



Tratamiento Quirúrgico de la Obstrucción del Colon Izquierdo Experiencia en la Universidad de Minnesota

DEEN KEMAL I., MD; MADOFF ROBERT D., MD; GOLDBERG STANLEY M., MD; ROTHENBERGER DAVID A., MD. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD DE MINNESOTA, DIVISION DE COLON Y RECTO. J. AM. COLL SURG 1988 DEC; 187: 573-6.

El tratamiento de la obstrucción del colon izquierdo es un desafío quirúrgico. Este estudio fue realizado para analizar la experiencia de los hospitales de la Universidad de Minnesota en un período de 10 años (1985-1994) la cual abarcó 143 pacientes, 48 hombres, 95 mujeres, con una edad promedio de 70 años.

El sitio de obstrucción fue 40% en el rectosigmoide; 47% en el colon sigmoide; 5% en el colon descendente y 8% en el ángulo esplénico. En 52% de estos pacientes la obstrucción tuvo como causa el cáncer; 2 pacientes presentaron peritonitis generalizada cuya causa fue una perforación colónica. Al 85% de los pacientes se le realizó una resección y anastomosis en una sola etapa. La limpieza colónica intraoperatoria fue realizada en el 28% de los pacientes. La morbilidad dentro de los primeros 30 días del postoperatorio fue de 11% incluyendo una dehiscencia anastomótica, y la mortalidad global fue de 3%. Las 4 muertes ocurrieron en pacientes mayores de 75 años de edad y ninguna fue debida a las complicaciones de la anastomosis.

Las conclusiones a las que llega el grupo de cirujanos de la Universidad de Minnesota son: la resección con anastomosis en un solo tiempo quirúrgico facilitada con la limpieza colónica intraoperatoria, fue realizada en el 85% de los pacientes con obstrucción del colon izquierdo; se observó una sola dehiscencia de anastomosis; la actual política de la Universidad es, por lo tanto, cirugía con resección y anastomosis en un solo tiempo en la obstrucción del colon izquierdo.

Influencia de la Esfinterotomía Endoscópica en la Pancreatitis Edematosa Biliar

LARS-ERIK HAMMARSTROM, M.D., PH.D., ROLAND ANDERSSON, MD., PH.D., HANS STRIDBECK, M.D., PH.D., INGEMAR IHSE, M.D., PH.D. UNIVERSITY OF LUND - SUECIA. *WORLD J SURG* 1999 JAN; 23 (1): 12-17.

La esfinterotomía endoscópica ha ganado amplia aceptación en el tratamiento de los cálculos de las vías biliares y ha sido asociada con bajas complicaciones (4.4-10.4%) y baja mortalidad (0.4 a 1.5%).

Los autores presentan un estudio retrospectivo (1981-92) realizado en pacientes con pancreatitis edematosa de origen biliar para valorar la repercusión que sobre el cuadro clínico tiene la calculosis coledocociana y el valor terapéutico de la esfinterotomía endoscópica (EST). Se evalúan 96 pacientes de edades comprendidas entre los 42-93 años (media 74 años),

ingresados en nuestro hospital universitario entre 1981-92, con un cuadro de pancreatitis edematosa de origen biliar. A todos ellos se les efectuó, en nuestro departamento, una colangiografía endoscópica retrógrada (ERC); en 75 casos esta exploración (ERC) había sido realizada durante el primer ingreso. En 49 pacientes (grupo 1) encontramos cálculos en el colédoco, no existiendo coledocolitiasis en 47 casos (grupo 2). En todos los pacientes del grupo 1 y en 15 del grupo 2, se había efectuado previamente esfinterotomía endoscópica; en 57 casos dicha intervención se realizó durante un primer ingreso. Evaluamos también las complicaciones pancreáticas y la estancia hospitalaria.

