

REVISTA DE REVISTAS



TRATAMIENTO DE LA OBSTRUCCIÓN BILIAR Y DUODENAL EN LA PANCREATITIS CRÓNICA

Joseph D. Vijungco y col. World J Surg 2003; 27: 1258-70.

Cada vez son más frecuentes la estenosis biliar y la obstrucción duodenal como complicaciones de la pancreatitis crónica. Las relaciones anatómicas del colédoco con el duodeno y la cabeza pancreática, asiento frecuente de las lesiones inflamatorias crónicas del páncreas, explican cumplidamente estos hechos. En pacientes hospitalizados por pancreatitis la incidencia de la estenosis biliar alcanza el 6% y la obstrucción duodenal el 1,2%. Cuando se trata de pacientes con pancreatitis crónica subsidiaria de tratamiento quirúrgico, la frecuencia de estas dos complicaciones aumenta hasta el 35% para la estenosis biliar y el 12% para la obstrucción duodenal. La fibrosis pericoledocociana provoca la estenosis del colédoco terminal y la obstrucción del flujo biliar. Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden aparecer asintomáticos, con fosfatasa alcalina y/o bilirrubina elevadas o bien, cursar con un cuadro séptico con colangitis. Los pacientes con pancreatitis y estenosis del colédoco presentan con frecuencia ictericia, colangitis, hiperbilirrubinemia, y elevación persistente de la fosfatasa alcalina sérica. Cuando el valor de la fosfatasa alcalina se duplica es casi segura, en pacientes con pancreatitis crónica, la existencia de una estenosis de colédoco terminal. En estos casos, el 10% desarrollan una cirrosis biliar o una colangitis. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) muestra la característica imagen de una larga, ahusada y lisa estenosis del colédoco intrapancreático. La etiología de la obstrucción duodenal, producida inicialmente por un edema circunscrito que evoluciona hacia una fibrosis y estenosis crónica no es bien conocida; se atribuye a un proceso isquémico sobreañadido a la reacción inflamatoria. Estos pacientes refieren, en su historia, frecuentes y prolongados cuadros de náuseas y vómitos. El estudio radiológico con bario muestra una larga lesión constrictiva del duodeno y la endoscopia muestra un estrechamiento del calibre duodenal con alteraciones inflamatorias reactivas de la mucosa.

En la estenosis coledocianas secundarias a una pancreatitis crónica está indicada la operación cuando: exista colangitis, cirrosis biliar, coledocolitiasis, incremento de la estenosis, elevación persistente, más de un mes de la fosfatasa alcalina y/o de la bilirrubina y, cuando no haya podido descartarse la presencia de un cáncer. Las técnicas de elección son la coledocoduodenostomía y la coledocoyeyunostomía. La colecistenteroanastomosis es una opción poco utilizada, dado que fracasa en el 23% de los casos. La colocación endoscópica de prótesis puede ser útil en pacientes inoperables, pero no puede recomendarse como tratamiento definitivo. Cuando aparezca una obstrucción duodenal, que en 1-2 semanas no se resuelva con tratamiento conservador, deberá realizarse una gastroyeyunostomía. No es infrecuente que un paciente desarrolle conjuntamente una obstrucción del Wirsung, del colédoco y del duodeno. En estos casos el tratamiento combinará técnicas resectivas junto a otras derivadas.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ P.



EL USO DE RADIOTERAPIA PREOPERATORIA EN EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON UN CÁNCER RECTAL RESECABLE: UNA GUÍA PRÁCTICA

Figueredo A, Zuraw L, Wong RK et al: BMC Med 2003; 24: 1.

Esta publicación realiza una revisión sistemática con meta-análisis para evaluar la literatura y proponer recomendaciones con respecto al uso de la radioterapia preoperatoria en pacientes con un cáncer de recto resecable. Se revisó toda la literatura disponible en inglés en MEDLINE, CANCERLIT Y COCHRANE LIBRARY más los abstracts publicados de 3 Sociedades de Especialistas involucrados en el tratamiento del cáncer de recto. Dos meta-análisis sobre radioterapia preoperatoria *versus* cirugía exclusiva, 19 estudios que comparan ambos esquemas y 5 que comparan la radioterapia preoperatoria con otras alternativas terapéuticas fueron analizados. Los estudios randomizados demuestran que la

radioterapia preoperatoria seguida de cirugía es más efectiva que la cirugía exclusiva en la prevención de la recidiva local y puede mejorar la sobrevida. Sólo un ensayo clínico que utiliza la resección total del mesorrecto muestra un beneficio similar en cuanto a recidiva local. Los autores concluyen que 1. La radioterapia preoperatoria es una alternativa aceptable frente a la radioterapia postoperatoria en un cáncer de recto resecable en estadio II y III; 2. Tanto la radioterapia preoperatoria como la postoperatoria disminuyen la recidiva local pero ninguna mejora la sobrevida si no se combina con quimioterapia. Por lo tanto, si se utiliza radioterapia preoperatoria, debe agregarse quimioterapia postoperatoria al menos en pacientes estadio III.

Dr. GUILLERMO BANNURA



ANASTOMOSIS PRIMARIA SIN LAVADO INTRAOPERATORIO EN OBSTRUCCIÓN DE COLON IZQUIERDO DEBIDO A UN VÓLVULO DE SIGMOIDES: ESTUDIO PROSPECTIVO DE 197 CASOS

De U, Ghosh S: Anz J Surg 2003; 390-2.

Antecedentes: El propósito de este estudio fue examinar la factibilidad de la resección con anasto-

mosis primaria en una obstrucción aguda de colon izquierdo por un vólvulo de sigmoides sin lavado colónico intraoperatorio. Considerando que la preparación mecánica de colon se ha demostrado como innecesaria en la cirugía colorrectal electiva, realizar una descompresión colónica sin lavado intraoperatorio puede simplificar las intervenciones en los casos de obstrucción colorectal izquierda. Método: Se planificó efectuar una resección de urgencia del colon izquierdo con anastomosis inmediata sin lavado intraoperatorio del colon, previa descompresión cerrada con sonda introducida por ano. Resultados: Un total de 197 pacientes fueron sometidas a una descompresión de colon, resección y anastomosis primaria. Dos pacientes tuvieron una dehiscencia anastomótica y fueron convertidos a una operación de Hartmann. Hubo dos muertes en el período postoperatorio por causas no relacionadas con la cirugía. El tiempo de hospitalización promedio fue 9,8 días. Conclusión: La anastomosis colónica primaria es segura en los casos de obstrucción aguda del colon por un vólvulo del sigmoides sin lavado intraoperatorio.

Dr. GUILLERMO BANNURA