cols:  
*J Trauma* 2003; 55: 608-16.

Han mejorado los cuidados de pacientes críticos y cambiado los conceptos de falla orgánica múltiple (FOM). Ello ha derivado en su disminución y mortalidad. El propósito de este estudio es establecer la incidencia actual y mortalidad de la FOM en una población de pacientes Politraumatizados.

Se analizaron prospectivamente 869 pacientes traumatizados, sobrevivientes por más de 48 horas, que ingresaron entre 1996 y 1999 a la UCI de dos Centros de Trauma Nivel I. Fueron evaluados en busca de presencia de FOM tradicional y luego por conceptos más modernos (disfunción orgánica y escalas de gravedad por lesiones específicas (Escala de trauma pulmonar, APACHE II, APACHE III e ISS) y por lesiones múltiples, buscando establecer predicciones pronósticas. Los AA se plantearon como objetivo estudiar la muerte y la incidencia de falla orgánica en función de las diversas definiciones.

La medición promedio de los diversos Índices de Gravedad de ingreso a la UCI fueron: APACHE II: 12,2, APACHE III 30,5 e ISS 19. El 18,7% de los pacientes demostró una Falla Orgánica Aislada (FOA), en tanto que un 5,1% tuvieron FOM. Todas las FOA se debieron a insuficiencia respiratoria (IR). A su vez la IR fue el trastorno inicial en todas las FOM. Según cantidad de órganos comprometidos, la mortalidad fue 4,3% en FOA, 32% con dos órganos comprometidos, 67% con tres y 90% con cuatro órganos. Ninguno de los pacientes de FOA fallecieron como consecuencia de la IR.

Retrospectivamente, se estudió los siguientes factores de riesgo como eventuales indicadores de Falla orgánica: mecanismo del accidente, determinación de tasa de lactato a las 24 horas, medición de índices de gravedad, síndrome de distress respiratorio agudo al ingreso, disfunción orgánica múltiple y cantidad de productos sanguíneos transfundidos en 24 horas.

En términos de los objetivos planteados, se pudo concluir que los parámetros más significativos

fueron. APACHE III mayor a 50, elevación persistente de las tasas de lactato a las 24 horas desde el accidente, y más de 6 unidades de sangre transfundidas en las primeras 24 horas de evolución.

En los últimos 15 a 20 años ha habido un descenso de 15 a 12% en la incidencia global de Falla orgánica. Cuando el compromiso es de un solo órgano, la mortalidad, que depende fundamentalmente de la gravedad de la lesión y no de falla orgánica, bajó de 40 a 8%. En aquellos casos que afectan 2 ó 3 órganos la mortalidad también descendió de 85 a 33%. Pero, al ser 4 los órganos lesionados, la mortalidad sigue en cifras cercanas al 100%.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.

R  
R

TRATAMIENTO DEL CÁNCER PANCREÁTICO

Hans G. Beger y col: *World J Surg* 2003; 27: 1075. Department of Surgery, University of ULM, Germany.

Los progresos registrados en el tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma de páncreas han propiciado un incremento en el número de resecciones y un descenso en las tasas de morbimortalidad inherentes a la intervención quirúrgica; sin embargo, el número real de pacientes curados no supera el 3%. La rápida diseminación del cáncer al espacio retropancreático es responsable de la escasa supervivencia, a corto (< 3 años) y largo plazo, de los pacientes resecados. Utilizando criterios histológicos, menos del 15% de los pacientes sometidos a una resección curativa (R<sub>0</sub>) pertenecen al estadio p<sub>0</sub>N<sub>0</sub> y más del 60% presentan una linfangitis carcinomatosa; cerca del 50% de los pacientes muestran infiltración carcinomatosa en los plexos nerviosos extrapancreáticos. Los ganglios linfáticos negativos con la tinción de hematoxilina-eosina (HE) resultan positivos, con micrometástasis, si se utilizan otras técnicas como la RT-PCR o la inmunotinción. El cáncer del proceso uncinado tiene muy mal pronóstico pues cursa inicialmente de forma asintomática; con frecuencia, la invasión de

las paredes vasculares se produce muy precozmente y las metástasis hepáticas también. El tratamiento quirúrgico constituye la única terapéutica efectiva, pero sólo en pocos casos tiene carácter curativo. En más del 95%, el adenocarcinoma ductal pancreático se diagnostica en estadios avanzados y una resección, potencialmente curativa, se realiza sólo en un 10-15% de los pacientes. El progreso de la técnica quirúrgica ha reducido exclusivamente la morbilidad, por ej. las complicaciones locales o sistémicas postoperatorias, disminuyendo la mortalidad intrahospitalaria por debajo del 3-5%. En estudios prospectivos recientes se ha demostrado un aumento de la supervivencia a corto plazo en pacientes con resecciones radicales curativas  $R_0$ , con respecto a aquellos en los que persiste un resto tumoral. Sin embargo, las resecciones  $R_0$  no han mejorado la supervivencia tardía. Estudios casuísticos publicados han demostrado que tras resección  $R_0$  (efectuando la duodenopancreatectomía estándar a la Kausch-Whipple), persisten restos tumorales tales como: micrometástasis en los ganglios linfáticos  $N_2$ , nidos de células cancerosas extrapancreáticas en tejido retroperitoneal, perivasculares o a lo largo de los plexos nerviosos. La recidiva, tras la así llamada resección  $R_0$  curativa, se debe, con frecuencia, a estos restos neoplásicos abandonados, por desapercibidos, en la operación estándar. Supervivencias >5 años se constatan sólo en un reducido grupo de pacientes, lo que contrasta con las cifras publicadas basadas en la curva actuarial que alcanza hasta el 20-45% de los pacientes reseccionados. Para averiguar la variable predefinida que permite cuantificar los efectos del tratamiento quirúrgico o médico del cáncer de páncreas, han de utilizarse otros criterios de valoración distintos a la supervivencia actuarial. Las publicaciones de supervivencia actuarial sin cifras que informen sobre el número de casos actualmente vivos ni que expliciten el número de pacientes revisados tras la resección, en relación con el número total de los estudiados, conducen a conclusiones erróneas. En los ensayos sobre el tratamiento del cáncer de páncreas los resultados, por lo que a la eficacia de las resecciones oncológicas se refiere, han de basarse en criterios de valoración principales tales como: supervivencia media (en meses), supervivencia actual al 1-5 años, y el curso evolutivo de la supervivencia sin enfermedad (en meses). En series en las que se aplican tratamientos multimodales han de valorarse además la respuesta clínica al tratamiento así como la calidad de vida de los pacientes evaluados mediante test tales como el EORTIC, y el QLQ-C30. El tratamiento adyuvante aumenta la supervivencia tras reseccio-

