



Están Mejorando los Resultados de la Pancreatectomía para Cáncer Pancreático?

GREGORY G. TSIOTOS, M.D.; MICHAEL B. FARNELL, M. D., MICHAEL G. SARR, M.D. DEPARTMENT OF SURGERY MAYO CLINIC - USA. WORLD J SURG 1999 SEP; 23: 913-19.

El adenocarcinoma del páncreas es el tumor más común del páncreas exocrino; su incidencia ha aumentado en el mundo occidental en las últimas 4 ó 5 décadas por motivos desconocidos; para el año 2000 se esperan en los EE.UU. 30.000 nuevos casos, y sólo en el 10 al 15% de ellos se decide preoperatoriamente que son "clínicamente reseables", pero únicamente a la mitad de éstos se les puede hacer una resección con fines curativos.

Recientemente se han registrado importantes progresos en el tratamiento del cáncer de páncreas, a pesar de que sólo se opera una minoría de pacientes con esta afección, y de que prácticamente todos los que sufren esta enfermedad mueren de ella. Actualmente, la pancreatectomía es poco peligrosa, y cursa con una morbilidad (hemorragia, fístula pancreática, sepsis intraabdominal) que oscila alrededor de 20% y con una mortalidad operatoria por debajo de 5%. Para cualquiera que estudie cuidadosamente la literatura al respecto se plantean dos hechos aparentemente sutiles, que han de recalcar a la hora de valorar los resultados: 1) La diferencia existente entre la supervivencia actuarial y actual; la primera es generalmente más elevada, mientras que la segunda corresponde a la supervivencia real, verdadera. 2) Antes de publicar resultados a largo plazo se impone una revisión cuidadosa de las piezas anatomopatológicas con diagnóstico inicial de cáncer de páncreas, a ser posible por anatomopatólogo diferente al que estableció el diagnóstico inicial, pues la inclusión de pacientes sin carcinoma ductal determina un incremento sustancial y artificial de la supervivencia. Después de una resección curativa sobrevive a los 5 años de intervención, un 10% de los pacientes, con un rango de 12-18 meses. En ciertos subgrupos con características anatomopatológicas especialmente favorables (neoplasia de 2 cm, sin invasión ganglionar ni perineural) el pronóstico es mejor y el 20% alcanza 5 años de supervivencia. Los recientes progresos referidos tanto a la morbilidad postoperatoria como a la mortalidad y los resultados a largo plazo (con la subsiguiente disminución del costo del tratamiento de estos pacientes) se han logrado, exclusivamente en centros dedicados a la investigación y a la cirugía pancreática. Para mejorar la supervivencia deberá conseguirse un diagnóstico precoz y nuevos tratamientos que eviten las recidivas locorreregionales. El papel de las resecciones ampliadas tendrá que ser valorado mediante estudios prospectivos y randomizados.

Mejoría en los Resultados de la Pancreatoduodenectomía para Cáncer del Páncreas

CHARLES J. YEO, M.D.; JHON L. CAMERON, M.D.; DEPARTMENT OF SURGERY, JOHNS HOPKINS HOSPITAL - BALTIMORE - USA. WORLD J SURG 1999 SEP; 23: 907-12.

La pancreatoduodenectomía se está practicando más en los años recientes; esto se debe a que ha demostrado ser segura y una opción racional en pacientes seleccionados con cánceres del páncreas y de la región periampular. La mortalidad operatoria ha bajado y está entre el 3 y 4% en hospitales que tengan alto volumen de esta patología; sin embargo, la morbilidad postoperatoria continúa alta con cifras de 40 a 50%; estas complicaciones incluyen fallas en el vaciamiento gástrico, fístula pancreática en anastomosis pancreatointestinal, infección de la herida, hemorragia y otros problemas.

Este trabajo del John Hopkins Hospital revisa los resultados de la duodeopancreatectomía en la década de 1990, a la luz de dos publicaciones recientes. La primera, comprende una cohorte de 650 enfermos a los que se les practicó una duodenopancreatectomía; 443 padecían de un adenocarcinoma periampular, de los cuales 282 fueron diagnosticados

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

anatomopatológicamente de forma definitiva como adenocarcinoma pancreático. La segunda publicación incluye un colectivo de 174 pacientes en los que tras realizar con éxito una duodenopancreatectomía por adenocarcinoma del páncreas, se les administró un tratamiento quimioradioterápico adyuvante. En ambas cohortes la mortalidad operatoria fue menor del 2% y la supervivencia media, para los adenocarcinomas resecaados, fue aproximadamente de 20 meses.

