



## Cáncer Gástrico Temprano: Indicadores no Reconocidos de otros Procesos Malignos

FEDERICO BOZZETI, MD., GIULIANO BONFANTI, MD., LUIGI MARIANI, PH.D., ROSALBA MICELI, PH.D., SALVATORE ANDREOLA, MD. ISTITUTO NAZIONALE DI TUMORI MILAN, ITALIA. WORLD J SURG 2000 MAY 24 (5): 583-7.

El cáncer gástrico temprano es una enfermedad que está en aumento; y así vemos que de una incidencia del 8.8% hace 10 años, ha aumentado según las diversas series europeas de 19 a 23%.

El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados postoperatorios y la incidencia de otros procesos malignos primarios, en pacientes con cáncer precoz de estómago tratados mediante resección radical.

### Métodos

105 pacientes con cáncer gástrico precoz fueron tratados mediante cirugía resectiva radical. Los pacientes fueron sometidos a un seguimiento, que por término medio alcanzó 71 meses. La letalidad global se analizó comparándola con la mortalidad por cáncer gástrico u otras causas. La tasa de mortalidad y morbilidad estándar fue calculada utilizando los datos del Registro Tumoral de Lombardía.

### Resultados fundamentales

La supervivencia a los 5 años alcanzó el 82.8% de los casos (excluyéndose la mortalidad operatoria) similar a las expectativas de vida de la población italiana del mismo sexo y edad. Diez procesos malignos primarios se detectaron después del tratamiento radical, produciendo un cociente estándar de mortalidad de 1.12, siendo el de mortalidad de 1.50.

### Conclusión

Los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer gástrico precoz (sobre todo los de tipo intestinal) presentan un riesgo cercano al 50% de desarrollar un segundo tumor. De ahí que estos enfermos deben revisarse periódicamente, buscando otros tumores que asientan, sobre todo, en el área supramesocólica.

## Reparo de la Eventración Abdominal por Vía Laparoscópica en 407 pacientes

B. TODD HENIFORD, MD., FACS, ADIAN PARK, MD., FACS, BRUCE J. RAMSHAW, MD., FACS, GUY VOELLER, MD., FACS. DEPARTMENT OF SURGERY CAROLINAS MEDICAL CENTER, CHARLOTTE, NC (HENIFORD), - UNIVERSITY OF KENTUCKY, LEXINGTON, (PARK), GEORGIA BAPTIST HOSPITAL, ATLANTA, GA (RAMSHAW), UNIVERSITY OF TENNESSEE, MEMPHIS, TN (VOELLER). J AM COLL SURG 2000 JUN: 190 (6).

La recurrencia después del reparo de eventraciones o hernias incisionales está entre 25 y 52%; esta recurrencia después de cirugía abierta disminuye cuando se usa una malla, pero la disección amplia de la fascia y la creación de colgajos aumentan las complicaciones. La técnica laparoscópica ofrece una alternativa.

Los autores presentan su experiencia para corrección por laparoscopia de las eventraciones abdominales, desde noviembre de 1993 hasta agosto de 1999. Los resultados son los siguientes:

De 415 pacientes a los cuales se les practicó este procedimiento, en 8 fue necesario convertirlo a cirugía abierta; de los 407 pacientes estudiados, 205 eran hombres y 202 mujeres; el promedio de edad fue de 53.2 años con un rango de 13 a 88 años; el defecto de la fascia en promedio tenía 100 cm con un rango de 1 a 480 cm. En 97% de los casos se usó malla politetrafluoroetileno;

\*Sección a cargo de los doctores **Hernando Abaúnza Orjuela** y **Jaime Escallón**, ex presidentes de la SCC.

el tiempo promedio operatorio fue 97 minutos con un rango de 11 a 270 minutos; la pérdida sanguínea se valoró en un promedio de 35 mL, con un promedio de 10 a 150 mL; la estancia hospitalaria fue de 1.8 días con promedio de 0 a 17 días.

Se presentaron 53 complicaciones (13%) incluyendo celulitis en el sitio del trocar, infección que requirió la remoción de la malla; seroma persistente; lesión intestinal; íleo prolongado; absceso intraabdominal; y herniación por el sitio de la inserción del trocar. No hubo mortalidad.

Durante el tiempo de seguimiento a 60 meses se han presentado 14 recurrencias, para un 3.4% .

La **conclusión** de los autores es que el reparo laparoscópico de la eventración abdominal fue aceptable en 98.1% de los casos, las complicaciones también están en el promedio de lo aceptado; el índice de recurrencia fue de 3.4% , pero la eventrorrafía por laparoscopia al tener una corta estancia hospitalaria y una mínima cantidad de sangre perdida, hacen este procedimiento efectivo y eficaz.

