



## Actualizaciones en Cirugía

En la Revista World Journal of Surgery, de septiembre/octubre de 1991, aparece un simposio sobre progresos en el **tratamiento del carcinoma del intestino grueso**. Uno de los aspectos sobresalientes de este artículo es el de las recomendaciones producidas por la reunión de consenso patrocinada por el Instituto Nacional de Salud, (NIH, Consensus Conference) en abril de 1990.

### Recomendaciones generales

1. La clasificación TNM, basada en la descripción patológica exacta del espécimen resecado, debe ser usada para la descripción del estado del tumor.
2. Los carcinomas de colon y recto deben ser analizados en forma separada.
3. Los pacientes en Estado III de carcinoma de colon (ganglios positivos) y pacientes en estado II (T3/T4, NO) y con carcinoma del recto en Estado III, tienen un alto riesgo de recurrencia, y necesitan terapia adyuvante.
4. Los factores de riesgo adicionales en el carcinoma de colon en Estado II, son: T4, antígeno carcinoembrionario (CEA) preoperatorio con títulos mayores de 5 ng/mL, la concentración de DNA aneuploide, fase S elevada, borramiento del cromosoma 17p ó 18q, anillo de sello, histología indiferenciada o coloide.
5. Pacientes con tumores en estado I, tienen un bajo grado de recurrencia y no necesitan terapia adicional.
6. La citogenética y la biología molecular del material tumoral, deben ser comparadas con los datos clínicos para entender mejor su significación.

### Recomendaciones sobre terapia adyuvante

1. La terapia adicional más favorable para el Estado III y Estado II de alto riesgo en cáncer de colon, no se conoce en este momento. Estos pacientes son candidatos para estudios clínicos prospectivos.
2. Si esto no es posible, los pacientes en Estado III, pueden ser tratados con 5-Fluorouracilo y Levamisol, si no hay contraindicación médica o psicosociales.
3. Los pacientes en Estado I y II de bajo riesgo, no necesitan terapia adicional.
4. Los pacientes con carcinoma de recto en Estado I, no necesitan tratamiento posoperatorio.
5. La quimioterapia posoperatoria y la irradiación, mejoran el control local del tumor y la supervivencia a largo plazo de pacientes con carcinoma del recto en Estados II y III.
6. La considerable toxicidad aguda y crónica de estos tratamientos combinados, limitan su valor por fuera de estudios clínicos.
7. Estos pacientes deberán, cuando sea posible, ser tratados en estudios clínicos prospectivos.

### Recomendaciones sobre futuras áreas de investigación

1. Los estudios de quimioterapia adyuvante para cáncer del colon deben comparar el valor del 5-FU + Levamisol. Adicionalmente, deben ser examinadas las medidas de inmunomodulación y las sustancias combinadas para este efecto, con actividad comprobada en estados avanzados.

---

\* Sección a cargo del doctor Jaime Escallón, Presidente del Comité Científico Editorial de la Revista Colombiana de CIRUGIA.

2. La combinación óptima de radioterapia y 5-FU con moduladores de baja toxicidad, debe ser seleccionada para carcinoma del recto.
- 3 Debe continuar la búsqueda de factores de riesgo con valor pronóstico, para identificar la población que más se beneficie con una terapia adicional.
4. Todos los estudios deben tener en cuenta la investigación básica para entender mejor los mecanismos de acción de las terapias adyuvantes. Esto es importante especialmente para los estudios que analizan la influencia del sistema inmune.
5. Se requiere en forma urgente incluir cuestionarios cuantitativos de calidad de vida y análisis del costo-beneficio.
6. Finalmente, deben ser estudiados los interrogantes sobre variaciones en el curso de la enfermedad en diferentes grupos étnicos y socioeconómicos.

## **Baja utilización de la cirugía conservadora del seno y radioterapia en mujeres con carcinoma de seno, Estados I ó II.**

**Lazodich G y col: Cirugía Conservadora y Radioterapia. JAMA 1991 Dec 25; 266:3433-8**

Analiza este trabajo la tendencia a la cirugía conservadora del seno y radioterapia de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud de los EE UU, para carcinoma del seno en Estados I y II. Desde que se hizo la recomendación en 1981, se vio un aumento en la frecuencia de cirugía conservadora del seno. En 1985, tuvo un pico de 46.3% para los casos en Estado I, y 30.1% para el Estado II. A partir de entonces, la tendencia ha declinado moderadamente y no se practica cirugía conservadora del seno especialmente en pacientes mayores de 50 años en Estado II, y menos aún en los centros médicos fuera de las grandes ciudades. También disminuye dicha tendencia con la educación y condición económica de la paciente.

Hay factores como la dotación de equipos de radioterapia que afectan la decisión sobre la conducta por seguir.

Concluye el artículo que, a pesar de la evidencia existente de la eficacia de la cirugía conservadora del seno más radioterapia sin llegar a la mastectomía, dicho procedimiento no se lleva a cabo en la mayoría de las mujeres con carcinoma del seno en Estados I y II, de acuerdo con las recomendaciones del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU (NIH).

En esta decisión inciden factores diferentes de los criterios de selección descritos por el Instituto Nacional de Salud. Recomienda el artículo una campaña de educación a los médicos y a los pacientes para que este tipo de cirugía que ha probado iguales beneficios que la mastectomía, se utilice en forma adecuada.

## **Tratamiento Quirúrgico del Quiste Hidatídico del Hígado**

**Behrns K E, van Heerden J A: Mayo Clin Proc 1991 Dec; 66: 1193-7**

En la experiencia de la Clínica Mayo con 23 pacientes tratados de 1935 a 1990, se analiza la eficacia y seguridad de diferentes tratamientos quirúrgicos. En un grupo de pacientes se hizo tratamiento conservador del quiste instilando agentes tóxicos para el equinococo. En otro grupo se usaron las técnicas combinadas del agente tóxico para el equinococo y el drenaje con omentoplastia u otras técnicas similares. En el último grupo se hizo resección radical del quiste con pericistectomía o con resección hepática.

Los resultados analizados a largo plazo muestran que la recurrencia fue mucho menor en los pacientes en quienes se hizo resección radical del quiste.

Concluyen los autores que la resección hepática en este momento es un procedimiento seguro que ofrece en esta enfermedad específica una recurrencia menor y, además, evita la utilización de sustancias tóxicas como las indicadas para atacar el equinococo.