

REVISTA DE REVISTAS

R R METÁSTASIS AISLADA DE MELANOMA EN LA VESÍCULA: ¿ESTÁ INDICADA LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?

Tuveri, Massimiliano y Tuveri, Augusto. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2007; 17:141-144

La Metástasis de Melanoma en la Vesícula Biliar es rara, pero constituye la metástasis más común que afecta a este órgano. El tratamiento quirúrgico parece estar indicado en pacientes con metástasis aislada y vesícula metastásica reseccable.

Los AA reportan un caso de una mujer joven con una metástasis aislada de melanoma que presentó síntomas de colecistitis aguda.

La paciente fue sometida a colecistectomía laparoscópica (LC) y linfadenectomía del ligamento hepatoduodenal. La histología fue característica para metástasis de melanoma. Los linfonodos fueron negativos para metástasis. Hacemos énfasis en lo apropiado de la técnica laparoscópica, una vez determinada la amplitud de la enfermedad metastásica.

Esta técnica puede hacerse con bajo porcentaje de complicaciones, manipulación suave, sin perforar, uso de bolsas para extraer la vesícula y no exfoliar o implantar células durante la LC.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ PUENTE.¹

¹Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santiago, Chile

R R DISPOSITIVO ORTÓTICO PELVIANO COMO ALTERNATIVA A LA FIJACIÓN EXTERNA Y EMBOLIZACIÓN ARTERIAL.

Croce, MA., Magnotti, LJ., Savage, SA., y cols. *J. Trauma* 2007; 204: 935-942

El trauma complejo de pelvis es causa de hemorragia severa, potencialmente letal. La estabilización ósea precoz de la pelvis constituye actualmente su método ideal de manejo, pero puede presentar dificultades. Las técnicas empleadas

para inmovilización incluyen envolver la pelvis con sábanas, aplicar dispositivos neumáticos, fijación quirúrgica externa (FQE) y, recientemente, dispositivos ortóticos (DO). Los AA utilizaban rutinariamente la FQE.

El DO ha sido diseñado extrapolando el concepto del Pantalón Neumático Antishock ("Pneumatic Anti Shock Garment (PASG)"), utilizado hace algunas décadas principalmente en escenarios bélicos, en rescate y resucitación inicial en trauma. Ofrece compresión en toda la circunferencia pelviana. Puede ser instalado, y con facilidad en el Servicio de Urgencias, no es invasivo y no requiere anestesia. El modelo de DO empleado en el presente estudio (Cybertech Medical), ha demostrado su utilidad en la inmovilización y control de hemorragias en pacientes con fracturas pélvicas complejas e inestables.

En un período de 10 años, ingresaron al Departamento de Cirugía de la Universidad de Tennessee, Centro de Trauma Nivel I, 30.048 accidentados con Trauma Abdominal Contuso. De ellos, 3.359 (11%) con Fractura de Pelvis (FP), grave en 241 (7%) casos, requiriendo FQE en el 77%. Los mecanismos lesionales más frecuentes fueron accidentes vehiculares (60 %), motocicleta (15%), industriales (10%), atropello (9%) y caídas (6%). Se seleccionaron 186 individuos con lesión pelviana grave, asignándolos a dos grupos comparativos de 93 pacientes cada uno, sometiendo los unos a FQE y los otros a DO. Sus características demográficas fueron similares.

Si bien la necesidad de efectuar angiografías fue la misma en ambos grupos, en condiciones de igual gravedad hemodinámica el DO por sí mismo, y gracias a su instalación precoz, permitió disminuir casi a la mitad el requerimiento de transfusiones. Demostró asimismo, una menor incidencia de complicaciones sépticas pulmonares (10 vs. 33%), y la estada hospitalaria bajó de 24 a 16 días. La mortalidad descendió de 37 a 26%, pero los AA estiman que en ello influyó significativamente la gravedad de las lesiones extrapelvianas.

En este tipo de pacientes aparece como indispensable aplicar medidas de estabilización pelviana y control precoz de la hemorragia. En este sentido, el DO demostró utilidad y claras ventajas. Mientras

la FQE debe realizarse en quirófano, demora 30 a 60 minutos y requiere anestesia general, el DO se instala con facilidad en el Servicio de Emergencias.

Dr. RICARDO SONNEBORN G.¹

¹Hospital de la Asociación Chilena de Seguridad
Santiago, Chile

R 1.423 PANCREATODUODENECTOMÍAS POR CÁNCER PANCREÁTICO (Experiencia del Johns Hopkins Medical Baltimore, Maryland)
Wintec, Jordan M., Cameron John, Campbell, Kurtis A, y Col. Journal of Gastrointestinal Surgery 2006; Vol. 10, N° 9: 1199.

La Pancreatoduodenectomía (PD), más la posible terapia ayudante, es el estándar usado en los Estados Unidos para el adenocarcinoma originado en la cabeza, cuello o proceso uncinado.

Revisan 1423 pacientes sometidos a (PD) por tumores malignos originados en el páncreas en nuestra institución entre 1970 y 2006. La gran mayoría, 1175, correspondieron a adenocarcinomas ductales. Diez y ocho diferentes tipos histológicos de cáncer de páncreas fueron identificados; el ductal fue el más común por lo que fueron analizados en detalle. La edad media fue de 66 años, siendo en la presente década significativamente mayor (68 años) de pro-

medio. El tamaño medio del diámetro tumoral fue de 3 cm; 42% de las resecciones tenían márgenes positivos y 78% tenían nódulos linfáticos positivos. La morbilidad perioperatoria fue de 38%. El tiempo de estada hospitalaria declinó desde 16 días en los 1980 a 8 días en los 2000. Su mortalidad perioperatoria declinó desde el 30% en 1970 a 1% en los 2000. La sobrevida media para todos los pacientes con adenocarcinoma ductal fue de 18 meses (1 año de sobrevida 65%, 2 años 37%, 5 años 18%). Los factores patológicos tienen un impacto significativo en la sobrevida; incluye el diámetro del tumor el margen de resección, el compromiso de los nódulos linfáticos y el grado histológico. Esta revisión constituye la mayor experiencia de la institución en PD por cáncer de páncreas.

Comentario: a pesar de los grandes avances en la última década, sólo un 5% sobreviven los cinco años. Uno de los aspectos que refiere el artículo es la alta positividad de los márgenes de resección, especialmente en la trama vascular hacia la arteria mesentérica superior por la dificultad para asegurar los márgenes negativos en presencia de invasión tumoral microscópica.

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ PUENTE.¹

¹Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile
Santiago, Chile