



Lesión del Colédoco Durante la Colectomía Laparoscópica

Roy A F, Passi R B, Lapointe R W, McAllister V C, Dagenais M H; Wall W J: Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Dpto. de Cirugía; Hospital de London, Ontario, y Hospital Saint- Luc, Montreal, Canadá. Can J Surg 1993 Dec; 36 (6): 509-16

Los autores de este artículo informan sobre 21 casos de lesión iatrogénica del colédoco (LIC) por colectomía laparoscópica (CL) que fueron referidos a estas dos instituciones hospitalarias en un lapso de 2 años. Se analizaron dos grupos: 9 pacientes en quienes se diagnosticó la lesión durante la cirugía y 12 en los que el diagnóstico se hizo en el postoperatorio.

Las lesiones más frecuentes fueron la sección del colédoco por identificación errónea de la vía biliar al considerar que se trataba de la vesícula; y la obstrucción con grapas (*clips*). Ictericia, dolor y colecciones de bilis fueron los síntomas después de la CL cuando hubo lesión de la vía biliar.

Se practicaron dos tipos de reparo: anastomosis terminoterminal primaria sobre un tubo en T, con muy malos resultados, y hepaticoyunostomía en Y de Roux, practicada en 20 de los 21 pacientes estudiados.

La colangio-pancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) y la colangiografía percutánea (CPT), fueron los dos métodos diagnósticos más útiles; los autores recomiendan su práctica precoz cuando hay sospecha de lesión de la vía biliar, y concluyen que la pronta identificación de la anatomía biliar mediante la CPT cuando hay sospecha de lesión, mejoran el pronóstico. La hepaticoyunostomía en Y de Roux es el procedimiento de elección en los casos de lesión de la vía biliar.

¿Es justificable la creciente frecuencia de lesión laparoscópica de la vía biliar?

En la misma revista hay un editorial del Dr. Roger G. Keith quien analiza la incidencia de la LIC desde el comienzo de la CL siendo definitivamente más alta que la establecida durante muchos años para la colectomía abierta (CA). En las mejores manos, se observa una incidencia entre 0.33 y 0.6% (Cushieri 1991, 0.33%; Moosa 1992, 0.6%) que sigue siendo más alta que las cifras para la colectomía abierta como aquellas informadas por Girard y Morin sobre 10.000 CA, que fue del 0.26%, siendo solamente el 0.07% transección completa de la vía biliar. Estas cifras dan más o menos 1.26 LIC por cada 500 CA.

Los autores informan 21 casos; si extrapolamos las cifras sería necesario que tuvieran referencia de más o menos 60 hospitales con más de 50 camas cada uno, y con un programa activo de CL para reunir este número de LIC; o será que la incidencia es más alta?

Muchas de las LIC sucedieron después de haber pasado la supuesta curva de aprendizaje o sea, cuando el cirujano tuvo más confianza y probablemente menos cuidado.

Concluye el editor que es responsabilidad de los Departamentos de Cirugía mantener una permanente vigilancia sobre estos programas para el mejoramiento continuo, si deseamos bajar la incidencia de LIC, y la comunidad de cirujanos debe reconocer la necesidad de su autorregulación sin necesidad de legislación, en beneficio de la seguridad de los pacientes.

* Sección a cargo del doctor Jaime Escallón, Presidente de la Sociedad Colombiana de Cirugía y del doctor Hernando Abaúnza, Director Ejecutivo de la Sociedad.

Pronósticos del Cáncer de la Papila de Vater con Relación a la Extensión Clinicopatológica del Tumor

A. Nakao, A. Harada, T. Nonami, W. Kishimoto, S. Takeda, K. Ito y H. Takagi. Departamento de Cirugía Nagoya, Japon. Hepato Gastroenterology 1994; 41: 73-7

Entre 1981 y 1991 fueron operados 23 cánceres de la papila de Vater; a 22 de ellos se les practicó pancreatoduodenectomía y a 1, pancreatectomía total; no se presentó ninguna mortalidad operatoria y la supervivencia a 5 años fue del 52%.

