Diferencias de Criterio Diagnóstico para Cáncer Gástrico entre Patólogos Japoneses y Occidentales

RONALD J. SCHLEMPER, PhD; MASAYUKI ITABASHI, PhD, Cols. The Lancet, Vol. 349: Jun 14; 1725-29, 1997.

La incidencia de cáncer gástrico es informada siempre muy alta en el Japón en comparación con los países occidentales; 30 a 50% de todos los cánceres gástricos en el Japón son diagnosticados como tempranos (es decir, que no han invadido la submucosa), en contraste con los países occidentales donde el diagnóstico de cáncer temprano es raro.

Muchos investigadores han atribuido a la dieta la alta incidencia de cáncer gástrico en el Japón, a factores genéticos y a la infección por *Helicobacter pylori*. La alta detección de carcinomas gástricos tempranos en el Japón es explicada por los programas de rastreo masivo en la pesquisa de este tumor. En los países occidentales el cáncer gástrico es diagnosticado cuando evidentemente hay una invasión de la neoplasia dentro de la lámina propia de la mucosa.

Es la impresión de algunos autores que los patólogos japoneses usan el término de cáncer gástrico para lesiones que los patólogos occidentales las clasifican como lesiones precursoras ya sean con el término de displasia o de adenomas.

Fueron examinadas por 4 patólogos japoneses y 4 patólogos occidentales 35 láminas de biopsias de 17 pacientes japoneses con diagnóstico de "cáncer de estómago" y hubo concordancia final entre japoneses y occidentales únicamente en 11 de las 35 láminas, es decir, en un 31.5%.

En este estudio únicamente cerca del 40% de los carcinomas gástricos tempranos de tipo intestinal para los patólogos japoneses tuvieron diagnóstico definitivo de cáncer en los patólogos occidentales.

La conclusión final muestra que los patólogos japoneses a menudo diagnostican cáncer gástrico cuando los patólogos occidentales usan el término de adenoma o de neoplasias benignas epiteliales proliferativas que potencialmente pueden volverse invasoras. El estudio muestra que los patólogos japoneses le dan mucha importancia a hallazgos nucleares y glandulares, mientras que los patólogos occidentales requieren la presencia de invasión como un prerrequisito para el diagnóstico del cáncer gástrico. Es considerable observar en los diferentes países variabilidad entre los patólogos en el diagnóstico de displasia y cáncer temprano. Los criterios diferentes en el diagnóstico pueden explicar parcialmente el buen pronóstico del cáncer en el Japón y se requieren mayores estudios e investigación, así como unificación de esfuerzos para llegar a una nomenclatura definitiva debido a la magnitud del problema.

Departamentos de Patología que realizaron el estudio:

** Department of Gastroenterology, Showa University Fujigaoka, Hospital, Yokohama-shi 227, Japan.*

Ronald J. Schlemper, PhD., Hiroshi Takahashi, PhD. Prof. Rikita Fujita, PhD.

** Department Pathology División, Ibaraki, Prefectural Central Hospital, Tomob, Japan.*

Masayuki Itabashi, PhD.

** Department of Pathology, Cancer Institute, Tokyo, Japan Yo Kato, PhD.*

** Department of Pathology UCLA Center for Health Sciences, Los Angeles USA.*

Prof. Klaus J. Lewin, FRCPath.

** Department of Pathology, McMaster University Medical Center, Halminton, Canada.*

Prof. Robert H. Riddell, FRCPath.

** Department Diagnostic Pathology, Clinical Laboratory Division, National Cancer Center Hospital, Tokyo, Japan.*

Tadakazu Shimoda, PhD.

** Department of Pathology, Jorvl Hospital, Espoo, Finland. Prof. Pentti Sipponen, PhD.*

** Institute of Pathology, Klinikum Bayreuth, Bayreuth, Germany.*

Prof. Manfred Stolte, PhD.

** First Department of Pathology, Niigata University School of Medicine, Niigata, Japan.*

Prof. Hidenobu Watanabe, PhD.

