

### **Respuestas inflamatorias y de estimulación tumoral después de sigmoidectomía laparoscópica.** *Kim JS et al. Yonsei Med J. 2011;52:635-42.*

**Objetivo:** La colectomía laparoscópica (CL) tiene beneficios clínicos, como una hospitalización corta, menos dolor postoperatorio y recuperación de la función intestinal precoz. Sin embargo, no hay evidencia objetiva de un beneficio inmunológico u oncológico. Los autores comparan la recuperación funcional de una colectomía abierta (CA) *versus* una CL e investigan el efecto de ambas técnicas en la respuesta inflamatoria así como en la estimulación tumoral. **Material y Método:** Un total de 57 pacientes portadores de un cáncer de colon sigmoideos fueron aleatorizados a CA o CL. Se analizaron los resultados de muestras de sangre obtenidas antes de la cirugía y en el 1º día postoperatorio. Se midió la proteína C reactiva (PCR) y la interleukina-6 (IL-6) como marcadores inflamatorios, y el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y la proteína 3 de unión al factor de crecimiento parecido a la insulina (IGFBP-3) como factores de estimulación tumoral. **Resultados:** El tiempo de hospitalización ( $p = 0,031$ ), la eliminación de gases ( $p = 0,016$ ) y el primer día de alimentación con dieta líquida ( $p < 0,001$ ) fueron significativamente más cortos en el grupo CL. Los niveles de PCR, IL-6 y VEGF se elevaron significativamente mientras que la concentración de IGFBP-3 bajó significativamente en ambos tipos de cirugía. No hubo diferencias significativas entre los niveles pre y postoperatorios de PCR, IL-6, VEGF y IGFBP-3 entre ambos grupos. **Conclusión:** Estos datos sugieren que la CA y la CL se acompañan de significativos cambios en los niveles de PCR, IL-6, VEGF y IGFBP-3. Los marcadores de inflamación aguda y de estimulación tumoral no reflejan los beneficios clínicos de la CL.

*Dr. Guillermo Bannura C.  
Hospital Clínico San Borja Arriarán*

### **Lesiones quísticas del páncreas: cambios en la presentación y manejo en 1.424 pacientes manejados en una sola institución.** *Gaujoux S. y cols. J Am Coll Surg. 2011;212:590-600*

Con el uso cada vez mayor de imágenes, la identificación de lesiones quísticas del páncreas (LQP) ha aumentado en frecuencia. Se estima una prevalencia de lesiones incidentales del 10%, que se puede elevar al 30% en pacientes mayores

de 70 años. El problema surge cada vez que una de ellas puede ser maligna, que el diagnóstico por las imágenes puede ser inexacto en el 25% y que, por otro lado, las resecciones del páncreas se asocian a morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, se recomienda tener un criterio selectivo de resección, basado en los síntomas, el tamaño, la presencia de nódulos murales o componente sólido, tabicaciones, citología sospechosa o el análisis de los marcadores séricos. Específicamente se selecciona a aquellos con un extremado bajo riesgo de malignidad (menos de 2%) en los que el riesgo de malignidad es aproximadamente similar al riesgo de mortalidad de la resección pancreática; separándolos de los pacientes que tienen lesiones de alto riesgo, como displasia de alto grado o enfermedad invasiva. Los autores, del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de Nueva York presentan su experiencia con 1.424 pacientes atendidos entre 1995 y el año 2010, tratando de afinar mejor sus criterios de selección quirúrgica.

Para todo el período señalado, de 15 años, evaluaron 539 pacientes en los primeros 10 años y 885 en los últimos 5 años, lo que evidencia un aumento del 8% anual. A la vez, el diámetro medio de las lesiones disminuyó de 2,4 cm (1995-2005) a 1,6 cm en el transcurso de la segunda etapa de observación (2005-2010). La edad media al momento del diagnóstico fue de 67 años y el 65% mujeres. El 38% de los pacientes era sintomático, de los cuales un 8% tenía historia de pancreatitis. Al momento de la presentación el tamaño medio de las LQP fue de 2,0 cm; la mayoría se situaba en la cabeza del páncreas (62%); la mayoría era solitaria (72%); un 42% tenía septos y un componente sólido en el 14%. Los métodos de diagnóstico más frecuentemente utilizados fueron la Tomografía Computarizada en el 97% y endosonografía endoscópica en el 44%, entre los cuales la mayoría fue sometida a aspiración con aguja fina de la lesión quística.

Para toda la serie, el manejo inicial, definido dentro de los primeros 6 meses una vez hecho el diagnóstico, fue quirúrgico en el 37%. Para el primer período llegó al 43% y fue del 33% entre el año 2005 y 2010. Entre estos 422 pacientes inicialmente resecados se efectuó duodenopancreatectomía en el 36% y pancreatectomía distal en el resto, la mayoría con esplenectomía. Para este grupo, la tasa de complicaciones grado III fue del 36%, con una mortalidad de 0,5% y 1% en ambos periodos. La estada hospitalaria se redujo de 8 días en los pacientes de entre 1995 y 2005 a 7 días para los operados entre 2005 y 2010. Las tres lesiones más

frecuentes fueron: neoplasia papilar mucinosa intraductal (IPMN) en el 27%, cistoadenoma seroso en el 23% y existió un 14% de adenocarcinoma. Entre carcinoma y displasia de alto grado se encontró un 23% de las lesiones resecaadas en la serie completa.

Para el período más reciente (2005-2010), hubo una mayor proporción de IPMN, prácticamente desaparecieron los pseudoquistes resecaados y los carcinomas y displasias de alto grado aumentaron de 17% a 28%.

Inicialmente, 719 pacientes fueron manejados en forma no-operatoria; eran de mayor edad, con lesiones más pequeñas, menor proporción de sintomáticos y menor proporción de componente sólido y dilatación del conducto pancreático principal. Estos pacientes fueron seguidos entre 6 y 176 meses, con una media de 28 meses. De ellos, 47 (6,5%) fueron finalmente resecaados, luego de una observación de más de 6 meses. Fueron operados en una media de 14 meses por: aumento de tamaño, citología del fluido sospechosa, aparición de componente sólido y dilatación del conducto pancreático principal. De ellos, 8 resultaron tener un

adenocarcinoma (1,1% de los 719 originales) y 12 un carcinoma *in situ*.

Al analizar por separado el grupo de 885 pacientes atendidos entre los años 2005 y 2010, los autores enfatizan en que si en épocas previas el componente sólido de la lesión era el elemento que discriminaba el tratamiento, en esta época más reciente ha sido el tamaño, siendo el diámetro de menos de 2 cm el principal predictor de manejo no operatorio inicial, y correspondió al 89% de esos casos. El riesgo de intervención durante el seguimiento radiológico fue de 1,2% a 12 meses; 4% a 36 meses y 6,3% a los 60 meses. Para todo este grupo manejado inicialmente sin cirugía, el riesgo de morir por otras causas diferentes del cáncer de páncreas fue de 20% a los 5 años y 60% a los 10 años. Por el contrario, para este mismo grupo el riesgo de morir por un cáncer de páncreas fue del 2,5% a 5 años y 10% a 10 años.

Por tanto, la cuidadosa selección de pacientes para ser manejados inicialmente sin cirugía, tiene un riesgo de desarrollar cáncer equivalente al riesgo de mortalidad operatoria de aquellos pacientes que inicialmente experimentaron resección.

**Dr. Ricardo Espinoza G.**  
*Universidad de los Andes*