Se relacionó la supervivencia con el estado histopatológico, desde los puntos de vista de la morfología macroscópica, tipo histológico, grado histológico de invasión pancreática y duodenal, invasión ganglionar, vascular perineural y diferenciación inmunohistoquímica.

Los pacientes que presentaron cáncer con invasión al parénquima pancreático tuvieron peor pronóstico; los autores obtuvieron un 50% de supervivencia a 5 años cuando el tumor no invadía el páncreas, y sólo un 24% y a 3 años cuando el tumor había invadido ya tejido pancreático. Varios de los pacientes que sufrían invasión pancreática ya presentaban compromiso perineural, y un grado II de respuestas a coloraciones histoquímicas con patrones similares a las que presentaban los pacientes con tumores primitivos de las células canaliculares pancreáticas no propiamente de la ampolla de Vater.

Concluyen que definitivamente es mucho mejor el pronóstico cuando el tumor de la ampolla de Vater está circunscrito únicamente a ella, sin invadir tejido pancreático; en los cánceres que no habían sobrepasado el esfínter de Oddi, obtuvieron el 100% de supervivencia a 5 años; se hace hincapié en una evaluación preoperatoria por medio de imágenes diagnósticas completas, y se da una gran importancia a la ultrasonografía endoscópica, con un alto índice de positividad para definir si el tumor compromete únicamente la ampolla de Vater.

Erradicación del *Helicobacter Pylori* con Subnitrito de Bismuto, Oxitetraciclina y Metronidazol en Pacientes con Úlcera Péptica

I. Wilhelmsen, R. Weberg, K. Berstad, T. Hausken, O. Hundal y A. Berstad. División de Gastroenterología, Departamento Médico Universitario de Bergen, Noruega. Hepato Gastroenterology 1994; 41: 43-7

Diversas series sugieren que el *Helicobacter Pylori* (HP) es una causa importante en la génesis de la enfermedad ulcerosa péptica y que al erradicarlo, la recaída de la úlcera se ve disminuida sustancialmente. Los autores analizan que la monoterapia con diferentes compuestos de bismuto cicatrizan la úlcera entre un 65 a un 94% con pocos efectos secundarios, pero con una erradicación del HP únicamente del 20%; asimismo, la monoterapia con amoxicilina o con metronidazol, también tiene bajas cifras de erradicación de la bacteria.

Los autores analizan una serie de 121 pacientes con úlcera duodenal recurrente a quienes se les practicó un tratamiento combinado de subnitrito de bismuto, oxitetraciclina y metronidazol; la presencia del HP fue investigada antes y después de 4 semanas de tratamiento por medio del *test c-ureasa*; los controles al término del tiempo anotado mostraron una erradicación de la bacteria en un 98% con cicatrización de la úlcera entre el 95 y el 100%.

La mitad de los pacientes presentaron ligeras náuseas o diarrea, pero únicamente el 3.5% de ellos tuvieron que suspender el tratamiento definitivamente. Los autores concluyen que virtualmente todos los pacientes con úlcera duodenal recurrente tienen infección crónica por el HP y que el tratamiento triconjugado es altamente efectivo tanto para la erradicación del HP como para la cicatrización de la úlcera.

Resección de Metástasis Hepáticas por Carcinoma del Colon en Pacientes Ancianos

H.U. Zieren, J. M. Muller y J. Zieren. Departamento de Cirugía, Universidad de Colonia-Alemania. Hepato Gastroenterology 1994; 41: 34-7

Se analiza una serie consecutiva de 90 pacientes mayores de 70 años, con metástasis hepáticas por carcinoma del colon; al 50% de estos pacientes se les practicó resecciones hepáticas mayores con una morbilidad postoperatoria del 28% y una mortalidad global del 6%.

Si se estima que la supervivencia porcentual de estas resecciones a 1 y a 5 años fue del 69% y 25% respectivamente, y se compara con una serie de los mismos autores sobre resecciones hepáticas en 70 pacientes todos ellos menores de 70 años, se observa que no hubo ninguna significación estadística en cuanto a morbilidad y mortalidad; por lo tanto, de acuerdo con estos hallazgos, los autores concluyen que la edad no es obstáculo para recomendar las resecciones hepáticas como tratamiento de las metástasis del carcinoma colorrectal.