Sección a cargo de lo doctores: **Hernando Abaúnza y Jaime Escallón, expresidentes de la Sociedad Colombiana de Cirugía.*

Diagnóstico Endoscópico y Tratamiento del Cáncer Colorrectal Temprano

SHIN-EI KUDO, MD, PhD; HIROSHI HASHIDA, MD; TAKASHI NAKAJIMA, MD, PhD; SATORU TAMURA, MD, PhD; KAZUO NAKAJO, MD. Division of Gastroenterology, Akita Red Cross Hospital, 1-4-36 Nakadori, Akita 010 Japan. **World Journal of Surgery, 21, 694-701, Sep 1997.**

Los recientes avances en instrumentos endoscópicos y la experiencia tomada en el manejo de ellos han aumentado el hallazgo de pequeños tumores colorrectales. El cáncer colorrectal temprano puede ser definido como una lesión maligna que no invade más allá de la capa submucosa en la pared del colon. La Organización Mundial de la Salud en su clasificación de tumores colorrectales dice que el carcinoma debe ser diagnosticado únicamente cuando la *muscularis mucosae* ha sido penetrada y las capas submucosas se hallan infiltradas; pero sería ilógico ignorar los carcinomas intramucosos o carcinomas *in situ*, es decir, situación muy similar a la que se presenta en el cáncer gástrico.

Los adenomas y los cánceres tempranos del colon y el recto se clasifican generalmente en tres grupos según su apariencia: protuberantes, planos o de elevación menor (llamados adenomas planos) y deprimidos o excavados. Las lesiones protuberantes y los adenomas planos que son de tipo no invasor hasta llegar a un tamaño grande, en tanto que las lesiones excavadas pueden invadir la submucosa aún siendo muy pequeñas. No es difícil detectar los adenomas protuberantes y planos, pero los carcinomas excavados con frecuencia pasan desapercibidos. Los signos de valor para su detección incluyen: ligero cambio de color, puntos sangrantes, interrupción del patrón de la red capilar, ligera deformación de la pared del colon, cambio en la forma de la lesión con la insuflación y la deflación e interrupción de los pliegues por la lesión. La tinción con índigo carmín ayuda a definir el tipo de lesión. El análisis del patrón de las criptas mediante colonoscopia de magnificación, es de utilidad en el diagnóstico del cáncer colorrectal. El análisis del patrón de las criptas y el examen histológico sugieren que los carcinomas excavados probablemente se originan *de novo* sin pasar por una fase adenomatosa. Algunos adenomas aparentan tener una depresión a primera vista, pero tales adenomas que simulan un carcinoma con pseudodepresión, deben ser diferenciados de los carcinomas excavados porque son de naturaleza bastante diferente. Los adenomas protuberantes y planos pueden ser resecados mediante polipectomía o biopsia térmica. Los carcinomas excavados son tratados mediante la técnica de resección endoscópica de la mucosa (REM), pero cuando invaden la submucosa en forma masiva, está indicada la resección quirúrgica. Algunas lesiones neoplásicas, que nosotros denominamos tumores de extensión lateral, exhiben amplia extensión circunferencial y se extienden a lo largo de la pared colónica, aunque son de altura reducida. Tienden a comportarse en forma más bien benigna a pesar de su mayor tamaño y, por consiguiente, son candidatos para REM total o por fragmentos.

Antibióticos Profilácticos en Herniorrafia Inguinal

ERIC W. TAYLOR, FRCS; DEREK J. BYRNE, FRCS; DAVID J. LEAPER, FRCS; Ch. M., STEPHAN J. KARRAN, FRCS; M. Ch; M. KENNEDY BROWNE, FRCS; MD; KENNETH J. MITCHELL, FRCS. Vale of Leven District General Hospital, Alexandria, Dunbartonshire G83 OUA, Scotland, UK. **World Journal of Surgery, 21, 811-15, Oct 1997.**

La hernia inguinal es considerada una cirugía limpia y en el Reino Unido no es una práctica corriente la administración de antibióticos profilácticos en esta operación; sin embargo, con la amplia adopción del reparo con malla tipo Lichtenstein o la inserción de mallas durante la cirugía laparoscópica, el uso profiláctico de antibióticos en el Reino Unido se ha vuelto más popular.

