



Tiroidectomía total o lobectomía tiroidea en pacientes con cáncer de tiroides diferenciado de bajo riesgo

ELECTRON KEBEBEW, MD, QUAN-YANG DUH, MD, ORLO H. CLARK, MD

Department of Surgery, University of California, San Francisco. World J Sur 24,1295-1302, November 2000.

Han sido significativos los avances en la estratificación del riesgo de pacientes con cáncer diferenciado del tiroides (papilar o folicular) en las pasadas 4 décadas.

Por lo general se acepta que el tratamiento más adecuado para pacientes de alto riesgo con cáncer diferenciado de tiroides (DTC) es la tiroidectomía total o casi total. Sin embargo, se discute si esta extensa intervención constituye el tratamiento de elección para el DTC en pacientes de bajo riesgo. Para determinar la amplitud óptima de la tiroidectomía en este grupo de pacientes, se efectúa un análisis comparativo entre los resultados de la tiroidectomía total (TT) vs. lobectomía tiroidea (TL). El modelo analítico de toma de decisiones tuvo en cuenta las posibles complicaciones inherentes a la tiroidectomía, el riesgo de recidiva del DTC y la mortalidad por DTC.

La información se obtuvo de la revisión bibliográfica al respecto y de los resultados de los pacientes con DTC de bajo riesgo, tratados en nuestro hospital. En nuestro análisis se introdujo además el concepto de utilidad. Para determinar ésta se efectuó un seguimiento de cada uno de los casos, evaluando: complicaciones de la tiroidectomía, recidiva del DTC y mortalidad. En general, de forma prospectiva, los pacientes consideran que la recidiva del DTC es menos deseable que una complicación tras tiroidectomía. La utilidad valorada por los pacientes en seguimiento varía ampliamente pero un 61.5% asumen mejor una complicación tras tiroidectomía que una recidiva del DTC.

En la línea basal de utilidades y posibilidades se espera de la TT una mayor utilidad que de la TL. Un análisis de la sensibilidad demuestra:

1. Las diferentes complicaciones tras tiroidectomía.
2. Recidiva del DTC.
3. Mortalidad por DTC.

El factor más importante, determinante de la amplitud de la tiroidectomía, fue la frecuencia de las complicaciones. La TL se prefirió sólo cuando el cociente de complicaciones entre la TT y TL fue >33:1. Cuando la recidiva del DTC se suprimió del modelo analítico, la TL tuvo una mayor utilidad dada la menor tasa de complicaciones y de mortalidad por DTC. Los análisis indican que la TT es preferible a la TL en pacientes con DTC de bajo riesgo; sin embargo, la TL es la técnica elección si:

1. Se asume que no existe diferencia entre las dos técnicas por lo que a la recidiva se refiere.
2. Cuando se registran numerosas complicaciones con la TT (superiores 33 veces a las producidas por la TL).
3. Cuando el cociente de utilidad entre las complicaciones posttiroidectomía y la recidiva del DTC es <1.25.

Creemos que estos modelos analíticos de toma de decisiones (algoritmo) pueden constituir una aproximación objetiva para decidir la amplitud óptima de la tiroidectomía, pues se basa en las preferencias de los pacientes, los resultados específicos de cada hospital por lo que a recidivas y mortalidad se refiere y los resultados de cada cirujano por lo que a las complicaciones atañe.

Uso de los recursos de salud para el tratamiento médico o quirúrgico del reflujo gastroesofágico

MICHAEL D. HOLZMAN, EDWARD F. MITCHEL, WAYNE A. RAY, WALTER E. SMALLY

Department of Surgery, Vanderbilt University, Nashville TN. Journal of the American College Surgeons. Vol. 192 Issue 1. (January 2001) 17-24.

El reflujo gastroesofágico (GERD) es un desorden común que puede ser manejado efectivamente tanto médica como quirúrgicamente. Este estudio de la Universidad de Vanderbilt basado en la evidencia compara en cuanto a costos y resultados el grupo que recibió tratamiento médico durante un año o tratamiento quirúrgico.

Los autores hicieron un estudio retrospectivo sobre una cohorte de pacientes del Tennessee Medicaid con reflujo gastroesofágico. Incluyeron 7.502 pacientes para el estudio y fueron seleccionados, 250 pacientes con tratamiento médico durante un año y 135 pacientes a los que en el mismo año se les practicó funduplicación quirúrgica, en los pacientes seleccionados. Llenaron todos los parámetros en cuanto edad, raza, control clínico y paraclínico, usados dentro de los trabajos de medicina basada en la evidencia, y los motivos por los cuales hicieron este estudio fueron:

1. El GERD es la primera prevalencia gastrointestinal como motivo de consulta aceptándose que hay 360 individuos afectados por cada 100.000 habitantes.
2. En 1995 el quemón retroesternal fue la primaria o secundaria causa de más de 2'500.000 de consultas en los Estados Unidos.

