

Manejo de pacientes con Cáncer de Páncreas: tendencias en selección de pacientes, manejo operatorio y uso de terapia adyuvante. *Mayo SC. J Am Coll Surg. 2012;214:33-45.*

La única modalidad terapéutica potencialmente curativa del Cáncer de Páncreas (CP) sigue siendo la Cirugía. En las últimas décadas, los avances en la técnica quirúrgica y el cuidado perioperatorio han reducido la mortalidad perioperatoria a menos del 5% en centros de alto volumen, pero persiste una tasa de complicaciones que varía entre un 10 y un 50%. Reportes recientes señalan una sobrevida de entre un 10 y un 20% a 5 años para pacientes resecaos con intención curativa y tratados con quimiorradiación (QR) adyuvante. Sin embargo, no están bien definidas las tendencias en cuanto a selección de pacientes, morbilidad perioperatoria y terapia adyuvante.

Los autores, de Johns Hopkins, accedieron al registro de pacientes con CP atendidos por medio de Medicare entre los años 1991 y 2005 y estudiaron las características demográficas de éstos y los detalles de tratamiento y sus complicaciones, analizando la sobrevida de acuerdo a diferentes variables. El registro SEER-Medicare comprende información de 18 centros de cáncer y representa alrededor del 26% de la población norteamericana.

En el período señalado fueron diagnosticados 56.820 pacientes de 65 años o más, con Cáncer de Páncreas, de los cuales sólo el 4,3% (n = 2.461) terminó siendo resecao con intención curativa y son los que forman la población analizada. Se observó a través del tiempo un aumento de la edad promedio de los pacientes, de 72,1 años a 74 años como también un aumento de las condiciones de comorbilidad quirúrgica, existiendo 3 o más de ellas en el 10,4% al comienzo del estudio y también 3 o más en el 26% de los pacientes más recientes. De otra forma, sólo el 24,6% de los pacientes más recientes no tenían comorbilidades. Las condiciones asociadas más frecuentes fueron: hipertensión, diabetes y enfermedad pulmonar crónica. El adenocarcinoma fue el tumor más frecuente y la modalidad diagnóstica más utilizada fue la tomografía axial (CT) y la resonancia, en el 94,3% y 24,7% de los pacientes atendidos entre los años 2003 y 2005. La utilización de la lapa-

roscopia diagnóstica aumentó 5 veces, hasta situarse en un 15% de los casos del período más reciente. El PET-CT fue usado en una minoría (1,8%).

El 79% de los pacientes fue sometido a una pancreatoduodenectomía cefálica (PDC), el 13,5% a una pancreatectomía distal (PD) y un 6,3% a una resección pancreática total (PT). En todo el período permaneció estable la proporción de PDC y PT, pero aumentaron las PD, de un 13,2% entre 1991-1996 a un 15,9% entre 2003-2005. Un promedio de 53% de los pacientes tuvo alguna complicación postoperatoria, siendo similar a través del tiempo (infecciones y hemorragias las principales), pero se observó un significativo aumento del uso de drenaje percutáneo en años recientes. El riesgo de complicaciones se asoció con la comorbilidad, siendo de 54,2% cuando había menos de 3 comorbilidades y 59,8% con 3 o más de ellas. La mortalidad promedio a los 30 y 60 días fue de 4,2% y 11,0%, ambas en descenso a través de los años. La mortalidad a los 30 días descendió de un 5,5% a un 3,0%. Se observó que la mortalidad asociada a PDC fue 4 veces superior a la de la PD.

El 50,5% de los pacientes recibió alguna forma de tratamiento adyuvante; siendo el 40,3% en los años 1991-1996 y 56,1% entre 2003-2005. Sólo el 1,1% recibió quimioterapia preoperatoria; un 33,2% QR adyuvante y el 10,2% quimioterapia adyuvante, subiendo esta proporción de un 6,0% al comienzo del estudio a un 15,6% al final del período. La posibilidad de tener terapia adyuvante se asoció positivamente a una edad menor de 72 años, a la presencia de metástasis ganglionares linfáticas y el no desarrollo de complicaciones postoperatorias. Al analizar si la adyuvancia era sólo quimioterapia o QR, se vio que a mayor edad y mayor comorbilidad, más frecuente era la quimioterapia sola. Por último, la sobrevida global de estos pacientes resecaos con intención curativa fue de 14 meses, notándose un incremento desde 12 meses a 16 meses. La sobrevida a 1, 3 y 5 años de 53,2%; 19,7% y 12,6% respectivamente. Corregidas las características clínicas de los pacientes y su comorbilidad, la recepción de terapia adyuvante se asoció a un aumento significativo de la sobrevida; la QR por sí sola y la quimioterapia por sí sola versus no terapia adyuvante se asociaron a una disminución del riesgo de muerte.

*Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile*

Manejo no operatorio del trauma esplénico
Böyük A, Gümüş, Önder A, et als. Eur J Trauma Emerg Surg. 2011;37:1-7.