Hemos realizado un estudio multicéntrico randomizado prospectivo doble ciego, con el fin de comparar co-amoxiclav con placebo en 619 pacientes sometidos a reparación abierta de hernia inguinal. Cumplieron el protocolo 563 pacientes (91%), 283 recibieron co-amoxiclav y 280 placebo. No hubo diferencia en los grupos en cuanto al número de casos que recibieron anestesia local o general, el tipo de reparación, el uso de suturas en la grasa subcutánea, el tipo de cierre de la piel, el uso de analgesia de la herida o el uso de un dren. Se entregó una tarjeta a cada paciente con instrucción de retornar al hospital en el caso de presentarse drenaje por la herida o que requiera ser visto por el médico gene-

ral. Todos los pacientes fueron vistos en control aproximadamente a las 6 semanas después de la operación. En 50 (8.9%) de los pacientes se presentó infección, 25 (8.9%) en el grupo co-amoxiclav y 25 (8.9%) en el grupo placebo. Nuestra conclusión es que la profilaxis antibiótica no aporta beneficio en pacientes sometidos a reparación abierta de hernia inguinal.

Pancreatitis Necrótica Infectada y Complicada por Falla Múltiple de Organos

L. DOMINIONI MD, FACSA CHIAPPA, MD; V. BIANCHI, MD; P.F. INTERDONATO, MD; L. FESTI, MD; CARCANO, MD; A. BENEVENTO, MD, FACS; R. DIONIGI, MD, FACS, FRCS, (Hon. Edin.). Department of Surgery, University of Pavia in Varese, Italy. **Hepatogastroenterology, Vol. 44 Aug 97: 968-74.**

Las formas severas de pancreatitis aguda caracterizadas por hemorragia y necrosis infectada, son relativamente poco frecuentes y ocurren aproximadamente entre 3 y 15% de los pacientes con inflamación aguda del páncreas.

La terapéutica agresiva multinodal en las primeras etapas de la pancreatitis necrotizante mejoran la supervivencia; sin Δ138

embargo, los pacientes con complicaciones sépticas, finalmente tienden a morir por falla múltiple de órganos.

Los autores analizan 16 pacientes con pancreatitis necrótica hemorrágica severa comprobados bacteriológicamente y analizan los resultados.

La severidad de la pancreatitis necrótica infectada fue documentada preoperatoriamente mediante el uso de los siguientes índices:

1- Grado de la necrosis según la TAC abdominal: menos del 30%, en el 19% de los pacientes; 30 a 50%, en el 56% de los pacientes; y más del 50% de necrosis, en 4 pacientes (25%).

2- Indices de Stoner's and Elebute para sepsis (16 ± 4 puntos).

3- Indices de Goris para falla orgánica múltiple (5 ± 2 puntos).

El tratamiento quirúrgico secuencial fue realizado por el mismo equipo quirúrgico, como sigue:

1- Reexploraciones abdominales a través de cremallera por los primeros 7 a 10 días.

2- Abdomen abierto y repetido desbridamiento peritoneal por los siguientes 7 a 10 días.

3- Lavado peritoneal con múltiples drenajes con abdomen cerrado, hasta resolución de la infección de 15 a 85 días.

Resultados: La mortalidad ocurrió en 3 de los 16 pacientes (19%) debido a falla orgánica múltiple. Los 13 pacientes sobrevivientes fueron dados de alta con el abdomen cerrado y con tolerancia a la vía oral después de 33 a 73 días de hospitalización; ninguno presentó fístula.

Los autores concluyen que la técnica de reexploración secuencial del abdomen, drenaje abierto y lavado continuo cerrado es aceptable ya que no tiene sino un 19% de mortalidad y recomienda comparar este estudio en cuanto a la severidad de la sepsis pancreática con falla orgánica múltiple, con otras series publicadas.