



Uso de Droga y Alcohol por Residentes en Cirugía

L. HYDE; WOLF, MA. Depart. Surg Univ Kentocky. Lexington. *J Am Coll of Surg (JACS)* 1995 Jul; 188: 1-5

Aunque el uso de alcohol y drogas por residentes de cirugía es un hecho conocido, no existe un estudio específico sobre este tema.

El presente estudio fue dirigido sobre la frecuencia del uso de alcohol y drogas, con 36 preguntas específicas efectuadas a los residentes al concluir el *American Board of Surgery in Service Examination*.

La encuesta mostró que el uso de drogas por cirujanos residentes es relativamente baja comparada con el uso de drogas por otros médicos; sinembargo, el abuso de alcohol continúa siendo un problema, el principal entre los residentes de cirugía. La cocaína usada por los residentes es generalmente obtenida en el mismo hospital donde trabajan.

La conclusión de los autores es optimista y abogan por implementar programas educacionales para prevenir un potencial abuso de alcohol y drogas entre los residentes en adiestramiento junto con un mayor control en los hospitales sobre el uso de la cocaína y sus derivados.

Factores Pronósticos del Cáncer Gástrico en la Práctica Clínica

J.D. Harrison, MD.; J.W.L. Fielding, M.D. Unidad de Cirugía Oncológica. *Queen Elizabeth Hospital Birmingham, England.* *World J Surg* 1995 Aug; 19: 496-500

El cáncer gástrico es el responsable de cerca de 10.000 muertes por año en Inglaterra y Gales, y la sobrevida del 5% a 5 años permanece estática en los últimos 50 años; a pesar de la pobre vida global, los autores analizan una serie de factores que influyen el resultado final.

Edad

Las décadas con más frecuencia de presentación son la sexta y séptima de la vida; hay alguna evidencia de que el cáncer gástrico en pacientes jóvenes es de peor pronóstico y esto puede ser debido a un aumento de la edad biológica del tumor y, al contrario, se ha observado en pacientes ancianos, menor agresividad del tumor y a menudo períodos largos de supervivencia.

Duración de los síntomas

Algunos estudios han sugerido que los pacientes con síntomas de corta duración (menos de 6 meses) tienen un peor pronóstico; el informe de la *Mayo Clinic* sobre el particular ha demostrado que como dato aislado, la duración de los síntomas no tendría mucho valor pronóstico, pero que se vuelve muy significativo en unión de otros datos como el diámetro del tumor. Recalcan los autores que un método potencial para el diagnóstico de los estados tempranos del cáncer gástrico es agilizar y enfatizar los estudios en pacientes que presentan dispepsia, y con esto han aumentado el diagnóstico temprano en el centro de estudio para la dispepsia en Birmingham.

Grupos sanguíneos ABO y transfusión salguínea

Desde hace varios años se ha informado que en los pacientes con cáncer gástrico es más frecuente el grupo sanguíneo A, y una menor frecuencia en los del grupo O, que en la población general; también se ha dicho que en los tumores de localización antral es más frecuente el grupo sanguíneo A; asimismo, que los pacientes con este último grupo sanguíneo sobreviven más frecuentemente a 5 años que los del grupo sanguíneo O. También hay algunas evidencias, como en otros tumores, de que las transfusiones perioperatorias tienen un efecto negativo en la sobrevida global de estos pacientes.

Sitio del tumor

El pronóstico de los tumores cardiales es pobre comparado con los de localización antral; infortunadamente, los tumores cardiales están en aumento en los últimos años.

Tamaño del tumor

Algunos estudios como el de Gennani, sostienen que los pacientes con tumores muy pequeños tienen un mejor pronóstico con la gastrectomía subtotal, mientras que aquellos con tumores grandes disfrutan de un mejor pronóstico con la gastrectomía total.

Estado del tumor

Está bien establecido que el estadio del tumor es el factor más importante en el pronóstico, y que la razón de la no mejoría en la sobrevida de los pacientes con cánceres gástricos, estriba en que a la mayoría de éstos se les diagnostica en los estados III y IV. Aproximadamente el 40% de los pacientes con ganglios negativos están vivos a los 5 años, comparados con el 10% o menos de los pacientes con ganglios positivos.

Cáncer gástrico temprano

El pronóstico del cáncer gástrico temprano limitado a la mucosa o a la submucosa es excelente; 95% de sobrevida a los 5 años en las series japonesas; las metástasis a los ganglios linfáticos en este tipo de cáncer se presentan aproximadamente en el 5% de los pacientes con tumor localizado a la mucosa, y en el 15% de los pacientes con tumor invasor a la submucosa; este último dato ya reduce la sobrevida del cáncer gástrico temprano del 97% al 83% a los 5 años, en algunas series.