El manejo no operatorio (MNO) del Trauma Esplénico (TE) es una opción válida de tratamiento; diversos estudios así lo confirman. Los criterios para aplicarlo son: estabilidad hemodinámica y ausencia de otras lesiones que requieran resolución quirúrgica. A ello hay que agregar la gravedad de la lesión esplénica. Sin embargo, el TE suele insertarse en un Politraumatismo, y en ese contexto, constituye una parte de la evaluación general del paciente. En este escenario, hay que prestar una consideración especial a la gravedad del ISS, Escala de Coma de Glasgow, otras lesiones extra abdominales y transfusiones. También, la presencia de coagulopatía, insuficiencia hepática, uso de anticoagulantes y déficit de factores específicos de coagulación.

Los criterios de inclusión aplicados por los AA comprendieron: 1) estabilidad hemodinámica, con o sin resucitación (presión sistólica sobre 90 mmHg), 2) ausencia de signos peritoneales y 3) ausencia en TC de otras lesiones intra y retroperitoneales de resolución quirúrgica.

Los accidentados fueron separados en 2 grupos: a) aquellos seleccionados para MNO, irrelevante de la gravedad de la lesión esplénica, y b) aquellos en

que fracasó el MNO y requirieron resolución quirúrgica. Los pacientes hemodinámicamente inestables fueron llevados de inmediato a quirófano. El grupo de MNO fue sometido a estudio de imágenes (US o TC) y la gravedad de la lesión esplénica fue graduada según la Escala de Gravedad de la American Association for the Study of Trauma (AAST). Se indicó restringir aporte oral, hidratación parenteral y reposo absoluto. Se efectuó monitoreo de signos vitales, y examen seriado abdominal y de hemoglobina.

En un estudio retrospectivo, entre Enero de 2005 y Abril de 2011, los AA analizaron 206 pacientes consecutivos con TE, ingresados al Departamento de Cirugía del Hospital Universitario de Dicle, Turquía. De ellos, 159 (77,2%) no cumplían criterios de inclusión. Los restantes 47 (22,8%), fueron considerados para MNO y conforman este estudio. De ellos, 43 correspondieron a lesiones contusas. Se constató fracaso del MNO en 7 casos (14,9%), que requirieron esplenectomía.

El análisis muestra que el fracaso del MNO se expresó especialmente en el grupo con mayor gravedad de lesión esplénica, y que este fue el factor de mayor significación y repercusión en el resultado y pronóstico.

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

Resección hepática laparoscópica: análisis de 300 casos.
Cannon RM, et al. J Am Coll Surg. 2011;213:501-7.

Los autores, de la Universidad de Louisville, presentan la segunda mayor experiencia de un centro en resecciones hepáticas vía laparoscópica. En un período de 10 años han efectuado 300 resecciones consecutivas y para el análisis las han dividido en grupos de a 100. Se efectuó un análisis uni y multivariable sobre las complicaciones de grado 3 o más, de acuerdo a la escala de Clavien-Dindo.

La edad promedio de los pacientes fue de 54 años y el porcentaje de cirugía sobre un hígado cirrótico aumentó de 11% a un 20%. Se mantuvo la proporción (entre 40% y 47%) de pacientes con patología maligna. Al mismo tiempo, creció el número de pacientes con cirugía hepática previa (2% a 13%) y la media de segmentos resecaos aumentó de 2 a 3. Con todo, no aumentó la hemorragia intraoperatoria que se mantuvo en 150 mL y el tiempo operatorio disminuyó de una media de 3 h a 2,25 h. La asistencia manual varió entre un 79% al inicio a un 60% en el período más reciente. Se registraron 4 conversiones a cirugía abierta. Los autores enfatizan la necesidad de una completa movilización hepática previa a la resección del parénquima y la ventaja de utilizar *stapler EndoGIA®* tanto para la transección profunda del

parénquima como para el control vascular y biliar.

La tasa de complicaciones mayores disminuyó de un 14% a un 11%, y la mortalidad cayó de un 3% a un 1%. Los primeros casos de fallecimiento se asociaron a inexperiencia en pacientes con hígado cirrótico y en resecciones posteriores.

Los autores plantean que, con el tiempo, muchas de las resecciones hepáticas tendrán como primera opción un abordaje laparoscópico, como es el caso de una segmentectomía lateral izquierda. Además, un tamaño de 5 cm sería el límite para optar por un abordaje laparoscópico segmentario.

De su análisis se desprende que la cirugía hepática laparoscópica requiere de un equipo entrenado en cirugía abierta del hígado y técnicas laparoscópicas avanzadas, estimando que la curva de aprendizaje se logra con 30 a 50 resecciones menores; en cambio, resecciones centrales, lobectomías formales y segmentectomías posteriores derechas requieren unos 60 a 80 casos.

La evidencia actual demuestra que la cirugía hepática laparoscópica reduce el tiempo operatorio, las pérdidas sanguíneas, la necesidad de transfusiones, el dolor postoperatorio, la estada en Unidad de Cuidados Intensivos y los días de hospitalización.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile