



Factores Pronósticos Independientes en Cirugía para Casos Curables o Avanzados en Cáncer Gástrico

GIOVANNI BATTISTA DOGLIETTO, MD., FABIO PACELLI, MD., PAOLA CAPRINO, MD., ANTONIO SGADARI, MD., FRANCESCO CRUCITTI, MD. DEPARTMENT SURGERY DIGESTIVA UNIVERSITY CATOLICA, LARGO A. GEMELLI. ROMA - ITALIA. WORLD J SURG 2000 APR; 24: 459-63.

Aunque la cirugía de resección gástrica ha sido aceptada generalmente como el tratamiento de causa para el cáncer gástrico, algunas preguntas se vienen presentando: Qué extensión debe tener la disección linfática para cirugía con carácter curativo?. Será practicada la resección siempre que sea factible?. Cuál es la supervivencia con cirugía de resección para pacientes con cáncer localmente avanzado?.

Los autores revisaron las historias clínicas de 369 pacientes con cáncer gástrico primario hospitalizados en forma consecutiva en nuestro servicio en el período 1981-1995. Doscientos veinte fueron sometidos a gastrectomía total (GT) (paliativa a 38), 12 a resección del muñón gástrico (RMG), 195 a gastrectomía subtotal distal (GSD) (paliativa a 55), 78 a procedimientos derivatorios (PD), 72 a laparotomía explorativa (LE) y 62 no fueron operados (NO). Se utilizó análisis uni y multivariado para evaluar la supervivencia a 5 años con respecto a las principales variables clínicas, patológicas y de terapia luego de tratamiento curativo y paliativo. La supervivencia global a 5 años luego de tratamiento curativo (a 320 pacientes, excluida la mortalidad operatoria) fue 55.9%, 91.1% para el estado IA, 71.5% para el IB, 62.4% para el II, 37.5% para el IIIA, 31.5% para el IIIB. En los pacientes sometidos a tratamiento paliativo, la supervivencia a 5 años fue 13.1% luego de resección gástrica (total o subtotal distal), 4.9% luego de procedimientos derivativos o luego de laparotomía exploratoria, o en los no operados. El análisis uni y multivariado de supervivencia mostró variables independientemente asociadas con pobre supervivencia: estadio avanzado, ubicación superior del tumor y linfadenectomía D-1 luego de tratamiento curativo: extensión tumoral a distancia y cirugía no reseccional luego de tratamiento paliativo. El análisis multivariado mostró que a pesar de que la supervivencia en el cáncer gástrico depende de factores predeterminados, el tipo de cirugía puede tener un efecto significativo sobre el pronóstico de tratamiento quirúrgico.

Cáncer Mamario Estado O a III en Mujeres Jóvenes

CSABA GAJBOS, MD.; PAUL IAN TARTTER, MD, FACS; IRA J. BLEIWEISS, MD.; CAROL BODIAN, DRPH; STEVEN T. BROWER, MD, FACS, NEW YORK. J AM COLL SURG 2000 MAY; 190 (5).

La supervivencia en cáncer mamario está mejorando gracias a que la mamografía está diagnosticando más pronto los casos tempranos; sin embargo, las mujeres jóvenes con cáncer mamario raramente han recurrido a la mamografía antes del diagnóstico; por lo tanto, el pronóstico de esta enfermedad en mujeres jóvenes no está mejorando.

Los autores analizaron los factores de riesgo, la presentación clínica, los hallazgos patológicos, las características del tumor, la extensión de la enfermedad y el tratamiento recibido en 101 mujeres menores de 36 años de edad, entre 1989 y 1997, y las compararon con 631 pacientes con cáncer mamario cuya presentación fue por encima de los 36 años durante los mismos años. El estado IV fue excluido del estudio.

Resultados

Las pacientes por debajo de 36 años de edad consultaron con mayor masa palpable que las que estaban sobre esta edad (87% vs 55%, $p < 0.001$). Las pacientes menores de 36 años presentaban tumores con un diámetro, vs 1.5 cm en las pacientes mayores de 36 ($p < 0.001$). Las pacientes del primer grupo tenían mayor compromiso linfático que las mayores de 36 años (50% vs 37%, $p = 0.022$). Las pacientes de menos de 36 años fueron diagnosticadas en un estado II ó III (60% vs 43%, $p < 0.001$). Los cánceres pobremente diferenciados se desarrollaron en las pacientes jóvenes (70% vs 44% en las mayores de 36 años, $p < 0.001$). Los receptores estrogénicos negativos fueron 52% en las jóvenes vs 31% en las mayores ($p < 0.001$). El aneuploidismo fue de 70% en las menores de 36 años vs 49% en las mayores ($p = 0.013$). La alta fase S de división celular fue 59% en las jóvenes vs 29% en las mayores ($p = 0.001$). Las pacientes por debajo de los 36 años fueron tratadas más amenuado

* Sección a cargo de los doctores **Hernando Abaúnza** y **Jaime Escallón**, ex presidentes de la Sociedad Colombiana de Cirugía.

con mastectomía (59% vs 22% de las mayores de 36 años, $p < 0.001$). Y la quimioterapia adyuvante se usó en el 8% de las menores vs 54% en las mayores ($p < 0.001$). Los cinco años de libre enfermedad fueron significativamente peores en las pacientes por debajo de 36 años ($p=0.011$) que en las pacientes sobre los 36 años ($p=0.044$).

Conclusiones

Las pacientes menores de 36 años diagnosticadas con cáncer mamario difieren de las mayores de esta edad en numerosos aspectos. Estas pacientes consultan a menudo con masa palpable más que por un hallazgo mamográfico sugestivo de cáncer. Las pacientes por debajo de 36 años tienen cánceres por lo general más avanzados y más malignos y requieren tratamientos más agresivos como la mastectomía y quimioterapia; por otro lado, las pacientes por debajo de 36 años tratadas con cirugía conservadora tienen un mayor número de recurrencias locales que las mayores de esta edad; pero también creemos que el alto número de recurrencias locales se debe al excesivo número de cirugías de conservación mamaria practicadas en las pacientes menores de 36 años de edad.

Nuevas Estrategias para la Úlcera Gastroduodenal

Enfoque Laparoscópico

FRANCOIS DUBOIS, MD. CLINIQUE HARTMANN, NEUILLY, FRANCE. WORLD J SURG 2000 MAR; 24 (3): 270-6.

El tratamiento médico de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal no complicada es ahora muy eficaz gracias a los agentes anti H2, los agentes inhibidores de la bomba de protones y los antibióticos específicos contra el *Helicobacter pylori*, el tratamiento quirúrgico para esta enfermedad ha disminuido su importancia ; sin embargo, todavía es útil cuando hay fracaso a las respuestas a las drogas o en algunos pacientes cuando se relacionan costo-beneficio.

Aunque el tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal raramente es quirúrgico, cuando una intervención sea necesaria, el acceso laparoscópico, con todas sus ventajas bien conocidas, es posible y recomendable. La técnica más conocida es la vagotomía en todas sus variantes técnicas. Para evitar cualquier tipo de complicaciones se precisa un cirujano experto en laparoscopia y un instrumental adecuado. La vagotomía troncular bilateral puede realizarse por vía laparoscópica o toracoscópica. Es una intervención fácil, rápida y sus complicaciones son menos frecuentes e importantes que las que se observan tras cirugía convencional. También puede realizarse una vagotomía selectiva o mixta, semejante al procedimiento de Taylor. Numerosos trabajos han demostrado buenos resultados. La resección gástrica rara vez se utiliza como tratamiento de la úlcera péptica; sin embargo, si es necesaria también puede efectuarse por vía laparoscópica, siempre y cuando el cirujano tenga una amplia experiencia. En la actualidad, existen resultados tardíos de vagotomías laparoscópicas que son totalmente superponibles a los obtenidos con cirugía abierta.

Irinotecan Combinado con 5- Fluorouracilo Comparado con 5- Fluorouracilo solo, como Primer Tratamiento de las Metástasis del Cáncer Colorrectal: Estudio Multicéntrico *Randomizado*

J. Y. DOUILLARD, MD; (ROYAL MARSDEN HOSPITAL, LONDON, UK); D. CUNNINGHAM, MD; (HOSPITAL CANTONAL, GENEVA, SWITZERLAND); A.D. ROTH, MD; (HOSPITALE DURAN Y REYNALDS, BARCELONA, ESPAÑA); M. NAVARRO, MD; (MAIDSTONE HOSPITAL, BARMING, UK); R.D. JAMES, MD; (MASARYK MEMORIAL CANCER INSTITUTE, BRNO, CZECH REPUBLIC; P. KARASEK, MD; UNIVERSITY HOSPITAL, H. KRALOVE, CZECH REPUBLIC; P. JANDIK, MD; (ROYAL SOUTH HANTS HOSPITAL, SOUTHAMPTON, UK; T. LVESON, MD; CITY HOSPITAL, NOTTINGHAM, UK; J. CARMICHAEL, MD; RHÔNE POULENC RORER, FRANCE; M. ALAKI, MD, G. GRUIA, L. AWAD, Y PROF. P. ROUGIER, MD; HOSPITAL A. PARÉ, BOULOGNE, FRANCE. THE LANCET 2000 MAR 25; 355: 1041-7.

La terapia estándar para metástasis de cáncer colorrectal es el fluorouracilo comúnmente modulado por folinato de calcio que típicamente da una sobrevida entre 10 a 14 meses.

El irinotecan es un agente activo para cáncer colorrectal en pacientes cuya enfermedad ha sido refractaria al fluorouracilo. Actúa inactivando las topoisomerasas y por lo tanto inhibiendo la división celular; esta droga no tiene una resistencia cruzada con el fluorouracilo y sus funciones son a nivel molecular.

En este estudio intereuropeo se analizaron 386 pacientes que no habían sido tratados previamente con quimioterapia para cáncer colorrectal avanzado y fueron divididos en dos grupos; al primer grupo de 199 pacientes se les dio irinotecan más fluorouracilo más folinato de calcio; y a los 188 restantes sólo se les dio fluorouracilo y folinato de calcio. El esquema de infusión fue una vez semanal o cada dos semanas y fue analizado el tiempo de progresión de la enfermedad, la supervivencia y la calidad de vida.

Hallazgos

El índice de respuesta fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que tenían irinotecan que el observado en los que no lo tenían (49% vs 31%) ($p < 0.001$). El tiempo de progresión de la enfermedad fue significativamente más largo en el grupo que tuvo irinotecan frente al grupo que no lo tuvo (promedio de 6.7 meses vs 4.4 meses ($p < 0.001$)) y la sobrevida total fue más alta 17.4 meses con irinotecan vs 14.1 meses sin irinotecan ($p = 0.031$).

Algún grado de toxicidad fue más frecuente en el grupo con irinotecan pero los efectos fueron predecibles y reversibles.

Conclusiones

El irinotecan combinado con fluorouracilo y folinato de calcio fue bien tolerado y aumenta el índice de respuesta, el tiempo de progresión y la sobrevida, y no deteriora la calidad de vida. El grupo investigador intereuropeo considera que este esquema terapéutico es la primera línea para el tratamiento de pacientes con metástasis de cáncer colorrectal.

Quimioterapia y Radioterapia Preoperatoria y Resección Quirúrgica para Cánceres del Páncreas Localmente Avanzados

HAROLD J. WANEBO, MD; ARVIN S. GLICKSMAN, MD; MICHAEL P. VEZERIDIS, MD; JEFFREY CLARK, MD; LAWRENCE TIBBETTS, MD; R. JAMES KONESS, MD; AUDREY LEVY, PA-C. DEPARTMENT OF MEDICINE, MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL, HARVARD UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL, BOSTON. ARCH SURG 2000 JAN; 135: 81-7

En años recientes ha habido gran énfasis en la quimio y radioterapia preoperatoria en varios cánceres gastrointestinales. En el cáncer de páncreas tanto el *Fox Chase* como el *M.D. Anderson Cancer Center* han mostrado sus experiencias que le dan valor a esta forma de terapia.

Se realizó un estudio piloto administrando preoperatoriamente a pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, quimiorradioterapia con infusiones de cisplatino y fluorouracilo más radioterapia (45 Gy).

Hipótesis de trabajo

Los investigadores plantearon el efecto potencial de la quimioterapia neoadyuvante para inducir la regresión de los cánceres localmente avanzados de páncreas y hacer factible al finalizarla la resección quirúrgica. Estudiaron 14 pacientes, 8 hombres y 6 mujeres con cáncer pancreático avanzado, los cuales fueron explorados quirúrgicamente para excluir la enfermedad diseminada; en algunos de ellos se practicaron puentes o derivaciones (*bypass*) para obstrucciones gástricas o biliares y les colocaron una sonda de yeyunostomía para soporte nutricional a largo plazo.