## **Parámetros Hemodinámicos al Comparar la Adrenalectomía por Feocromocitoma, efectuada por Laparoscopia o por Técnica Abierta**

**WILLIAM B. INABNET, MD., JOEL PITRE, MD., DENIS BERNARD, MD., YVES CHAPUIS, MD. DEPARTMENT OF SURGERY , MOUNT SINAI CENTER (INABET), COCHIN HOSPITAL (PITRE,, CHAPUIS), COCHIN PORT ROYAL (BERNARD). WORLD J SURG 2000 MAY; 24: 574-8.**

Desde 1992 la adrenalectomía por vía laparoscópica ha sido la vía preferida para tratar los desórdenes no malignos de la glándula suprarrenal incluyendo el feocromocitoma.

Sin embargo, se desconocen los efectos del neumoperitoneo en la hemodinámica de pacientes con tumores productores de catecolaminas.

### **Métodos**

El objetivo de este estudio fue comparar los efectos del neumoperitoneo con dióxido de carbono, así como los de la manipulación tumoral sobre parámetros hemodinámicos en dos grupos de pacientes con feocromocitomas menores que 7 cm de diámetro. En el grupo 1(n=11) la adrenalectomía se efectuó mediante una vía de acceso laparoscópica lateral transabdominal. En el grupo 2 (n=11) la adrenalectomía se efectuó mediante laparotomía anterior. El tiempo medio de seguimiento fue de 37 meses (rango 26-51) para el grupo 1, y 52 meses (rango 27-72) para los pacientes del grupo 2.

### **Resultados**

En todos los pacientes adrenalectomizados por vía laparoscópica se registró, durante la operación, una hipertensión superior a 200/90 mmHg. Sólo 73% de los pacientes adrenalectomizados mediante laparotomía presentaron hipertensión en el transcurso de la operación ( no existen diferencias significativas entre ambos grupos). Hipotensión arterial intraoperatoria con presión sistólica menor que 80 mmHg se observó en 4 pacientes del grupo 1 y en 6 del grupo 2. La presión arterial media, la presión venosa central y la presión de enclavamiento pulmonar fueron significativamente más altas en los pacientes del grupo 1, antes de la extirpación del tumor, que en el grupo 2; sin embargo, no se registraron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que se refiere al pulso, gasto cardíaco y volumen sistólico de eyección. No hubo necesidad de efectuar reconversión alguna de los pacientes del grupo 1, no registrándose tampoco complicación alguna. Por el contrario en el grupo 2, un paciente se eventró.

### **Conclusiones**

Aunque la adrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma origina un marcado incremento de la presión arterial media, presión venosa central y presión de enclavamiento, el neumoperitoneo no modifica significativamente ni el gasto cardíaco, ni el volumen de eyección sistólica. Los pacientes con feocromocitoma toleran bien el neumoperitoneo con dióxido de carbono.

## **Resultados Finales de una Investigación Clínica para comparar la Funduplicación Total con la Calibración del Cardias y Gastropexia Posterior, en el Reflujo Gastroesofágico**

A. CSENDES, P. BURDILES, O. KORN, I. BRAGHETTO, C. HUERTAS, J. ROJAS. DEPARTMENT OF SURGERY, UNIVERSITY OF CHILE, HOSPITAL, SANTIAGO DE CHILE. BR SURG 2000 MAY; 87: 289-97.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es un estado patológico crónico, recurrente y progresivo en el 25% de los pacientes. El tratamiento quirúrgico es el único efectivo y comparado con el tratamiento médico ha demostrado la superioridad de la cirugía contra los bloqueadores H<sub>2</sub> y aún contra los inhibidores de la bomba de protones.

Múltiples técnicas quirúrgicas han sido usadas para el reflujo gastroesofágico, incluyendo la funduplicación total de Nissen (y sus múltiples variantes) y la operación de Hill-Larraín que consiste en una gastropexia posterior con calibración del cardias.

Los autores practicaron un estudio comparativo entre los dos procedimientos desde enero de 1985 hasta diciembre de 1997; el estudio abarcó 164 pacientes con un mínimo de 3 años de duración de los síntomas, con rango entre 36 y 360 meses; 113 (69%) fueron mujeres y 31% fueron hombres con un promedio de edad de 44 años y un rango entre 21 y 74 años. Los pacientes que tenían esófago de Barrett complicado, estenosis, esófago corto o displasia fueron excluidos; 18% de los pacientes tenían previamente una colecistectomía por coleditiasis, y úlcera duodenal se encontró en el 6% de los pacientes.