Resultados: La esfinterotomía endoscópica (EE) produjo complicaciones graves en 3.2%, y consiguió extraer los cálculos coledocianos en el 96% de los casos. La duración de la sintomatología antes de CRE fue similar en ambos grupos (con una media = 5 días para el primero y 8 para el segundo). La amilasemia estaba más elevada en el grupo 2 que en el 1 (21-258, media = 75 uKat/l vs 10-328; media = 48 uKat/l) ($p=0.01$). La estancia hospitalaria fue similar en ambos grupos; grupo 2: 4-39 (media 11) días, vs 4-19 (media = 9) días ($p=0.02$). En los ingresos urgentes, la colangitis aguda fue más frecuente en el grupo 1 que en el 2 (31% vs 7% ($p=0.02$); mientras que en el grupo 2 se observó una mayor incidencia de pancreatitis (49% vs 8% ($p=0.0001$)). En el grupo 1 la colangiografía endoscópica retrógrada fue realizada entre los días 1 al 18 (media = 2 días) tras el ingreso; en el grupo 2, entre los días 1 al 16 (media = 5) ($p=0.02$), la precocidad de esta exploración en el grupo 1, se debió a la mayor frecuencia de colangitis sintomática.

Conclusión: Los pacientes que ingresaron con una crisis de pancreatitis edematosa de origen biliar y a los que se les realizó una colangiografía endoscópica retrógrada, presentaron una historia y un cuadro clínico diferente, según hubiese tenido o no cálculos en el colédoco. La esfinterotomía endoscópica precoz no modifica los resultados terapéuticos, ni el tiempo de hospitalización. Por tanto, nuestro estudio demuestra que no es necesario practicar de forma rutinaria una esfinterotomía endoscópica en casos de pancreatitis edematosa de origen biliar.

Herceptina: Primer Anticuerpo Monoclonal para Tratamiento del Cáncer Mamario Metastásico

SALEH MANSOOR, M.D. CENTRO DE CANCER DE LA UNIVERSIDAD DE ALABAMA. UAB (UNIVERSITY ALABAMA, BIRMINGHAM). INSIGHT, DECEMBER 1997; 7.

Los pacientes con cáncer mamario metastásico que tienen una sobre expresión del HER2 (lo que ocurre en el 30% de los cánceres mamaros), se han caracterizado por tener una forma agresiva del tumor con un alto índice de mortalidad.

La herceptina que es un anticuerpo antiHER2, retira el HER2 de la superficie de las células y previene la unión de los factores de crecimiento que promueven la proliferación celular de los tumores. En estudio de laboratorio el anticuerpo HER2 también inhibe la duplicación del DNA celular.

Saleh, quien ha liderado el estudio en el UAB (*Comprehensive Cancer Center de Birmingham*) como uno de los 7 centros autorizados por la FDA para investigar la droga, la ha usado sola o asociada a quimioterapia (ciclofosfamida-paclitaxel o doxorubicina) informa que 53% de los pacientes mostraron mejor respuesta, y 65% mejoraron el tiempo libre de enfermedad comparados con los que recibieron quimioterapia sola y aun en las 222 mujeres que emplearon la herceptina como monoterapia demostraron que es en la actualidad la mejor opción en pacientes con cáncer mamario estado IV, y con una toxicidad muy baja.

Saleh concluye: que si bien la herceptina no cura el cáncer mamario a todas las mujeres, sí mejora la calidad de vida en el 30% de ellas que son las que presentan una sobre expresión del HER2, y representa el primer tratamiento desarrollado científicamente de un gen específico que cambia la modulación del cáncer mamario.

Respuesta Inmunológica en los Pacientes Sometidos a Colectomía Convencional vs Colectomía Laparoscópica

FRANCESCO CARLEI, M.D., MARIO SCHIETROMA, M.D., GIOVANNI CIANCA, M.D., ALBERTO RISETTI, M.D., SANDRO MATTUCCI, M.D., GERARD NGOME ENANG, M.D., MARIO SIMI, M.D. UNIVERSITY OF L'AQUILA, ITALY. WORLD J SURG 1999 JAN; 23(1): 18-21.