3. Encuestas endoscópicas dan un 4% global de prevalencia de la esofagitis.
4. Encuestas en la población adulta en los Estados Unidos consideran que los síntomas de GERD ocurren diariamente en el 7% de los encuestados, 14% en pacientes semanalmente y 40% mensualmente en la población general.
5. Para la mayor parte de pacientes con este desorden crónico, significa aumento de morbilidad y disminución de la calidad de vida por muchos años después de su diagnóstico inicial.
6. Se calcula que el uso de los recursos médicos excede de 1 billón de dólares para el tratamiento de la esofagitis.

Las conclusiones de este estudio son:

El reflujo gastroesofágico es un problema común en la población general, ambos ya sea el tratamiento médico o quirúrgico han probado su eficacia en el tratamiento de la esofagitis, pero como es un desorden crónico los resultados finales en tratamiento médico para 1/3 de los pacientes equivale a un gran aporte de los recursos de salud de las compañías aseguradoras. El mismo estudio demostró que a un año de control de los pacientes tratados quirúrgicamente por severo reflujo gastroesofágico el 64% de estos pacientes no necesitaron medicación postoperatoria con una disminución del uso de los servicios médicos.

* Sección a cargo del Dr. HERNANDO ABAUNZA y Dr. JAIME ESCALLÓN.

Infeción por *helicobacter pylori*: aumento de la actividad de la telomerasa en los tejidos cancerosos

HIDEKAZU KAMESHIMA, MD, ATSUSHITO YAGIHASHI MD, TOMOMI YAHIMA MD, DAISUKE KOBAYASHI MD,
RYUICHI DENNO MD, KOICHI HIRATA MD, NAOKI WATANABE MD, PhD

Department of Surgery, Sapporo Medical University School of Medicine, Sapporo, Japan. World J Surg 24,1243-1249, October, 2000.

El *Helicobacter pylori* ha sido implicado en jugar un papel importante en la patogénesis del cáncer gástrico tipo difuso, existen pocos conocimientos acerca de la influencia de esta infección en las alteraciones genéticas y en la inmortalidad celular de la mucosa gástrica.

La telomerasa, que añade 5'TTAGGG-3' a las terminaciones del DNA cromosómico (telómera), ha sido implicada tanto en la inmortalización como en la senescencia celulares. El propósito del presente estudio fue determinar cuantitativamente la actividad de la telomerasa en el contenido del componente de telomerasa del RNA (hTR) en el cáncer gástrico y examinar la relación entre estos valores y los factores histológicos, incluyendo al *Helicobacter pylori*, como riesgo de cáncer gástrico. Se midió la actividad de telomerasa en tejidos cancerosos y no cancerosos (metaplasia intestinal, gastritis crónica y mucosa normal) en 27 pacientes con cáncer gástrico, me-

dante un producto modificado de amplificación telomérica repetida, y la expresión de hTR mediante la reacción en cadena de la polimerasa transcriptasa reversa utilizando sondas fluorescentes. La actividad de la telomerasa en el cáncer apareció más alta (producto total generado: 33.7) que los tejidos no cancerosos.

También apareció más alta en la metaplasia intestinal (16.7) y en la gastritis crónica (10.6) que en la mucosa normal (3.5). En los pacientes con cáncer gástrico de tipo intestinal, la actividad de la telomerasa en la metaplasia intestinal con infección con *H. pylori* apareció más alta que en los casos libres de infección. La expresión de hTR no se correlacionó con la actividad de telomerasa. La infección con *H. pylori* puede influir sobre la actividad de telomerasa en tejidos con cáncer y no cancerosos.

Resección limitada para el adenocarcinoma temprano en esófago de Barret's

HUBERT J. STEIN MD, MARCUS FEITH MD, JAMES MUELLER MD, MARTIN WERNER, MD, J RUDIGER SIEMET, FACS, FRCS (HON)

Departamento de Cirugía de la Clínica Universitaria de Munich Alemania. Annals of Surgery, Vol. 232, No. 6, 733-742, December 2000.

