Rev. Chilena de Cirugía. Vol 57 - Nº 5, Octubre 2005; págs. 443-444

REVISTA DE REVISTAS

OPERACIONES CON CONSERVACIÓN DEL APARATO ESFINTERIANO PARA TODOS LOS PACIENTES CON UN CÁNCER DEL RECTO: EL TÉRMINO DE LA REGLA DE LOS 2 CM A DISTAL

Rullier E, Laurent C, Bretagnol F et al. Ann Surg 2005; 241: 465-9.

Objetivos: Conocer los resultados oncológicos de los pacientes portadores de un cáncer rectal ubicado bajo los 5 cm del margen anal tratados con una cirugía radical con conservación esfinteriana. Antecedentes: los tumores del recto inferior ubicados bajo los 5 cm al margen anal son tratados con una resección abdominoperineal. Método: Desde 1990 a 2003, los pacientes con un carcinoma rectal no fijo ubicado a 4,5 cm o menos del margen anal y sin compromiso del esfínter anal externo fueron sometidos a una cirugía radical con conservación esfinteriana. La cirugía incluyó una excisión total del mesorrecto con resección interesfintérica, es decir, con resección del esfínter interno hasta alcanzar un margen adecuado. Pacientes con tumores T3 o con infiltración del esfínter interno recibieron radioterapia preoperatoria. Resultados: Noventa y dos pacientes con un tumor a 3 cm del margen anal como promedio (extremos 1,5-4,5) fueron sometidos a esta técnica. La morbilidad fue 27% y no hubo mortalidad. Se logró una resección microscópica completa (R0) en el 89% de los casos con un margen distal negativo en el 98% y 89% de margen circunferencial negativo. En los 58 pacientes con un seguimiento mayor de 24 meses, la recidiva local fue 2% y la sobrevida global a 5 años y la sobrevida libre de enfermedad fue 81% y 70%, respectivamente. Conclusiones: La técnica de resección interesfintérica permite una resección con conservación esfinteriana en tumores cercanos o del canal anal sin comprometer los resultados en cuanto a control local y sobrevida. La distancia del tumor al margen anal no es más una limitación para efectuar resección conservadoras.

Dr. GUILLERMO BANNURA

RADIOQUIMIOTERAPIA PREOPERATORIA CON TEGAFUR-URACILO ORAL Y LEUCOVORINA EN CÁNCER RECTAL

Wang LW, Yang SH, Lin JK et al: J Surg Oncol 2005; 89: 256-63.

Antecedentes: Evaluar la eficacia y toxicidad de la radioterapia preoperatoria (RT) combinada con tegafur-uracilo (UFUR) oral más leucovorina (LV) oral en pacientes con cáncer rectal. *Pacientes:* Sesenta y cinco pacientes con un adenocarcinoma rectal estadio T2-4, N0-, M0 recibieron RT pélvica de 45 Gy en 20 fracciones en 28 días. Quimioterapia asociada consistió en UFUR 200 mg/m^2/día y LV 45 mg/día en los días 1 a 28. UFUR 250 mg/m^2/día y LV a igual dosis se continuaron desde el día 36 al 63. *Resultados:* Sesenta y tres pacientes completaron el esquema terapéutico señalado y 56 fueron a cirugía curativa o paliativa. De los 52 pacientes con una resección curativa, hubo una reducción del estadio de la enfermedad en 39 casos (75%), respuesta patológica completa en 13 (25%) y preservación esfinteriana en 16 de 29 (55%) tumores ubicados en el recto inferior. Con un seguimiento promedio de 33 meses, la recidiva local fue 8% y metástasis a distancia en 14%. La sobrevida global a 3 años fue 92% y la sobrevida libre de enfermedad 76%. Del total de pacientes, el 9% tuvo diarrea de 3 ó 4 grado y 3% presentó leucopenia de igual grado. Conclusiones: Tratamiento con UFUR+LV oral junto a radioterapia preoperatoria son efectivas en la reducción del estadio del tumor, respuesta patológica completa y preservación del aparato esfinteriano en cáncer del recto con una toxicidad tolerable.