Los 14 pacientes que entraron en el estudio se les practicó preoperatoriamente quimioterapia con bolos de fluorouracilo, 400 mg/m² en los días 1 y 3 acompañados por infusión de cisplatino 25 mg/m² los días 28 y 30; a todos los pacientes se les aplicó radioterapia 45 Gy de los días 1 al 3 y del 28 al 30.

De los 14 pacientes 3 rechazaron la reintervención y 11 fueron reexplorados; en esta reexploración, 2 fueron inoperables por avanzada enfermedad, y a 9 (81%) se les practicó una resección definitiva.

La supervivencia a 5 años fue de 9 pacientes para un 11%, encontrándose 1 paciente con una supervivencia de 96 meses; este paciente fuera de la quimioterapia preoperatoria le fue practicada resección completa del páncreas que incluyó resección de la arteria mesentérica superior y de la vena porta por tratarse de un cáncer pancreático, Estado III. En el grupo no operado el promedio de sobrevida fue de 9 meses.

Conclusiones

Este estudio piloto con quimiorradioterapia preoperatoria nos muestra una alta respuesta clínica en pacientes con cáncer pancreático localmente avanzado, y estimula para seguir haciendo estudios en los pacientes con carcinoma de páncreas.

Carcinoma del Cardias Gástrico

Resultados del Tratamiento Quirúrgico

LARS-ERIK HANSSON, MD., PH. D., ANNA-MIA EKSTROM, MD., REINHOLD BERGSTROM, PH.D., D.SC., OLOF NYREN, MD., PH.D. DEPARTMENT SURGERY, EPIDEMIOLOGY AND STATISTICS, KAROLINSKA INSTITUTE - ESTOCOLMO, SUECIA. WORLD J SURG 2000 APR.; 24(4): 473-8.

El adenocarcinoma del cardias gástrico difiere del cáncer del esófago distal y del cáncer del estómago en muy importantes aspectos y puede constituir una enfermedad diferente. En los países de occidente el adenocarcinoma del cardias exhibe una de las más rápidas tasas de crecimiento entre todos los tumores. El propósito de la presente investigación fue analizar los tipos de práctica quirúrgica y la morbilidad y mortalidad en pacientes bajo cuidado hospitalario de rutina. El estudio comprendió la totalidad de los pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma del cardias en cinco provincias suecas, entre febrero 1 de 1989 y enero 31 de 1995. El tumor resultó reseccable en 100 pacientes (57%), de los cuales el 36% en las mujeres y el 64% en los hombres; pero a solo al 46% de los pacientes fue posible ofrecerles operación con propósito curativo. En 54 pacientes se practicó gastrectomía total y en 44 resección proximal. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 39% (en 20% de los pacientes menores de 60 años y en 47% de aquellos de 60 años o más :[p=0.006]). Diecisiete pacientes (13%) operados murieron durante la hospitalización. La mortalidad hospitalaria aumentó de 3% en los menores de 60 años a 18% en los mayores de 69 (p=0.041). El tratamiento quirúrgico del carcinoma del cardias ocasiona morbilidad y mortalidad sustanciales. No parece que se haya logrado progreso de importancia desde los años 60's.

COLABORACIÓN

Con motivo de haber sido publicado en la entrega anterior (Rev Colomb Cir 1999 Ene-Mar; 15 (1): 55-9), el trabajo sobre "Tricobezoar Gástrico" del doctor **Jaime Orlando Gutiérrez Sánchez**, de Yarumal (Antioquia), el doctor **Harol Padilla Ramírez**, de Cali, nos ha enviado una colaboración bibliográfica nacional que gustosos transcribimos: "En su última revista aparece el artículo Tricobezoar Gástrico, el cual fue comentado por el **doctor Guillermo Páez**. Deseo informarles que en la literatura colombiana ya hay otro caso publicado por mí en Colombia Médica, Volumen 25 No. 3, 1994, páginas 111 a 114. En este artículo, muy similar al publicado por ustedes, se menciona también el tratamiento quirúrgico que se le dio a la paciente de 12 años, se ilustra el caso y se revisa la literatura."

Cordial saludo

HAROLD PADILLA R., MD, SCC.