



## Ecografía Abdominal de Rastreo en los Pacientes con Sospecha de Apendicitis

SHYR-CHYR CHEN, MD; KAI-MO CHEN, MD; SHIH-MING WANG, MD; KING-JEN CHANG, MD. DEPARTMENT OF SURGERY, NATIONAL TAIWAN UNIVERSITY HOSPITAL, NO. 7 CHUBG-SHAN SOUTH ROAD, TAIPEI, TAIWAN, REPUBLIC OF CHINA. *World J Surg* 1998 May; 22 (5): 449-52.

La apendicitis aguda es una de las emergencias abdominales más frecuentes que requieren cirugía. La certeza diagnóstica está entre 71 y 85%, y hasta ahora no hay ningún examen que confirme el diagnóstico preoperatoriamente. En mujeres y en infantes han sido informadas cifras entre 15 y 47% de apendicectomías con apéndice cecal normal.

Se realizó un estudio prospectivo con el propósito de determinar el valor de la ecografía abdominal en el diagnóstico de la apendicitis aguda y la necesidad de practicar tal estudio antes de la operación. Ciento noventa y un pacientes con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda fueron sometidos a sonografía (ecografía) abdominal practicada por un cirujano antes de la operación. Los hallazgos sonográficos fueron clasificados en tres categorías: apendicitis, otras enfermedades y estudio normal. Ciento cincuenta y ocho pacientes (82.7%) con hallazgos positivos de apendicitis fueron llevados a cirugía; en 18 de ellos (9.4%) se observó que tenían otra enfermedad, y recibieron el tratamiento correspondiente; y 15 (7.9%) con un estudio normal fueron dados de alta del hospital y revaluados 2 semanas más tarde. Sólo un paciente presentó un hallazgo falso negativo. De los 158 pacientes operados, 143 (90.5%) probaron ser apendicitis según el informe de patología. El examen sonográfico previno la realización de 32 (16.8%) apendicectomías negativas. La ecosonografía abdominal en el estudio de la apendicitis aguda demostró una sensibilidad de 99.3%, una especificidad de 68.1%, un grado de certeza de 91.6%, un valor positivo de predicción de 90.55 y un valor negativo de predicción de 97.0%. Nunca es excesivo el énfasis en el valor de una meticulosa historia clínica, un examen clínico a cargo de un médico experto y los exámenes de laboratorio pertinentes. Nuestra experiencia sugiere que un paciente con el diagnóstico clínico o la sospecha de apendicitis aguda, debe ser sometido rutinariamente a un examen ecográfico del abdomen por un cirujano experimentado a fin de reducir las tasas de apendicectomías en blanco.

## Endoprótesis de Metal Expansibles para Mejorar la Obstrucción del Colon

TODD H. BARON, M.D.; PHILLIP A. DEAN, MD; MUNFORD R., MD; ROBERT E. KOEHLER, MD. UNIVERSIDAD DE ALABAMA, BIRMINGHAM. *UAB INSIGHT*, February and March 1998.

El carcinoma colorrectal es el segundo cáncer más frecuente en los Estados Unidos y la primera causa de obstrucción colónica que ocurre en el 10 al 30% de los pacientes; aunque las endoprótesis metálicas expansibles han sido usadas en otras obstrucciones del tubo digestivo como el esófago y las vías biliares, los investigadores de la Universidad de Alabama creen que la colocación de estas endoprótesis para la obstrucción del colon es un cambio fundamental en el tratamiento de este tipo de obstrucciones, y comparados con una colostomía temporal ofrecen una mejor calidad de vida y un mejor costo beneficio para los pacientes, ya sea en obstrucciones colónicas malignas resecables o no operables.

Baron y sus colegas idearon una endoprótesis metálica expansible que fue aprobada por la FDA para el tratamiento paliativo de las obstrucciones malignas del colon, y patentada por la Wallstent, que debe ser colocada por visualización combinada endoscópica y fluoroscópica del sitio de la obstrucción; así el cirujano puede inmediatamente evaluar el sitio donde quedó la endoprótesis con disminución de complicaciones como, por ejemplo, la perforación.

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



## Aspectos Quirúrgicos de 34 Trasplantes Hepáticos

MARIO URIBE, MD; ERWIN BUCKEL, MD; ANGEL BLANCO, MD; CARLOS CARVAJAL, MD; FELIPE CATTAN, MD. UNIDAD DE TRASPLANTE DE ORGANOS, Clínica Las Condes-Santiago. Rev Chil Cirug 1998 feb; 50 (1): 15-21.

El trasplante hepático es la mejor alternativa de tratamiento de enfermedades hepáticas terminales seleccionadas. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de la Unidad de Trasplante de Organos de la Clínica Las Condes en trasplante hepático ortotópico (THO) entre noviembre de 1993 y diciembre de 1996. Fueron realizados 34 trasplantes en 31 receptores, 16 adultos y 18 niños. El implante fue realizado en forma ortotópica utilizándose diferentes técnicas; preservación de vena cava, puente (*bypass*) veno-venoso y reducción de injerto. La principal indicación de THO en adultos fue la hepatitis por virus C y en pacientes pediátricos por atresia de la vía biliar. Todos los adultos recibieron injerto completo y 7 receptores pediátricos requirieron reducción. La reconstrucción arterial se realizó en forma término-terminal en 11 adultos y 14 receptores pediátricos, utilizándose en el resto un puente aorto-hepático. Las complicaciones más frecuentes fueron inmunológicas (41.2%), biliares (23.6%), vasculares (11.8%), infecciosas (5.9%) y hemorrágicas (5.9%). No hubo mortalidad intraoperatoria. La mortalidad global fue de 22.6%, la sobrevida actuarial a 12 meses es de un 80%. En nuestro programa se han efectuado las técnicas quirúrgicas más frecuentemente utilizadas en trasplante hepático, con resultados comparables a las series extranjeras de mayor experiencia.