Quimioterapia para el Cáncer Colorrectal

MOERTEL C.G: Chemotherapy for colorectal cancer. N Eng J Med 1994; 330: 1136-42

El carcinoma colorrectal afecta a 150.000 americanos al año y es la segunda causa de mortalidad por cáncer, después del de pulmón, en los EE.UU. A pesar de diferentes medidas terapéuticas, 50% de los pacientes con un diagnóstico de cáncer colorrectal morirán a consecuencia de su enfermedad.

Terapia en cáncer colorrectal avanzado o metastásico

El uso del 5-fluorouracilo como monoterapia ha dado resultados muy controvertidos y no se ha logrado demostrar una mejoría en la sobrevida. Los estudios llevados a cabo con el uso de 5-fluorouracilo (5-FU) por infusión directa a través de la arteria hepática, han demostrado una disminución ligeramente mayor en el tamaño de lesiones metastásicas del hígado en comparación con la infusión intravenosa periférica, pero la toxicidad hepática y el hecho de que en estudios aleatorios no se ha demostrado mejoría en la sobrevida, lo hacen un método poco utilizado. En la actualidad se utiliza la modulación bioquímica mediante el uso de combinaciones farmacológicas. La combinación de 5FU con metotrexate a altas dosis ha demostrado una leve mejoría en la sobrevida; sin embargo, el régimen aceptado actualmente es la utilización de 5FU más leucovorin a dosis baja en un esquema diario por 5 días cada 4 a 5 semanas. Se están llevando estudios con el isómero levorrotatorio del leucovorin, que parece aumentar la citotoxicidad del 5 FU.

Terapia adyuvante en el cáncer colorrectal

El 80% de los pacientes con cáncer colorrectal son potencialmente curables en el momento del diagnóstico.

Terapia adyuvante postoperatoria en el cáncer del colon

Se han utilizado varios regímenes. La combinación del 5FU más semustine no ha demostrado ser más efectiva que el 5FU solo. Lo mismo ha sucedido con el uso del 5FU en infusión por la vena porta. Los estudios de Moertel y col, en pacientes con cáncer del colon en Estados II y III, han demostrado que para pacientes en Estado III, el uso de 5FU y levamisole disminuye la tasa de recurrencia local y aumenta la sobrevida en forma significativa. Para pacientes en Estado II parece disminuir la tasa de recurrencia local pero no la sobrevida; por lo tanto, su uso no ha sido autorizado en forma rutinaria. En consecuencia, los pacientes en Estado III deben recibir quimioterapia adyuvante postoperatoria. La utilización de 5FU más leucovorin en pacientes con cáncer del colon parece tener efectos semejantes pero su toxicidad es mayor.

Terapia adyuvante para el cáncer rectal

El 50% de las recurrencias por cáncer rectal se localizan en la pelvis. La administración pre o postoperatoria de radioterapia ha logrado mejorar la sobrevida y únicamente ha conseguido disminuir la tasa de recurrencia local en forma leve. Se considera que el 5FU es un potenciador de la respuesta a la radioterapia y por esta razón se aconseja utilizarlo por

vía intravenosa concomitantemente con la radioterapia. Se ha demostrado que mediante este régimen se logra una disminución significativa en la tasa de recurrencia local.

El futuro

Se ha iniciado la investigación con el uso de quimioterapia triple con 5FU, levamisole y leucovorin, así como el uso de 5FU y radioterapia local para tumores Estado III del colon.



**Correos
de Colombia**



Adpostal

Estos son nuestros servicios ¡Utilícelos!

- SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
- SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
- SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
- SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
- ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
- SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
- SERVICIO DE FILATELIA
- SERVICIO DE GIROS
- SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
- SERVICIO INTERNACIONAL APR/SAL
- SERVICIO "CORRA"
- SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
- SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
- SERVICIOS ESPECIALES

Teléfonos para quejas y reclamos:
334-03-04 y 341-55-36 Bogotá

Cuenta con nosotros
Hay que creer en los Correos de Colombia