

**Meta-Análisis de la efectividad y seguridad de la disección ganglionar D2 y Linfadenectomía para-aórtica (LPA) en Cáncer Gástrico. Chen Zin-Zu et al. *J Am Coll Surg* 2010; 210: 100-5.**

Aunque la incidencia de Cáncer Gástrico (CG) ha declinado en los países occidentales, en Japón, Corea y China persiste en tasas muy elevadas. Si bien la cirugía resectiva es considerada mundialmente como parte esencial del tratamiento con intención curativa, algunos aspectos de la linfadenectomía permanecen controversiales. Con todo, la extensión de la disección linfática puede ser considerada como un factor pronóstico independiente de sobrevida. La Asociación Japonesa de Cáncer Gástrico ha clasificado los linfonodos en grupos y estaciones, siendo aceptado en todos los sitios que aquellos linfonodos perigástricos deben ser removidos. También una disección D2 se ha aceptado como procedimiento estándar para procedimientos potencialmente curativos en Japón y en parte de los países occidentales.

Algunos investigadores japoneses han propuesto, en la actualidad, que debiera realizarse una linfadenectomía D2 y además, linfadenectomía para-aórtica (LPA), con la idea de recolectar más linfonodos que con la técnica D2 convencional. Sin embargo, esta modificación puede significar más iatrogenia, cirugías más prolongadas, más transfusiones y mayor estada hospitalaria.

El presente meta-análisis comparó morbimortalidad hasta los 30 días del postoperatorio y la sobrevida a los 5 años, para la disección D2 convencional y para la D2 + LPA.

La morbilidad postoperatoria fue similar para ambos grupos, alcanzando el 23,9% para D2 y 29,1% cuando se agregó LPA. La mortalidad hasta los 30 días fue de 1,9% para ambos grupos.

Al comparar la sobrevida a 5 años, se observó un 63,3% para D2 exclusivo y 65,0% para D2 + LPA.

Los autores concluyen que para pacientes con un cáncer gástrico avanzado, pese a que en ellos existe hasta un 20% de afectación tumoral de los ganglios para-aórticos, la extensión de la linfadenectomía a esa área no resulta beneficiosa y, por tanto, esta práctica no se puede recomendar como parte del tratamiento quirúrgico.

**Dr. Ricardo Espinoza G.<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>Universidad de los Andes  
 Santiago, Chile

**Duración de una intervención quirúrgica y su relación con las tasas de infección quirúrgica y estada hospitalaria. Procter LD et al. *J Am Coll Surg* 2010; 210: 60-65.**

Las infecciones quirúrgicas (IQ) persisten como una de las principales morbilidades e incluyen la Infección del Sitio Quirúrgico (SSI), la sepsis y shock séptico, infección urinaria, infecciones relacionadas a catéter intravenoso y las neumonías intrahospitalarias. Entre ellas, la SSI es la más común, representando el 38% de las infecciones nosocomiales del paciente quirúrgico. A su vez, la SSI se relaciona con la mortalidad, la estada hospitalaria y los costos. Como factores de riesgo de infección quirúrgica contamos: edad, malnutrición, inadecuada profilaxis, neoplasias malignas, tipo y tamaño de la incisión quirúrgica, uso de drenajes abdominales, infección en sitio remoto, herida contaminada tipo 4, más de una sutura intestinal o anastomosis, y cirugías de más de 120 minutos. Respecto de este último factor, hay datos que señalan que cirugías de más de 4 horas de duración tienen mayor riesgo de infección que aquellas de hasta 2 horas.

Este estudio prospectivo recogió las tasas de IQ en los pacientes atendidos en 173 hospitales que forman parte del Programa Nacional de Mejoría de la Calidad en Cirugía, llevado adelante por el American College of Surgeons. El estudio se llevó a efecto entre los años 2005 y 2007 en que se siguieron 299.359 pacientes operados, hasta los 30 días del postoperatorio. Se compararon tasas de IQ por cada 30 minutos de duración de la cirugía y se utilizaron modelos de regresión logística para conocer las tasas ajustadas por factores de riesgo de los pacientes.

Los resultados demostraron que la probabilidad de IQ aumenta un 2,5% cada 30 minutos de duración de la cirugía, variando entre un 3,7% general para cirugías de menos de 1 hora de duración, hasta un 31,4% observado en cirugías de más de 6 horas de duración. Esto es válido para todas las variedades de IQ. Los procedimientos con más altas tasas de IQ fueron: esofagectomías, pancreatetectomías, enterectomías y colectomías, cirugía de la vía biliar, laparotomías, creación de ostomías, puentes venosos, colgajos, enterorrafias, colorrafias y debridamientos de piel y subcutáneo.

Los mayores predictores de infección fueron: el tipo de cirugía propiamente tal, la clasificación de la herida quirúrgica y el nivel de transfusión intraoperatoria.

Entre los más significativos factores preoperatorios independientes de riesgo figuran: la clasificación ASA del paciente, la calidad de paciente ambulatorio o paciente hospitalizado, infección sistémica preoperatoria, nivel sérico de albúmina, estado funcional, sexo masculino, baja reciente de peso, radioterapia reciente, baja en recuento de plaquetas y la edad. Una vez aplicadas las correcciones por estos factores de riesgo se observó que las tasas de IQ se incrementaban en un 0,32% por cada 30 minutos de intervención quirúrgica. De este modo, la tasa de IQ para cirugías de menos de 1 hora se dobla y alcanza un 2,1% cuando dura 2,5 horas. Como ejemplo, la tasa de IQ para una colecistectomía laparoscópica aumenta linealmente con la duración de la intervención, siendo de 0,7% si dura menos de media hora y se eleva hasta 1,4% si dura entre 1,1 y 1,5 horas.

Al mismo tiempo, para todo el grupo de análisis, ajustando los datos por factores de riesgo, la duración de la hospitalización también se relacionó geométricamente con la duración de la intervención, aumentando un 6% por cada media hora de intervención. Así, para cirugías de menos de una hora de duración, la hospitalización tuvo un rango de 0 a 2 días y en pacientes con cirugías de más de 6 horas, se observó una estada hospitalaria de 9 días, variando entre 6 y 16 días.

Los autores enfatizan que análisis de este tipo ayudan a conocer mejor los factores de riesgo de IQ y sus efectos y plantear estrategias dirigidas a su reducción. De hecho, un programa dirigido por el Medicare y Medicaid se ha propuesto reducir las tasas de SSI en los Estados Unidos de Norteamérica durante el 2010 del 30% actual a un 25%.

***Dr. Ricardo Espinoza G.<sup>1</sup>***

*<sup>1</sup>Universidad de los Andes  
Santiago, Chile*