



Estudio Prospectivo de Hernia Inguinal con Reparación Laparoscópica con Malla con o sin Fijación con Suturas Mecánicas

GEORGE S. FERZLI, M.D. FACS; ERMENEGILDO ELDO FREZZA, MD; ALPHONSE M. PECORARO, J.R., MD; KATHLEEN DEEAHERN, PHD. STATEN ISLAND, NEW JERSEY. J AM COLL SURG 4 APR 1999; 188(4).

Antecedentes

En 1975, Stoppa introdujo el uso de mallas de poliéster no suturadas, colocadas en el espacio preperitoneal para la corrección de la hernia inguinal. Diferentes técnicas de fijación de las mallas con suturas mecánicas han sido utilizadas, y la complicación más común en este procedimiento es la lesión nerviosa secundaria a este tipo de suturas: la necesidad de colocarlas nunca ha sido demostrada. Los autores hicieron un estudio prospectivo randomizado para la fijación de las mallas en la herniorrafia inguinal por vía extraperitoneal laparoscópica con seguimiento de los pacientes de 1 a 3 años.

Métodos

Los criterios de inclusión para este estudio, eran hombres sobre los 18 años de edad a quienes se les practica la herniorrafia inguinal por primera vez. Pacientes con hernias recurrentes u operaciones abdominales previas fueron excluidos para evitar variables que confundieran los resultados. Los pacientes fueron asignados a dos grupos, el primero integrado por aquellos en quienes la malla se fijó con suturas mecánicas, y el segundo por aquellos en los que la malla no tuvo ninguna fijación.

Resultados

Los pacientes fueron controlados por un período de 3 a 15 meses, con un promedio de 8 meses de seguimiento. Fueron operados 100 pacientes, y ambos grupos tenían el mismo promedio de edad y el mismo tipo de hernia reparada. Ninguno de los dos grupos mostró recurrencia y ningún paciente presentó complicación ni hubo mortalidad en este estudio.

Conclusión

El seguimiento inicial a 12 meses no mostró ninguna diferencia ni en recurrencia, ni en complicaciones en los dos grupos, ya fuera con fijación de la malla con suturas mecánicas o sin ella, todos los pacientes retornaron a sus trabajos a los 4 días, y el grupo operado sin la fijación con suturas mecánicas tuvo un ahorro de US\$120.00 por paciente.

Resumiendo, el fijar la malla con suturas mecánicas tiene, además, un riesgo de lesión nerviosa.

Estrategias Quirúrgicas para el Aneurisma de la Aorta Abdominal y Cánceres Abdominales Simultáneos

KENJI MATSUMOTO, M.D.; MAKOTO NAKAMARU, M.D.; HIDEAKI OBARA, M.D.; SHINOBU HAYASHI, M.D.; HIROHISA HARADA, M.D.; MASAKI KITAJAMA, M.D.; NOZOMU SHIRASUGI, M.D.; KAYSUHIKO NOUGA, M.D. DEPARTMENT OF SURGERY, KEIO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE; KAWASAKI CITY HOSPITAL TOKYO, KANAGAWA - JAPAN. WORLD J SURG MAR 1999; 23: 248-51.

El tratamiento del aneurisma de la aorta abdominal y cánceres abdominales simultáneos ha sido controvertido principalmente por la posible infección de la prótesis. Sin embargo, cuando el AAA es pequeño y tiene muy pocas posibilidades de ruptura, este dilema terapéutico es menos controvertido.

Los autores efectuaron un estudio retrospectivo con objeto de definir la estrategia quirúrgica en casos de asociación de aneurismas de la aorta abdominal (AAA) con cánceres del tracto digestivo. Se estudiaron 186 AAA, sometidos a cirugía reparadora electiva, entre abril de 1986 y marzo de 1997.

