

REVISTA DE REVISTAS



APENDICITIS

Jay B. Prystowsky, MD. MHPE, Carla M. Pugh, Alex P. Nagle *CurrProbl Surg*, 2005; 42(10): 688-742

Es una situación común, que ocurre en 250.000 pacientes cada año en EE.UU y conlleva aproximadamente un millón día cama por año.

Es la causa más común de abdomen agudo que requiere tratamiento quirúrgico. El diagnóstico es clínico en la mayoría de los pacientes, pero los estudios por imágenes son muy útiles en casos difíciles.

El diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico son básicos para prevenir que la enfermedad progrese asociándose al aumento de la morbilidad.

Ambas opciones quirúrgicas con técnica abierta o laparoscópica para la apendicectomía son viables; pareciera en estudios recientes que sería más favorable el uso de la laparoscópica.

En la práctica, la elección de la técnica se basa en la experiencia del cirujano.

La etiología precisa es aún desconocida.

El uso de imágenes en el diagnóstico con el ánimo de minimizar el error diagnóstico ha tendido a ser continuo, hoy prácticamente es una regla. Finalmente, la tendencia a la laparoscopia es relativamente suave, comparada al tratamiento de otras enfermedades, pero inexorable. Podría en un futuro no ser una sorpresa, si el tratamiento quirúrgico laparoscópico llegara a ser el tratamiento de elección para la apendicitis.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ PUENTE



RESECCION QUIRÚRGICA DESPUÉS DE RADIOQUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE EL PÁNCREAS

Antonio SaCunha, MD y col *J. Am Coll Surg* 2005; 201(3): 359-63

El uso de quimioterapia para el cáncer de páncreas ha sido por su potencialidad para disminuir el tamaño de un tumor local avanzado. El artículo reporta la experiencia de los autores aplicada en pacientes irresecables localmente avanzados (arteria mesentérica o eje celiaco).

Desde 1998, 61 pacientes irresecables por radiología y confirmación patológica de adenocarcinoma de páncreas, recibieron terapia radiante (total dosis, 45 Gy a 1.8 Gy, 5 d/wk) mas quimioterapia a base de una infusión continua de Fluoracilo (5-FU: 650 mg/m²/d1-D5 y D21-D25) y Cisplatino (80 mg/m²/bolusD2 y D22).

Treinta y ocho de 61 (62%), mostraron progresión de la enfermedad. Veintidós (38%) de los pacientes tuvieron una respuesta objetiva, por supuesto persistiendo el compromiso arterial. Fueron sometidos a resección quirúrgica, con un seguimiento de 27 meses. La sobrevida media del grupo que no respondió al tratamiento fue de 11 meses, y de 20 meses para el grupo que respondió y recibió procedimiento resectivo paliativo.

Se puede concluir que el tumor avanzado localmente (adenocarcinoma) e irresecable puede ser favorecido por la radioquimioterapia, llegando a ser resecables, con una sobrevida al menos comparable con la sobrevida de una resección inicial de un adenocarcinoma resecable.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ PUENTE