## Enfermedades Inflammatorias del Colon y Cáncer Colónico Epidemiología, Diagnóstico y Tratamiento

MICHAEL J. SOLOMON, M.B.B.CH., M.S.C.; MARGARET SCHNITZLER, M.B.B.S., PH.D., DEPARTMENT OF COLON AND RECTAL SURGERY, UNIVERSITY OF SYDNEY, NEW SOUTH WALES, AUSTRALIA. World J Surg 1998 Apr; 22: 352-8.

Se ha visto el aumento del riesgo de desarrollar cáncer colorrectal en pacientes con enfermedad inflamatoria del colon, pero la magnitud del riesgo de acuerdo con la evaluación de factores clínicos, histológicos, bioquímicos y genéticos y el papel de las medidas profilácticas, médicas o quirúrgicas para minimizar el riesgo y prevenir la mortalidad por el cáncer han sido controversiales.

Las personas con colitis ulcerosa, en especial aquella con evolución de largo tiempo o muy extendida en el órgano, son de alto riesgo en cuanto a desarrollar carcinoma colorrectal. Es generalmente aceptado que tal riesgo no se manifiesta hasta 8 ó 10 años después de establecido el diagnóstico de colitis ulcerosa, y que de allí en adelante el riesgo se incrementa a razón de 0.5% a 1% por año. Tal riesgo es menor y menos bien definido en pacientes con enfermedad de Crohn. El factor de predicción de riesgo de desarrollar una neoplasia maligna en casos de enfermedad inflamatoria intestinal es la presencia de displasia en las biopsias de colon. Existe considerable controversia sobre la eficacia de los programas de vigilancia endoscópica, así como sobre el valor de la cirugía profiláctica en la prevención del cáncer colorrectal. Es evidente la falla de la vigilancia en determinados pacientes que reciben colonoscopia regular. También se ha expresado preocupación sobre el costo-beneficio de la vigilancia endoscópica en pacientes con colitis. No es previsible que se realicen estudios "aleatorizados" de vigilancia debido a la baja incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal, al prolongado tiempo de observación que sería necesario y a la probabilidad de contaminación del programa de vigilancia por colonoscopias que tengan que ser realizadas para determinar el grado de actividad de la enfermedad. Pero a pesar de la carencia de directrices, se continúa la práctica generalizada de colonoscopia de vigilancia y biopsia. Se adelantan investigaciones orientadas a la identificación de marcadores genéticos y bioquímicos que puedan ser de utilidad en la predicción del riesgo de cáncer. Sin embargo, por el momento parece que los programas de vigilancia habrán de ser continuados según los patrones de práctica institucional. Aparece de importancia que quienes realizan tales programas tengan conciencia de las limitaciones de la colonoscopia y de la biopsia como método para lograr reducción del riesgo de desarrollar cáncer en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal.

## Acalasia: Estudio Comparativo de los Resultados de Dilatación y Miotomía

V.N. FELIX; I. CECCONELLO, B. ZILBERSTEIN; J.P.P. MORAES-FILHO; H.W. PINOTTI; AV. DR. ENEAS CARVALHO. DEPARTMENT OF GASTROENTEROLOGY; HOSPITAL DAS CLINICAS, FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE SAO PAULO. *Hepato-Gastroenterology* 1998 Feb; 45: 97-107.

Aunque la patogénesis, fisiopatología y diagnóstico del megaesófago chagásico son muy conocidas, su tratamiento es todavía controversial. Los autores hacen un estudio prospectivo y "randomizado" para evaluar la dilatación y la miotomía en el estado inicial del megaesófago. Fueron estudiados 40 pacientes en estado inicial de megaesófago; a 20 de ellos se les practicó dilatación hidrostática forzada y a los otros 20, esófago-cardiomiotomía asociada con esófago-fundopexia; fueron seguidos durante 3 años y controlados clínica, radiográfica y endoscópicamente, lo mismo que con manometría y monitoría del pH.

### Resultados:

1. Ambos procedimientos pueden ser realizados sin significativa morbilidad o mortalidad.
2. Los dos procedimientos son similares en cuanto a la supresión de la disfagia.
3. Radiológicamente los métodos son equivalentes en cuanto a mostrar significativa eliminación de la estasis y de mantener el diámetro esofágico.
4. Los controles endoscópicos no se diferencian en los dos grupos en cuanto a la valoración de la esofagitis por reflujo postoperatorio; sólo se observa un 5% en cada grupo.
5. Los estudios de manometría demostraron que la cirugía produce una mayor reducción de la presión en el esfínter esofágico inferior comparada con la dilatación.
6. Ningún procedimiento alteró la longitud del esfínter esofágico inferior.
7. Con prolongadas monitorías del pH esofágico los pacientes dilatados mostraron una mayor propensión al reflujo comparados con los intervenidos quirúrgicamente.

**Conclusión:** Ambos métodos son beneficiosos en el tratamiento de los estados iniciales del megaesófago, aunque la monitoría del pH intraesofágico indica que los pacientes dilatados presentan mayor exposición esofágica al ácido gástrico.

---

*La revista CIRUGIA invita a los médicos artistas a presentar alguna de sus obras pictóricas o escultóricas en "Nuestra Portada", a fin de dar a conocer las actividades artísticas de nuestros colegas.*

*Se debe enviar una diapositiva de la obra, acompañada de las características de la misma, y un currículum resumido del autor, a la calle 100 No. 14-63, of. 502, Santafé de Bogotá, D.C.*

---