Dr. GUILLERMO BANNURA

ESPLENOSIS: COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE ESPLENECTOMÍA POR TRAUMA

Young JT, Jaibaji MM y Vandermolen R. J Am Coll Surg 2004; 199: 500-01.

Una esplenosis, corresponde al hallazgo de un implante ectópico de tejido esplénico. Es una com-

plicación infrecuente de una esplenectomía por Trauma. Los AA revisan el tema a propósito de un caso clínico.

Un paciente de 47 años, sometido a la edad de 12 años, a una esplenectomía por trauma, consulta por dolor significativo en flanco y región testicular derecha y sensación de disquesia rectal. Una Tomografía axial computada reveló la presencia de múltiples lesiones hipervascularizadas en la cavidad peritoneal, localizándose las de mayor tamaño en el cuadrante inferior derecho del abdomen. Un estudio isotópico con Tecnecio-99m confirmó la presencia de una esplenosis. En atención a la intensidad de las molestias dolorosas se decidió extirpar las masas. Los hallazgos de la intervención quirúrgica fueron concordantes con el Scanner, teniendo las masas 1,5 a 13 cm de diámetro y concordando la mayoría de ellas con los sitios de ubicación del dolor, es decir en cuadrante inferior derecho, retrovesical y fondo de saco rectovesical. Otras menores estaban en el epiplón. Sin poder extirparlas todas, se extrajeron ocho. El estudio histológico reveló tejido esplénico normal. El dolor desapareció y el recuento de plaquetas no se modificó.

La esplenosis es un cuadro clínico benigno, de hallazgo incidental. La mayoría de los pacientes cursan en forma asintomática. Suele ubicarse en la cavidad peritoneal, pero se ha descrito en retroperitoneo, tórax y aún en el cerebro. El estudio diagnóstico definitorio es el cintigrama. La mayoría de los pacientes, que se mantienen libres de molestias, no requiere tratamiento.

Los pacientes que cursan con una esplenosis y a los que se les implanta trozos de bazo, mantienen una estructura histológica y una función reticuloendotelial normal. En cambio, no se ha podido determinar su función inmunológica y como pudiera comportarse en términos de morbilidad y mortalidad frente a una sepsis fulminante postesplenectomía.

Dr. Ricardo Sonneborn G.

Colelitiasis después de disección linfonodal extendida (D2) por cáncer gástrico

Tomoka Akatsu, MD y col. World J Surg 2005; 29: 182-86.

Se han reportado pocos estudios de la incidencia de colelitiasis después de una disección linfonodal D2 extendida por cáncer gástrico.

El presente estudio se diseñó retrospectivamente comparando disecciones D1 y D2 en términos de formación de cálculos y su tratamiento quirúrgico.

Sobre un total de 805 pacientes con cáncer gástrico, 595 hombres, 210 mujeres, quienes fueron sometidos a resección curativa con D1 (n=490) ó D2 (n=315). De aquellos sujetos seguidos por 70,5 ± 44,3 meses (rango 2-196 meses), 102 (12,7%) desarrollaron cálculos. La incidencia de cálculos fue más alta en el grupo con disección linfonodal D2 que el D1 (17,8% *vs* 9,4%, p=0,001).

El intervalo entre la gastrectomía y la detección de cálculos fue más corta en D2 que en D1 (18,8 ± 11,4 meses *vs* 29,4 ± 18,3 meses, p=0,002).

De los pacientes que hicieron cálculos, seguidos por 48,0 ± 28,6 meses, 74 (72,5%) permanecieron asintomáticos y 15 (14,7%) dieron síntomas (cólico biliar), 13 (12,7%) cólicos biliares a repetición o complicaciones biliares, 6 colecistitis agudas, 3 ictericia obstructiva y 1 colangitis requiriendo tratamiento quirúrgico.

La cirugía fue más frecuente en los del grupo D2 (19,5% *vs* 4,3%).

En conclusión, los pacientes sometidos a disección linfonodal D2, desarrollaron cálculos más frecuentemente que aquellos con disección D1. También es evidente que requieren más tratamiento quirúrgico para la complicación biliar.

Es posible que con una observación mayor en el futuro podría ser mandatorio complementar con una colecistectomía, las gastrectomías por cáncer gástrico.

Dr. Manuel Fernández P.