

Factores pronósticos de pacientes con cáncer vesicular avanzado con posterioridad a una resección quirúrgica agresiva. *Murakami Y, et al. J Gastrointest Surg. 2011;15:1007-16.*

El cáncer de vesícula biliar (CaVB) tiene alta incidencia en países como Chile, Perú, Korea y Japón. El pronóstico del CaVB en estos países, incluyendo pacientes resecaados y no resecaados, no supera el 15% de sobrevivida a 5 años y es frecuente el diagnóstico en etapas avanzadas de la enfermedad. Pese a que la cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo, sólo una pequeña proporción de pacientes son candidatos a resección.

En el intento por mejorar los resultados en estos pacientes, extensas resecciones quirúrgicas se han realizado, así como adyuvancias con quimioterapia y radioterapia, donde los resultados encontrados han sido variables.

El objetivo de este estudio es determinar factores pronósticos en pacientes con CaVB avanzado que han sido sometidos a una resección quirúrgica agresiva.

Los autores, del Departamento de Cirugía de la Universidad de Hiroshima, analizan los resultados de 62 pacientes con CaVB avanzado tratados entre el año 1990 y 2010, en los cuales se realizó una resección extensa como parte del tratamiento (Hepatectomía mayor y/o pancreatoduodenectomía).

El promedio de edad fue 69 años (33-92 años), siendo el 50% de ellos mayores de 70 años.

El 26% de los pacientes presentó ictericia al momento del diagnóstico.

Cuarenta y un pacientes, eran estadios III ó IV de la UICC al momento del diagnóstico.

El 48% presentó metástasis ganglionares en el estudio de la pieza quirúrgica, siendo el 49% de los pacientes pT3 o pT4. Se logró realizar una resección con márgenes quirúrgicos negativos (R0) en el 79% de los pacientes.

La supervivencia actuarial de los 62 pacientes fue 48% a 3 y 5 años.

En el análisis de los subgrupos por estadio, se observó una supervivencia del 94% a 5 años para los estadios I y II, en tanto que, para los estadios III y IV la supervivencia a 3 y 5 años fue de 23%.

El análisis multivariado evidenció que el grado de diferenciación tumoral, la invasión hepática, las metástasis ganglionares y el margen quirúrgico negativo, fueron identificados como factores independientes asociados con la supervivencia. En el subgrupo de pacientes con estadio III o IV la quimioterapia coadyuvante, el grado de diferenciación

tumoral, la invasión hepática y el margen quirúrgico negativo fueron factores independientes asociados al pronóstico.

Treinta pacientes (48%) tuvo una recurrencia locorregional o a distancia durante el seguimiento, destacando que la quimioterapia coadyuvante sólo se realizó a 11 pacientes (17,7%) a partir del año 2002.

Los autores logran demostrar que, independiente del estadio al momento del diagnóstico y la magnitud de la cirugía realizada, una resección R0 y la quimioterapia coadyuvante permiten mejorar la supervivencia en pacientes con CaVB avanzado incluso con estadio III y IV.

Dr. César Muñoz C.

*Departamento de Cirugía Digestiva
Pontificia Universidad Católica de Chile,
Santiago, Chile.*

Embolia pulmonar: complicacion en trauma torácico grave. *Knudson MM. (San Francisco-USA). Surgery News Update, Junio 2011.*

Recientemente, el Trauma Torácico Grave (TTG) ha adquirido relevancia en algoritmos como factor de riesgo alto para Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Ello, luego de revisar una base de datos que comprende 888.652 pacientes atendidos en 326 Centros de Trauma Nivel I y II e ingresados entre 2007-2009 en el National Trauma Data Bank (NTDB: Banco Nacional de Datos de Trauma) de Estados Unidos.

En ellos se estableció una incidencia global de 1,06% de Trombosis Venosa Profunda (TVP) y 0,42% de Embolia Pulmonar (EP). Pero, sólo en 20% de casos de EP se logró certificar una TVP.

En pacientes politraumatizados, de acuerdo con el tipo de lesiones, los factores de riesgo para TVP y EP son disímiles. En TTG, definido así por un índice de 3 o más, según la Escala AIS, de gravedad de lesión por órgano y/o región del organismo, se demuestra un 42% de mayor probabilidad de desarrollar EP que en ausencia de TTG. Sin embargo, como ha quedado demostrado, estos accidentados no tuvieron mayor riesgo porcentual de TVP. En contraste, en pacientes con Trauma cráneo-encefálico grave (TEC), hay un 34% de mayor riesgo de TVP, explicable por ectasia sanguínea, sin que se incrementara la incidencia de EP. A su vez, enfermos en ventilación mecánica por más de 3 días, exhiben un riesgo para TVP, 5,3 veces superior a grupos control, y 3,8 veces mayor para EP. De la misma manera, se

estableció que en shock, fracturas de pelvis y trauma raquímedular hubo una incidencia significativa de TVP y EP, que hasta aquí no ha sido cuantificada. Se determinó así mismo, que politraumatizados que ingresan en shock, aún antes de iniciar el tratamiento ya tienen coagulopatía, y que, por efecto de múltiples transfusiones, en los primeros 2 a 3 días se depleta la Proteína C y entran en estado de hipercoagulación.

Comparando el NTDB del período 1994-2001 con 2007-2009, se visualiza una tendencia creciente de EP (de 0,21 a 0,49%), pero un progresivo descenso en la mortalidad por este rubro, de 15 a 11%. Lo primero, se explica por la rutinaria incorporación diagnóstica de TC de Tórax y lo segundo, por una

más frecuente implementación de terapias anticoagulantes.

El análisis, a su vez, concluye que en Trauma en general y en TTG en particular, el filtro profiláctico en vena cava inferior (FPVCI) no ha demostrado utilidad. Y que, a pesar de una tendencia creciente a instalar FPVCI, la incidencia de EP se ha duplicado.

Se requiere implementar estudios para clarificar aspectos fisiopatológicos y clínicos, y coordinar esfuerzos en orden a uniformar criterios en el ingreso de información en el NTDB.

Dr. Ricardo Sonneborn G.
Hospital del Trabajador
Santiago, Chile.