Como un resultado del control endoscópico permanente en paciente con esófago de Barret's el diagnóstico de adenocarcinoma temprano está aumentando su frecuencia en el mundo occidental, basados en la observación que la presencia de infiltración linfática es el hecho más importante en el diagnóstico después de una resección completa del tumor, la esofagectomía radical y la esofagogastrectomía con linfadenectomía sistémica son ampliamente usadas como tratamiento de causa para tales pacientes, aunque la supervivencia después de este enfoque quirúrgico es imprevisible, esta cirugía sí está asociada con alta mortalidad, sustanciales complicaciones y gran compromiso de la calidad de vida. Recientemente el tratamiento con fotodinamia, ablación con láser y destrucción de la mucosa por rayos de argón han sido sugeridos como opciones terapéuticas para pacientes con displasia de alto grado o adenocarcinoma temprano en esófago de Barret's, sin embargo, esas técnicas tienen una amplia recurrencia probablemente como resultado de una resección incompleta.

Basados en esto los autores, propusieron en pacientes con PT1 practicarles una resección limitada. A 71 pacientes con esta condición, se les practicó trasmediastinal o tratoráxica esofagectomía con resección del esófago distal, de la unión gastroesofágica, con regional linfadenectomía y reconstrucción con interposición de una asa intestinal isoperistáltica pediculada.

Conclusiones, los autores observaron que la invasión linfática no ocurre en pacientes con adenocarcinoma de esófago distal limitado a la mucosa pero que sí está presente en el 20% de pacientes con tumores que invaden la submucosa. Y sostienen que la resección limitada con linfadenectomía locoregional está justificada en pacientes con T1A y T1B adenocarcinoma del esófago distal, concluyen que este procedimiento es una alternativa atractiva de cirugía limitada contra la esofagectomía radical.

Factores que influyen el uso de la reconstrucción mamaria postmastectomía

MÓNICA MORROW, MD, FACS, SHIRLEY K. SCOTT, MD; HERMAN R. MENCK, MS, THOMAS A. MUSTOE, MD, FACS, DAVID P. WINCHESTER, MD

Departamento de Cirugía de la Universidad de Northwestern, Chicago y Comisión de Cáncer del American College of Surgeons, Journal of the American College of Surgeons, Vol. 192, No. 1, enero 2001, 1-8.

Los avances en la técnica quirúrgica y en los conocimientos de la biología del cáncer mamario han hecho de la reconstrucción mamaria inmediata una opción viable para la mayoría de las pacientes con cáncer mamario. Poco es el conocimiento acerca del uso nacional en los Estados Unidos de esta reconstrucción, este estudio fue encaminado a determinar los factores que influyen en el uso de esta reconstrucción y sus resultados.

Métodos: fueron estudiados los pacientes de la base nacional del cáncer de los Estados Unidos tomando dos grupos entre 1985 y 1990, 155,463 mujeres mastectomizadas y entre 1995 y 1995, 68,348 pacientes con la misma operación.

Resultados: en el primer grupo 1985 a 1990, el 3.4% de pacientes mastectomizadas tuvieron una inmediata reconstrucción mamaria aumentando al 8.3% para el grupo de 1994 a 1995 a quienes se les practicó este procedimiento. Globalmente la edad de las pacientes, la localización geográfica, el tipo de hospital, el estado del tumor influyeron en el uso de la reconstrucción primaria en un análisis multivariado.

En este mismo análisis pacientes de 50 años o menos tuvieron 4.3 veces más reconstrucciones primarias comparadas con pacientes mayores de esta edad, a pacientes con DCIS se les practicó el doble de reconstrucciones primarias comparadas con las pacientes con cánceres invasivos. Otros factores que se analizaron en este análisis multivariado como las entradas familiares sobre 40,000 US o más (Odds Ratio de 2.0), factores étnicos, raza blanca vs. afroamericanas (Odds Ratio 1.6), cirugía en institutos de cáncer o centros especializados en cáncer y hospitales generales (Odds Ratio 1.4), y cirugía en regiones geográficas como el medio oeste o el sur de los Estados Unidos (Odds Ratio 1.3); fueron factores predictores de significancia en el uso de la reconstrucción mamaria postmastectomía en este análisis multivariado.

Conclusión: la reconstrucción mamaria inmediata es una opción subutilizada en el tratamiento de cáncer mamario, el análisis de los factores pronósticos no refleja contraindicaciones a este procedimiento y se necesita mayor educación sobre el tema tanto para pacientes como para médicos.