nes oncológicas. Sin embargo, en la actualidad no existen estudios controlados que demuestran fehacientemente, que el tratamiento con quimioterapia adyuvante, tras resecciones  $R_0$  y  $R_{1-2}$  sea beneficioso para los pacientes ni a corto ni largo plazo. Lo único que se ha demostrado es que la administración de quimio o radioquimioterapia adyuvante prolonga en 6-10 meses la vida de los pacientes con respecto a la supervivencia media. Tras una resección oncológica por cáncer de páncreas cada paciente ha de ser sometido a un tratamiento adyuvante, pero hasta el momento no se ha podido definir el tratamiento neoadyuvante más idóneo para el cáncer de páncreas.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.

R  
R

DECLINACIÓN NACIONAL DEL NÚMERO DE RESECCIONES ABDOMINOPERINEALES: ¿EFECTO DE UN EXITOSO ENSAYO NACIONAL EN LOS PAÍSES BAJOS? Engel AF, Oomen JL, Eijsbouts QA et al: *Colorectal Dis* 2003; 5: 180-4.

**Objetivo:** Grandes ensayos nacionales pueden influenciar la práctica quirúrgica. En este estudio se analiza la relación entre un ensayo nacional aleatorizado en el manejo del cáncer rectal, (conocido como Dutch TME trial= resección total del mesorrecto) y la proporción nacional entre la resección abdominoperineal (RAP) y la resección anterior (RA). **Pacientes y Métodos:** En el período de estudio 1994-1999, 15.978 pacientes fueron sometidos a una RAP (n= 2.575) o a una RA con anastomosis (n= 13.403). El Dutch TME trial comenzó en 1996 y se incluyó un total de 1.530 pacientes provenientes de 83 hospitales. Sesiones de aprendizaje, cirugía tutorizada y control de calidad fueron parte integral del TME trial. **Resultados:** La proporción RAP/RA en el período I (1994-1996) se comparó con el período II (1997-1999). La proporción disminuyó de 0,19 a 0,13 (95% IC, -0,08 a -0,04, p< 0,001). La mortalidad operatoria no tuvo cambios en ambos períodos (3,5 vs 3,7 95% IC, -0,08 a 0,03, p= 0,385). **Conclusión:** Un ensayo nacional aleatorizado puede provocar significativos cambios en la actitud quirúrgica en el cual se investiga un procedimiento quirúrgico específico, que es monitorizado, enseñado y controlado. La proporción de RAP disminuyó en un 32% en los Países Bajos durante el Dutch TME trial, sin un aumento en la mortalidad operatoria.

Dr. GUILLERMO BANNURA C.



ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS NO-RESECABLES

*Seindenfeld J et al: J Am Coll Surg 2002; 195: 378-86.*

El colo-rectal es la principal neoplasia responsable de metástasis hepáticas, y en estos casos la mitad de los pacientes las presentan dentro de los primeros 5 años del diagnóstico inicial. El 20% de ellos no tiene enfermedad extrahepática. Ahora, existen datos que un número significativo de pacientes con metástasis hepática (MH) están vivos a los dos años, de modo que cualquier terapia debe mejorar la evolución natural, que va a estar determinado además, por número y tamaño de las MH, función hepática y presencia de enfermedad extrahepática o control regional.

La cirugía resectiva hepática para MH proporciona una supervivencia de 25 al 37% a 5 años. La ablación por radiofrecuencia es un procedimiento

más reciente y que debe probar su efectividad. Los autores nos entregan su revisión de la literatura sobre 560 trabajos publicados, de los cuales sólo 6 cumplían de inclusión para análisis. En ellos, había pacientes con 2, 3 ó 4 MH, de entre 3,0 y 6,5 cm de diámetro y en todos los casos la radiofrecuencia fue utilizada en forma percutánea con ultrasonografía transabdominal, siendo exitosa en el 87% de los casos. El seguimiento medio fue de 12 meses y la supervivencia observada fue de 94% a 1 año, 56% a 2 años y 32% a 3 años.

Estos resultados no permiten decir que la radiofrecuencia sea mejor que otras terapias para MH no-resecables por el corto seguimiento, y porque no existen estudios prospectivos que comparen diferentes modalidades terapéuticas. Tampoco los hay, frente a un grupo control, cuya justificación ética es discutible.

Dr. RICARDO ESPINOZA GONZÁLEZ