



Eficacia y Seguridad de las Heparinas de Bajo Peso Molecular y de las Heparinas Corrientes para la Profilaxis del Tromboembolismo Venoso Postoperatorio: Estudio Europeo Multicéntrico

V. V. KAKKAR, MD; O. BOECKL, MD; B. BONEU, MD; L. BORDENAVE ET AL: WORLD J SURG 1997 JAN; 21: 2-9.

Las heparinas de bajo peso molecular representan el más significativo avance en la terapia antitrombótica; varios estudios dobles ciego han confirmado la alta biodisponibilidad siguiendo la administración subcutánea y, por lo tanto, una dosis simple ha sido ahora aceptada como una forma de terapia profiláctica.

En diferentes centros hospitalarios europeos se realizaron ensayos clínicos interinstitucionales aleatorios y doble ciego, con el objeto de comparar la seguridad y la eficacia de una nueva heparina de bajo peso molecular con la heparina estándar no fraccionada en la profilaxis del tromboembolismo venoso postoperatorio. El estudio incluyó 1.351 pacientes programados para cirugía abdominal. Los parámetros para determinar resultados incluyeron la incidencia de eventos tromboembólicos (trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar o ambos) y complicaciones hemorrágicas, incluyendo hematoma de la herida; 655 pacientes recibieron 1.750 UI anti-Xa de heparina de bajo peso molecular, más una inyección de placebo, dos veces al día; y 677 pacientes recibieron 5.000 UI de heparina no fraccionada, dos veces al

día. Se encontró que ambas drogas son igualmente efectivas, puesto que 4.7% de los pacientes en el grupo de heparina de bajo peso molecular y 4.3% en el grupo de heparina no fraccionada, desarrollaron complicaciones tromboembólicas postoperatorias. Sin embargo, la incidencia de las complicaciones hemorrágicas apareció significativamente reducida, puesto que 55 (8.3%) de los pacientes con heparina de bajo peso molecular y 80 (11.8%) de los que recibieron heparina no fraccionada desarrollaron complicaciones hemorrágicas, lo cual significa un riesgo relativo de 0.70 (95% IC, 51-0.97, $p=0.03$); se produjo hematoma de la herida en 29 (4.4%) en el grupo de heparina de bajo peso molecular, y en 55 (7.7%) en el grupo de heparina no fraccionada, con riesgo relativo de 0.57 (95% IC 0.37-0.88, $p=0.01$). El presente estudio confirma que una dosis muy baja de 1.250 U anti-Xa diarias de heparina de bajo peso molecular es tan efectiva como 10.000 UI de heparina no fraccionada, en la prevención de la trombosis venosa profunda. Su administración, en tales dosis, resulta en una reducción significativa del riesgo de sangrado, incluyendo hematoma de la herida.

Esfinterotomía Endoscópica: 7 Años de Experiencia

CHUNG-YAU LO, F.R.C.S.E., EDWARD C S, LAI M S, CHUNG-MAU LO, F.R.C.S.E. ET AL. DEPARTMENT OF SURGERY. THE UNIVERSITY OF HONG KONG. QUEEN MARY HOSPITAL. POKFULAM, HONG KONG. WORLD J SURG 1997 JAN; 21: 67-71.

La esfinterotomía endoscópica para la extracción de cálculos fue informada primero en 1974 por Classen y Kawai; desde entonces este procedimiento ha ganado popularidad como alternativa de la cirugía para el tratamiento de la litiasis de los canales biliares especialmente en los pacientes con alto riesgo quirúrgico. Con la experiencia adquirida con los

endoscopistas la indicación de esfinterotomía endoscópica en enfermedades del tracto biliar ha ganado indicaciones como la colangitis y la pancreatitis agudas, la disquinesia del esfínter de Oddi, la fístula biliar y la paliación del carcinoma ampular.



El presente estudio de la Universidad de Hong Kong documenta las indicaciones y resultados de la esfinterotomía endoscópica realizada en el transcurso de 7 años en una unidad de endoscopia quirúrgica. Se analizó el potencial mejoramiento de los resultados en dicho lapso.