### **Resultados**

No hubo mortalidad operatoria en ninguno de los procedimientos; 95% de los pacientes tuvo un seguimiento cercano a los 85 meses; el promedio de recurrencia para ambas operaciones a los 10 años fue cerca del 40%, pero los pacientes sin esófago de Barrett tuvieron un promedio de recurrencia en ambas operaciones de alrededor del 23% comparado con el 83% que se presentó a los 10 años en pacientes que presentaban el esófago de Barrett ( $p = 0.0001$ ). No hubo significativa diferencia entre los parámetros de comparación.

Y la **conclusión** definitiva es que tanto la funduplicación total y la calibración del cardias con gastropexia posterior, tienen similares resultados tanto subjetivos como objetivos. Sin embargo, los resultados fueron significativamente peores en pacientes que presentaron esófago de Barrett.

## **Herniorrafia por Laparoscopia vs. Herniorrafia Convencional (Shouldice): Resultados de un Estudio Prospectivo**

DIETMAR LORENA, MD., EBERHARD STARK, MD., KERSTIN OESTREICH, MD., AXEL RICHTER, MD. UNIVERSITY OF HEIDELBERG, MANHEIM – GERMANY. WORLD J SURGERY 2000 JUN; 24 (6): 739-44.

Los beneficios de la herniorrafía por vía laparoscópica son todavía controversiales. Con algunas series que comparan la técnica de Shouldice o Lichtenstein con anestesia local favorablemente.

Los resultados de nuestro ensayo randomizado para comparar la reparación de Shouldice con el procedimiento laparoscópico transabdominal preperitoneal en 176 pacientes con hernias primarias mostraron apenas ligeras ventajas del procedimiento laparoscópico: menos dolor subjetivo significativamente sólo en el 5º día postoperatorio ( $p = 0.05$ ), menor requerimiento analgésico significativo sólo en el 3º día postoperatorio, ( $p = 0.05$ ); hospitalización significativamente más breve (4 vs. 6 días,  $p = 0.05$ ) y más pronto retorno al trabajo (27 vs. 34 días, n.s.). En cuanto a la tasa de recurrencia, no se encontró diferencia significativa entre los dos grupos (2 vs. 1) en un seguimiento de 2 años. La morbilidad postoperatoria fue similar y el costo total fue más bajo en el grupo de reparación transabdominal preperitoneal.

## Manejo Metabólico de la Pancreatitis Severa

JOHN A. WIND SOR, MD., CH.B., HISHAM HAMMODAT, MB.CH.B. DEPARTMENT OF SURGERY, UNIVERSITY AUCKLAND, NEW ZEALAND. WORLD J SURGERY 2000 JUN; 24 (6): 664-72.

La pancreatitis severa es un desafío clínico permanente ya que los cambios fisiopatológicos son complejos e impredecibles y no existe un tratamiento específico.

El manejo metabólico de la pancreatitis aguda severa incluye la identificación precoz del estado patológico, la reanimación agresiva con líquidos parenterales, el soporte de la función orgánica y una meticulosa monitoría en un ambiente de cuidado intensivo. Recientes evidencias han ayudado a definir los papeles que juegan la alimentación enteral, los antibióticos profilácticos, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, la tomografía computadorizada y la aspiración con aguja fina para estudio bacteriológico. La decisión de mayor dificultad en el tratamiento de estos pacientes es la relativa a la necesidad de intervención quirúrgica y sobre cuál de los métodos complementarios de la necrosectomía y el drenaje es el apropiado. Los procesos metabólicos clave a nivel de la célula acinar, del páncreas y del intestino están siendo clarificados, junto con aquellos pertinentes a las manifestaciones sistémicas y a la disfunción orgánica que ocurren en la pancreatitis. Esto da esperanza en cuanto al desarrollo de intervenciones metabólicas más específicas que hagan posible mantener la integridad y la función del intestino, preservar la microcirculación pancreática y lograr una modulación balanceada de la respuesta inflamatoria.

### ACLARACIÓN

Presentamos disculpas a los autores cuyos trabajos y colaboraciones enviados con suficiente anterioridad, aún no han sido publicados en razón de que, a pesar de estar ya acondicionados para entrar a impresión, no se ha dispuesto del espacio para incluirlos, no obstante haber aumentado el número de páginas de lectura. Aparecerán paulatinamente.