La colectomía laparoscópica es ahora considerada como el tratamiento ideal para la colelitiasis. Indiscutiblemente presenta ciertas ventajas sobre la colectomía convencional, como son: la disminución del dolor postoperatorio, la pronta reactivación de la actividad intestinal (6 a 24 h) a partir de la operación, la reducción de la estancia hospitalaria (1 a 3 días), el pronto retorno al trabajo, la reducción de la infección postoperatoria y mejores efectos estéticos.

No obstante, es bien sabido que toda agresión quirúrgica origina una importante disminución de la respuesta inmunológica del organismo. La colectomía cerrada, es decir realizada por vía laparoscópica, se considera una intervención mínimamente agresiva. Basados en estos conceptos, hemos realizado un estudio comparativo sobre la modificación de la respuesta inmunológica en pacientes colectomizados mediante cirugía directa (laparotomía) y cirugía indirecta (vía laparoscópica). En 53 pacientes, de los cuales 26 fueron tratados mediante colectomía abierta, y 27 mediante colectomía cerrada, se evaluó la respuesta inmunológica (neutrófilos, número total de linfocitos, subpoblaciones linfocitarias y antígeno DR-leucocitario humano: HLA-DR, en el preoperatorio inmediato y en los días 1, 3 y 6 del postoperatorio. En los colectomizados por vía abierta se constató, en el primer día del postoperatorio, un incremento significativo del número de neutrófilos ($p=0.05$); modificación que no fue observada en los colectomizados por vía laparoscópica. El antígeno leucocitario (HLA-DR) disminuyó en los colectomizados por vía abierta, grupo en el que se registran 2 casos (7.6%) con infecciones respiratorias.

Conclusiones: La colectomía laparoscópica disminuye drásticamente el dolor postoperatorio y la estancia hospitalaria, permitiendo una rápida recuperación y reintegración del paciente a sus quehaceres habituales. Ello es debido, entre otros hechos, a la drástica reducción de la inmunosupresión postoperatoria, como lo demuestra la conservación de la actividad del antígeno monocitario HLA-DR. La morbilidad es menor en la colectomía cerrada que en la abierta.

El CT Scan y el Diagnóstico de la Apendicitis

MARCO DANON: N ENGL J MED 1998; 338: 141-6.

Las dificultades para hacer un diagnóstico clínico de apendicitis han sido ampliamente documentadas. Por mucho tiempo se ha buscado una prueba diagnóstica, para mejorar la certeza diagnóstica antes de la cirugía.

Se han usado grados clínicos, pruebas de sangre y radiografías pero todos estos han tenido limitaciones. En los últimos años la tomografía computarizada, ha demostrado certeza diagnóstica en pacientes a quienes se les sospecha apendicitis. Para estudiar la utilidad de ordenar rutinariamente un CT Scan para el diagnóstico de apendicitis, el doctor Patrick M. Rao y sus colaboradores en el Massachusetts General Hospital de Boston, realizaron un CT Scan en 100 pacientes consecutivos a quienes se les sospechaba apendicitis (se incluyó pacientes desde 6 a 75 años de edad). Todos los pacientes tuvieron seguimiento hasta 2 meses después del episodio agudo. También se evaluaron los costos de cirugía, hospitalización y gastos por observación y radiología.

Los resultados mostraron que el CT Scan fue acertado en un 98% y cambió el tratamiento en 59 pacientes. Estos cambios incluyeron la cancelación de cirugía innecesaria en 13 pacientes, evitaron la hospitalización de 18 pacientes y cambiaron el diagnóstico en 11 pacientes.

Los efectos económicos del CT Scan incluyeron ahorros de costos quirúrgicos de US\$47.281, y de hospitalización hasta de US\$20.250. El costo-efectividad después del gasto radiológico fue el ahorro de \$447 dólares por paciente.

Se concluyó que el CT Scan de rutina con pacientes con posible apendicitis, mejora el diagnóstico y cuidado del paciente y reduce los costos y la utilización hospitalaria.