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

De estos 186 AAA, 25 (13.4%) presentaron, además, neoplasias del tracto gastrointestinal. En 14 pacientes, se trató conjuntamente en un solo acto quirúrgico, la patología vascular y la neoplásica. Así se realizaron simultáneamente, la cirugía reparadora del aneurisma aórtico con 5 resecciones abdominales, 4 gastrectomías subtotales, 3 gastrectomías totales y 2 hemicolectomías derechas. En los otros 11 casos se practicaron 2 intervenciones. En la primera, se trató el proceso canceroso, efectuándose con tal fin 4 gastrectomías totales y hemicolectomías izquierdas, así como 2 hemicolectomías derechas y 1 hemicolectomía izquierda; en una segunda operación se procedió a la reparación quirúrgica del AAA. No se registró mortalidad operatoria alguna, ni tampoco se observaron complicaciones graves; 22 (88%) de los 25 pacientes estaban vivos en revisiones efectuadas entre los 8 meses y los 11 años de la intervención. Nuestro proceder quirúrgico para tratar tanto la lesión cancerosa como la vascular es el siguiente: 1.) Utilizando sólo la vía de acceso transperitoneal se puede realizar con seguridad tanto el AAA como una gastrectomía subtotal o una resección abdominoperineal. 2.) Aunque también por esta sola vía de acceso puede realizarse una gastrectomía total, es preferible tratar por separado el AAA y las neoplasias altas del estómago. 3.) La resección colorrectal debe efectuarse, por lo general, mediante intervención quirúrgica independiente; sin embargo, si se emplea el procedimiento de tromboexclusión para reparar el AAA, puede realizarse al mismo tiempo una hemicolectomía derecha, o bien, una colostomía temporal, como caso previo al tratamiento del cáncer del colon izquierdo.

Disección Ganglionar Extendida para Cáncer Gástrico

BONENKAMP J. J; HERMANS J; SASAKO M; VAN DE VELDE C.J.H., FOR THE DUTCH GASTRIC CANCER GROUP. DEPARTMENT SURGERY LEIDEN UNIVERSITY MEDICAL CENTER, LEIDEN NETHERLANDS. NATIONAL CANCER CENTER HOSPITAL, TOKIO JAPAN. N ENGL J MED MAR 25TH 1999: 908-14.

La incidencia mundial de adenocarcinoma gástrico está declinando, pero se ha notado un aumento en la frecuencia de los cánceres gástricos proximales. Sin embargo, el cáncer gástrico sigue siendo una importante causa de muerte. En Holanda esta enfermedad es la cuarta causa de muerte por cáncer con una mortalidad anual de 20 x 100.000 habitantes. En el Japón es el cáncer más frecuente.

La resección curativa es el tratamiento para el cáncer gástrico pero no está claro si la operación debe incluir una disección linfática extendida (D2), como es lo recomendado por la comunidad médica japonesa, o si esta disección debe estar limitada al nivel D1.

Los autores hicieron un trabajo en 80 hospitales de Holanda en el que compararon la disección ganglionar D1 con la D2 para cáncer gástrico, estudiando morbilidad, mortalidad operatoria, sobrevida a largo plazo y riesgos de reproducción del tumor después de la cirugía.

Métodos

Entre agosto de 1989 y julio de 1993, un total de 996 pacientes entraron en estudio; de éstos, a 711 se les practicó tratamiento con intentos curativos (en 380 disección D1, y en 331 disección D2); en 285 pacientes se practicó únicamente tratamiento paliativo. El procedimiento para la calidad de control incluyó, instrucción y supervisión en las salas de cirugía y monitoría de los especímenes patológicos por especialistas tanto holandeses como japoneses.

Resultados

Pacientes del grupo D2 tuvieron un índice significativamente mayor de complicaciones frente a los pacientes del grupo D1 (43% vs 25%, p. = 0.001); así mismo, se presentó mayor mortalidad postoperatoria con la disección D2 (10% vs 4%, p.=0.004), y mayor estancia hospitalaria (16 días vs 14, p. = 0.001). La sobrevida a los 5 años fue similar en los dos grupos: 45% para D1 y 47% para D2.

Los autores hacen hincapié en que la esplenectomía y la resección distal del páncreas aumenta notoriamente la morbilidad y reduce la sobrevida de estos pacientes y concluyen que tanto la resección del brazo como la parte distal del páncreas no deben formar parte de la gastrectomía estándar para cáncer.

Conclusión

Según los autores, este estudio en pacientes holandeses no da bases para rutinizar el uso de la resección linfática D2 en pacientes con cáncer gástrico.