Grado histológico

Hay estudios que muestran un peor pronóstico para los tumores pobremente diferenciados, y alrededor del 85% de los cánceres gástricos son así, pobremente diferenciados.

Tipo histológico

Varios estudios han demostrado una mejor sobrevida con tumores de tipo intestinal (clasificación de Lauren); es por ello que en la variedad difusa algunos autores sugieren mayores márgenes de resección, y aconsejan que éstos estén por encima de los 6 cm; aun los mismos autores abogan por la gastrectomía total en la variedad difusa del cáncer gástrico.

Factores quirúrgicos

Ultimamente ha aumentado en varias series la resecabilidad del tumor, lo cual está de acuerdo con el estado, según la clasificación, lo que constituye el factor básico en el pronóstico. En el registro del cáncer del *West Midlands* en un período de 5 años (1957-1981) se informaron 31,567 cánceres gástricos y de éstos únicamente en el 42.5% se pudo realizar una laparotomía por considerarlos inoperables; al 29.2% de los pacientes del mismo registro se les practicó resección de tipo oncológico. La experiencia y el juicio clínico del cirujano tienen también enorme incidencia en los índices de mortalidad operatoria y de sobrevida global.

DNA y ploidía

Los tumores aneuploides muestran con más frecuencia metástasis ganglionares y, por ende, tienen un peor pronóstico que los tumores con ploidía celular; los tumores que contienen una alta proporción de células aneuploides son a menudo pobremente diferenciados con lesiones protuberantes y con tendencia a invasión vascular y linfática, factores todos estos que enpobrecen el pronóstico.

Manejo de la Pancreatitis Aguda Severa con Necrosis Estéril

B. Rau, M.D., U. Pralle, M.D., W. Uhl, M.D., M.H. Schoenberg, M.D., H.G., Beger, M.D., F.A.C.S.
Depart Gen Surg, Univ Ulm, Germany.
J Am Coll Surg 1995 Oct; 181 (4): 279-88

El manejo clínico de la necrosis pancreática estéril es todavía material de discusión; los autores presentan su experiencia y analizan el curso clínico de los pacientes con necrosis estéril del páncreas tratados con o sin cirugía.

Entre mayo de 1982 y diciembre de 1993 ingresaron al hospital 249 pacientes con necrosis pancreática; de éstos, 172 (69%) tenían necrosis estéril a la aspiración intraoperatoria con aguja fina, a quienes se les practicó necrosectomía y lavado abdominal cerrado, y a 65 se les practicó tratamiento no quirúrgico.

La etiología de la necrosis pancreática fue: alcoholismo en el 50%; litiasis biliar en el 34%; otros factores en el 17%. Los métodos diagnósticos empleados fueron la tomografía axial computadorizada dinámica con medio de contraste en todos los pacientes.

Los criterios de Ramson y el APACHE II de admisión fue de 4.7 (r=1 a 10) y del 1 (r=1 a 26) en el grupo quirúrgico, significativamente más alto que en el no quirúrgico que fue de 3.0 (r=0 a 6) para Ramson y de 8 (r=1 a 23) para el APACHE II.

El APACHE II persistió alto sobre 10.5 en el grupo quirúrgico mientras que en el no quirúrgico disminuyó a 6; la proteína C reactiva se midió en todos los pacientes y los niveles de admisión fueron en promedio de 179 mg en los quirúrgicos y de 68.5 en los no quirúrgicos.

Dentro de las primeras 72 horas, 94% de los pacientes no quirúrgicos respondieron satisfactoriamente a las medidas de cuidado intensivo mientras que las complicaciones multiorgánicas persistían o aumentaban en el grupo quirúrgico. La mortalidad fue del 13.1% en el grupo de pacientes tratados quirúrgicamente, y del 6.2% para los que no se llevaron a cirugía.

La conclusión de este informe de la Universidad de Ulm, en Alemania., es que muchos pacientes con necrosis pancreática estéril y limitada responden al tratamiento impuesto en las unidades de cuidado intensivo. La indicación para llevar a cirugía a los pacientes con punción-aspiración estéril de la necrosis pancreática será determinada por la persistencia o el avance de las complicaciones multiorgánicas a pesar de la terapia intensiva. El APACHE II y los índices de la proteína C reactiva a la admisión, representan una ayuda en la decisión de tratamiento médico o quirúrgico en estos pacientes.