Resumen de los antecedentes: la esfinterotomía endoscópica apareció asociada con rara pero indeseable morbilidad y mortalidad. No se ha informado mejoría específica de los resultados con el paso del tiempo.

Métodos: la esfinterotomía endoscópica fue intentada en 706 pacientes (336 hombres y 370 mujeres) entre 1974 y 1994 y fue lograda en 689 (97.6%).

Resultados: se presentaron complicaciones en 50 pacientes (7.1%) y 13 de ellos requirieron intervención operatoria de

emergencia. La tasa de mortalidad global a 30 días fue de 4.7% (n=33) y la tasa de mortalidad relacionada con el procedimiento fue de 0.7% (n=5). Se observó una disminución significativa en la tasa de mortalidad hospitalaria ($p<0.01$) y en la de intervención operatoria por complicaciones relacionadas con el procedimiento ($p<0.001$) después de 1990. La mortalidad relacionada con el procedimiento ha sido reducida de 1.3 a 0.3% desde 1990 ($p=0.1$). Ni el hecho de realizar la esfinterotomía endoscópica en situación de emergencia ni de realizarla por obstrucción neoplásica maligna, tuvieron efecto adverso sobre el resultado final.

Conclusiones: la esfinterotomía endoscópica puede ser realizada en forma segura en la mayoría de los pacientes. Con la adquisición de experiencia se hace posible reducir tanto la morbilidad como la mortalidad relacionadas con el procedimiento.

Reconocimiento de Metástasis Hepáticas en el Carcinoma Gástrico Temprano

TSUTOMU N, MD, Ph.D; KAZUMITSU K, MD, Ph.D; TSUNEMI H, MD; NAOKI S, MD, Ph.D; JUN-ICHI U, MD, Ph.D.; DEPARTMENT OF SURGERY SAPPORO-KOEI GENERAL HOSPITAL, SAPPORO, JAPAN. WORLD J SURG 1996 OCT; 20: 996-1.000.

El desarrollo de procedimientos diagnósticos tales como la endoscopia y la radiografía de doble contraste han contribuido al diagnóstico temprano y, por consiguiente, al tratamiento precoz del cáncer gástrico con la correspondiente mejoría de la sobrevida global; estos procedimientos también han probado que algunos carcinomas del estómago están libres de metástasis y son candidatos a tratamientos menos extensos tales como el endoscópico o el de cirugía limitada.

Un método confiable de reconocimiento de metástasis ganglionares resulta indispensable para poder recomendar un tratamiento menos radical a un paciente con carcinoma gástrico temprano. Se estudiaron 1.137 pacientes con un foco primario inicial de la enfermedad para investigar la incidencia y distribución de la extensión ganglionar y correlacionarla con los otros hallazgos patológicos. La incidencia fue de 9.5% en total: 2.6% para carcinomas de la mucosa, y 16.5% para los submucosos, los cuales demostraron diferencias significativas. La incidencia de metástasis fue máxima en las lesiones del tipo macroscópico mixto, del tipo microscópico difuso y en las de gran tamaño. Los ganglios afecta-

dos se hallaron más frecuentemente ubicados en las cadenas perigástricas a lo largo de las curvaturas mayor y menor, y tal afección se correlacionó bien con la ubicación del tumor, con el tipo macroscópico deprimido/mixto, con la profundidad del cáncer y con la histología. Los carcinomas difusos mostraron la mayor capacidad de hacer metástasis a ganglios distantes. La distribución de los ganglios afectados en el carcinoma gástrico temprano fue similar a la del carcinoma avanzado, como ha sido informado previamente. Los carcinomas submucosos en la presente serie nunca tuvieron indicación de tratamientos nuevos extensos, tales como cirugía endoscópica o laparoscópica limitada. Estos carcinomas deben ser sometidos a cirugía estándar con gastrectomía combinada con disección ganglionar, especialmente de los ganglios de las estaciones 1 y 3-8. Los carcinomas de la mucosa, algunas veces afectan los ganglios perigástricos, y en tales casos son sometidos a gastrectomía y linfadenectomía de las estaciones 1 y 3-7. Los carcinomas de la mucosa de 10 mm o menos fueron negativos para metástasis ganglionares y pudieron ser apropiadamente considerados para modalidades de tratamiento menos extensas.