

REVISTA DE REVISTAS

R
R ESTUDIO RANDOMIZADO FASE III COMPARANDO RADIOTERAPIA PREOPERATORIA CON QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER RECTAL IRRESECABLE.
Braendengen M. et als. J Clin Oncol 2008; 26: 3687-3694.

Los autores comparan en forma prospectiva y aleatoria los resultados de la neoadyuvancia con radioquimioterapia (RQT) *versus* radioterapia exclusiva (RT) en pacientes con tumores de recto no resecables (T4), o con una recurrencia pélvica que fueron intervenidos en el periodo 1996-2003. Se trata de 207 casos sometidos a QT con 5FU + leucovorina + radioterapia 50Gy (grupo RQT n = 98) *versus* radioterapia 50 Gy exclusiva (RT n = 109). *Resultados:* Los dos grupos son equivalentes en sus características previas al tratamiento. Se logró una resección completa R0 en 84% del grupo QRT *versus* 68% en el grupo RT (p = 0,009). La respuesta patológica completa fue 16% y 7%, respectivamente. En los pacientes R0+R1 (enfermedad residual microscópica) del grupo QRT la recidiva local fue 5%, *versus* 7% en el grupo RT exclusiva y las metástasis a distancia ocurrieron en el 26 % y 39 % de los casos, respectivamente. El control local a 5 años fue 82% y 67% (p = 0,03), la sobrevida específica a 5 años fue 72% y 55% (p = 0,02) y la sobrevida global a 5 años fue 66% y 53% (p = 0,09), respectivamente. La toxicidad grado III y IV, principalmente gastrointestinal, ocurrió en el 29% y 6% (p = 0,001) respectivamente, sin diferencias en la toxicidad tardía. *Conclusión:* La RQT mejora el control local y la sobrevida específica comparada con la RT exclusiva en pacientes con un tumor de recto irresecable y es bien tolerada.

DR. GUILLERMO BANNURA C.
Hospital San Borja-Arriarán
Santiago, Chile.

R
R TENDENCIAS CAMBIANTES EN EL USO DE FILTROS EN VENA CAVA INFERIOR.
Asís F, Spate K, Wong J y cols. J Am Coll Surg 2007; 205: 564-569.

En Estados Unidos anualmente se diagnostican 355.000 embolias pulmonares (EP), siendo

mortales 240.000 de ellas; el Tromboembolismo venoso (TEV) es responsable del 90%. El principal objetivo de un Filtro en Vena Cava Inferior (FVCI) es prevenir EP mortales. Al paso del tiempo, se había mantenido relativamente estable la cantidad de FVCI que se insertan. Sin embargo, su uso ha aumentado a partir del año 2001, cuando se introdujeron filtros de tipo rescatable, como son el Gunther Tulip y Bard.

Los AA revisan retrospectivamente los antecedentes clínicos de 878 pacientes, ingresados entre 1999 y 2004, a la Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, un Centro de Trauma Nivel I, a los que se insertó un FVCI. Correspondieron al sexo masculino el 51,6%, siendo 55% mayores a 60 años. Las patologías subyacentes, en orden decreciente de frecuencia, fueron: cardiológicas (36,9%), trauma (20,3%), cáncer (19,3%), enfermedades neurológicas (4,1%), gastrointestinales (3,1%) y postparto (1,9%). Los de mayor edad correspondieron habitualmente a cardiopatas. Fueron criterios clínicos de inserción de FVCI: absolutos, enfermos con contraindicaciones para una anticoagulación formal; relativos, en pacientes con factores de riesgo de Tromboembolismo Pulmonar (TEP), embolia pulmonar reiterada en pacientes anticoagulados, complemento de la anticoagulación, episodio de TEP en paciente anticoagulado y dificultad para alcanzar niveles terapéuticos de anticoagulación. En el período de observación se pasó de FVCI fijos a variedades rescatables, predominando progresivamente el Filtro de Gunther Tulip.

La disponibilidad de FVCI rescatables ha incrementado su uso, particularmente en Politraumatizados, en casos tales como fractura de pelvis, huesos largos y trauma craneoencefálico. El filtro de Gunther Tulip se recupera en tasas de 80 a 100%. Diversos estudios establecen una disminución de la incidencia de EP en estos pacientes. Las complicaciones fueron de 2,9%, siendo la más frecuente el hematoma en el sitio de inserción. Se observó reiteración de TVP en 4 casos.

DR. RICARDO SONNEBORN G.
Hospital Asociación Chilena de Seguridad
Santiago, Chile.