Actividad Física Recreacional y el Riesgo de la Colectomía en Mujeres

MICHAEL F. LEITZMANN, MD., M.P.H., ERIC B. RIMM, SC.D.; WALTER C. WILLET, MD.; DR. P.H., DONNA SPIEGELMAN, SC.D.; FRANCINE GRODSTEIN, SC.D.; MEIR J. STAMPFER, MD., FDR. P.H.; GRAHAM A. COLDITZ, MD.; DR. P.H., EDWARD GIOVANNUCCI, MD., SC.D; N ENGL MED J 1999 SEP 9; 341 (11): 777-84.

Los cálculos en la vesícula biliar afectan de 10 a 15% de los adultos de los EE.UU.; los cálculos sintomáticos son menos frecuentes que los asintomáticos pero se observan aproximadamente en 500.000 colectomías cada año; de las enfermedades digestivas que requieren hospitalización, la coledolitiasis es la más común y la más costosa; los costos de su tratamiento anual exceden los 5 billones de dólares.

La actividad física puede ser una determinante e importante factor en el riesgo de la colectomía como tratamiento de las coledolitiasis en las mujeres, ya sea independientemente o como resultado del aumento de peso.

Los investigadores midieron la actividad física recreacional tal como gimnasia aeróbica, caminatas o el ejercicio en bicicleta o en pacientes sedentarios en los que se valoró la actividad diaria, ya sea sentados trabajando o viendo televisión; para este estudio la Sociedad de Enfermeras de la Salud le escribieron a un total de 60.290 mujeres que en 1986 estaban entre los 40 y 65 años y en ese momento no tenían historia de enfermedad vesicular; durante los 10 años siguientes en ese grupo de mujeres, a 3.257 se les practicó colectomía por coledolitiasis.

Resultado. La actividad física recreacional fue relacionada con el menor riesgo de complicación en la colectomía. El riesgo relativo multivariante en las mujeres con alta actividad física fue del 0.69% con un rango entre el 0.61 a 0.78 %. En contraste, las pacientes de vida sedentaria tuvieron un mayor aumento de complicaciones en la colectomía; así por ejemplo, las mujeres que tenían 41 a 60 horas por semana sentadas tuvieron un riesgo relativo multivariante del 1.42% y las que tuvieron más de 60 horas ya sea sentadas en su trabajo o manejando vehículo, tuvieron un riesgo relativo multivariante del 2.32%.

La conclusión de los investigadores es que la actividad física recreacional en las mujeres está asociada con una disminución del riesgo en la colectomía. La asociación es independiente de otros factores de riesgo para la coledolitiasis tales como la obesidad o una reciente baja de peso.

Fracasos de la Cirugía Antirreflujo: Qué Tenemos que Aprender de las Reoperaciones ?

SANTIAGO HORGAN, MD; DIETER POHNL; DIEGO BOGETTI, MD.; THOMAS EUBANKS, DO; CARLOS PELLEGRINI, MD. DEPARTMENT OF SURGERY, UNIVERSITY OF WASHINGTON MEDICAL CENTER, SEATTLE. ARCH SURG 1999 AUG; 134: 809-17.

Varios estudios han mostrado que la operación antirreflujo practicada con técnicas de cirugía mínimamente invasora son efectivas en el tratamiento de los pacientes con reflujo gastroesofágico, con resultados satisfactorios en cerca del 90%, con una estancia corta en el hospital con retorno muy pronto a sus actividades laborales. Como en otros procedimientos, la cirugía tiene sus fallas y ocasionales fracasos relacionados frecuentemente con la aplicación de la técnica quirúrgica y más notorios durante la llamada "curva de aprendizaje".

El estudio incluyó 48 pacientes a los que previamente se les había practicado una operación antirreflujo (21 por técnica laparoscópica) entre enero de 1994 y diciembre de 1998); estos 48 pacientes de un total de 473 operados, consultaron a nuestro centro de estudio de patología de la deglución.

De los mismos 48 pacientes, a 29 se les había practicado la funduplicatura de Nissen; a 7 la funduplicación de Hill; a 1 se le había colocado la prótesis Angelchik; y en 6 no se reconoció qué tipo de técnica se les había empleado.