En la página 956 de este mismo número de *The New England Journal of Medicine*, el comentario a este artículo del Dr. Murray F. Brennan, Jefe de Cirugía del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center de New York, concluye que los resultados diferentes

entre los hospitales japoneses y los occidentales en cuanto a las cifras de sobrevida y de control local en cáncer gástrico, son predominantemente debidas al estado de migración; recomienda que la resección del bazo y la distal del páncreas, no se deben practicar de rutina y enfatiza que cuando se llegue a efectuar disecciones del tipo D2, deben ser hechas por cirujanos de mucha experiencia y en hospitales con un gran número de cirugías para esta enfermedad, ya que la morbimortalidad está totalmente unida a la inexperiencia del cirujano y al bajo número de procedimientos efectuados regularmente en una institución para esta patología.

Carcinoma de la Vesícula Biliar Insospechado y Colectomía Laparoscópica

GRAIG BOX J., MD; STHEPHEN B. EDGE, MD. DIVISION OF SURGICAL ONCOLOGY, ROSWELL PARK CANCER INSTITUTE, STATE UNIVERSITY OF NEW YORK AT BUFFALO, ATLANTA MEDICAL CENTER. SEMIN SURG ONCOL 1999 JUN; 16 (4): 321-6

En Estados Unidos son diagnosticados 6.000 a 7.000 casos de carcinoma de vesícula biliar (CVB) por año, que es encontrado aproximadamente en 1% de los especímenes de colectomía. El diagnóstico preoperatorio de este carcinoma es sospechado en la tercera parte de los pacientes; en el resto, el diagnóstico es hecho en el transoperatorio o en el análisis histopatológico final. En muchos casos el cirujano está enfrentado a la decisión de cómo proceder en el tratamiento del paciente, conducta que se deriva del análisis de los factores pronósticos tales como grado, morfología histológica, estadio tumoral (TNM).

El tratamiento de elección en la actualidad, es la extirpación quirúrgica completa de la enfermedad, fundamentado en que la quimioterapia y la radioterapia desafortunadamente no han comprobado su eficacia total en el tratamiento del CVB.

Debido a que en la actualidad el método quirúrgico de elección en el tratamiento de la litiasis vesicular es el acceso laparoscópico, y que el hallazgo incidental del CVB es una realidad, los autores hacen una revisión de más de 30 artículos de referencia relacionados con el tema para establecer normas de conducta en el tratamiento del CVB por estadios en asociación con cirugía laparoscópica, de la siguiente manera:

1- CVB diagnosticado por histopatología posterior a colectomía laparoscópica

Si se reporta Tis o T1 y no hubo perforación vesicular, con márgenes quirúrgicos negativos y no indicios de diseminación intraperitoneal, se puede considerar la conducta expectante.

Si reporta T1b: Resección del lecho quirúrgico vesicular y/o colectomía extendida.

Si reporta T2-T3-T4 el pronóstico no es bueno. Los tumores T2 se pueden beneficiar de colectomía extendida. Para tener una probabilidad de control local de los tumores T3-T4 es necesario considerar la resección hepática (bisegmentectomía o lobectomía).

2- CVB detectado intraoperatoriamente posterior a colectomía laparoscópica

Ante la sospecha, se debe realizar biopsia por congelación.

Tis o T1: Conducta expectante

T2: Hay reportes de mejor control local y sistémico cuando se realiza la colectomía extendida en el mismo acto quirúrgico que cuando se difiere la cirugía radical complementaria.

T3 - T4: Se considera que al resecar el tumor por vía laparoscópica se han violado los planos anatómicos (esto es más frecuente ante el diagnóstico de colecistitis aguda o gangrenosa). Si la evaluación del paciente y la capacidad técnica del cirujano permiten la posibilidad de una cirugía tipo RO, ésta se debe efectuar; si no es así, se debe dar por terminada la intervención y posteriormente evaluar una cirugía radical diferida si lo permite el estado del paciente.

3- CVB sospechado al inicio de la colectomía laparoscópica

Si se sospecha CVB durante el inicio de la colectomía laparoscópica, se debe de suspender el procedimiento y proceder a realizar exploración mediante laparotomía, a menos de que se trate de un estado avanzado en el que sea posible realizar algún tipo de procedimiento laparoscópico paliativo.