Todos los pacientes consultaron por recurrencia de los síntomas y se les practicó manometría esofágica y pH continuo de 24 horas que fueron medidos de acuerdo con la escala de DeMeester; 14 pacientes (29%) consultaron por síntomas de incompetencia cardial, es decir, agrieras y regurgitación; 15 pacientes (31%) consultaron por síntomas de dificultad en el vaciamiento esofágico, es decir, disfagia; y 13% con mezcla de las dos sintomatologías. Todos los pacientes fueron inicialmente tratados médicamente, ya sea por inhibidores de la bomba de protones o con dilataciones esofágicas. Y la reoperación se practicó en 31 de ellos (65%), en quienes persistieron los síntomas.

La reoperación fue hecha por vía laparoscópica en 28 pacientes (90%), y en el momento de la reoperación fueron identificados 3 principales tipos de falla en la operación inicial: Tipo I, pacientes en quienes la unión gastroesofágica estaba herniada a través del hiato, bien con la funduplicatura (Tipo IA) o sin ella (Tipo IB); de los primeros eran 13 pacientes y de los segundos 8; el Tipo II fracasó en los componentes de la funduplicatura, resultando un estómago redundante que se hernió en 5 pacientes (16%), como ocurre en la hernia paraesofágica; el Tipo III, o defecto en la posición de la funduplicatura que había sido hecha con la curva mayor gástrica y no con el cardias; este defecto se encontró en 2 pacientes (6%).

Conclusiones. Las fallas en el cierre del hiato esofágico y la mala ejecución de la funduplicatura son las dos principales causas del fracaso de los procedimientos antireflujo. El uso de una técnica quirúrgica apropiada incluyendo un meticuloso cierre del hiato y una apropiada construcción y fijación de la funduplicatura, son los dos pasos esenciales para evitar la recurrencia en este procedimiento quirúrgico.

Trauma Peatonal Producido por Vehículos Automotores: Un Análisis de 5.000 Pacientes

RICH Y. PENG., MD.; FREDERIC S. BONGARD, MD, FACS, - TORRANCE - CALIFORNIA. AM COLL SURG 1999 OCT; 189: 413-6.

El trauma peatonal ocasionado por vehículos automotores está asociado con una significativa cifra de morbilidad y mortalidad. Numerosos estudios han examinado este mismo tema, pero con la experiencia de cada hospital y con un número limitado de pacientes.

El presente trabajo analiza las historias de 5.000 pacientes peatonales accidentados por vehículos automotores en los 3 últimos años en un Condado de California. Los pacientes fueron agrupados por edad: pediátricos (menores de 15 años), adultos (15 a 65 años), y ancianos (mayores 65 años). Los parámetros estudiados fueron: estancia hospitalaria, permanencia en cuidado intensivo, índice de severidad del trauma, índice de Glasgow, incapacidad posterior y costo del tratamiento.

Los resultados de la investigación mostraron que: el grupo pediátrico comprometió al 38.1% de los pacientes, los traumatizados adultos fueron el 53.9%, y los ancianos el 8%. La mortalidad fue más alta entre los pacientes ancianos (27.8%), seguida por la de los adultos (8.1%), y por último, por la de los niños (3.1%). El grupo pediátrico fue el que mostró menor índice de severidad en trauma ($6.8\% \pm 2$); más alto índice de glasgow ($13.9\% \pm 01$); estancia hospitalaria ($4.9\% \pm 02$ días); y permanencia en cuidado intensivo ($4.6\% \pm 03$ días).

En todo el grupo de estudio las principales lesiones fueron musculoesqueléticas (34.3%); de cabeza y cuello (30.0%); traumas externos (24.4%); abdomen y pelvis (3.9%); tórax (2.4%); y columna (1.8%). La cirugía fue requerida en el 11% de los pacientes y de éstos 67% eran ortopédicos; 11% de los traumas eran abdominales; neuroquirúrgicos 6%; y el 2% torácico.

En el momento de la salida del hospital, 78% mostraban una incapacidad temporal, y 4% tenían una incapacidad permanente. Los autores concluyen al analizar esta revisión de 5.000 pacientes, que los traumas peatonales ocasionados por vehículos automotores son muy frecuentes en las poblaciones urbanas; que tanto la estancia hospitalaria, los índices de severidad del trauma, los índices de la escala de Glasgow y la mortalidad, aumentan con la edad. La alta mortalidad entre la población sobre los 65 años indica que se hacen necesarias medidas más agresivas para prevenir sobre todo en este grupo de pacientes los accidentes en mención.