

DIVERSOS FACTORES PERMITEN PRONOSTICAR LA CONVERSION DE APENDICECTOMIA LAPAROSCOPICA A LAPAROTOMIA

Boston, EE.UU.

La edad mayor de 65 años, la hipersensibilidad difusa, la inexperiencia del cirujano y la presencia de anomalías significativas en la tomografía computada son pronósticos de la conversión a laparotomía de la apendicectomía laparoscópica.

Journal of the American College of Surgeons 194:298-305, 2002 - *SIIC*

Autores:

Liu SH, Siewert B, Raptopoulos V y Hodin RA

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Surgery, Beth Israel Deaconess Medical Center and Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, EE.UU.

Título original:

Factors Associated with Conversion to Laparotomy in Patients Undergoing Laparoscopic Appendectomy.

Título en castellano:

Factores Asociados con la Conversión a Laparotomía en Pacientes Sometidos a Apendicectomía Laparoscópica.

La apendicectomía abierta (AA) ha sido la operación convencional para el tratamiento de la apendicitis aguda por más de un siglo. Es en general una intervención simple con baja morbilidad y mortalidad casi nula. Desde su introducción en 1983, la apendicectomía laparoscópica (AL) se convirtió en una modalidad de popularidad creciente. Aunque todavía no existe consenso claro respecto a la última, metaanálisis de estudios aleatorizados y controlados sugieren que posee diversas ventajas sobre la técnica abierta. Así, el procedimiento se asocia con menos dolor postoperatorio, estadia hospitalaria más breve, recuperación más rápida, menores tasas de infecciones y mejores resultados estéticos. Sin embargo, la técnica también está asociada con mayores tiempos quirúrgicos y costos superiores. Por otra parte, el procedimiento por vía laparoscópica debe ser convertido a apendicetomía abierta en caso de complicaciones intraoperatorias o si la gravedad de la entidad no permite una disección laparoscópica segura. Debido a los inconvenientes asociados con esta conversión es necesario el desarrollo de criterios prequirúrgicos que asistan en la elección de la estrategia quirúrgica apropiada en cada caso. En la presente experiencia los autores evaluaron los indicadores prequirúrgicos que pueden ser de utilidad en el pronóstico de la conversión a la AA.

La experiencia comprendió el análisis retrospectivo de la información derivada de 595 pacientes sometidos a AL entre 1996 y 2000 en un centro norteamericano. Los factores analizados para determinar la asociación entre conversión de LA a AA incluyeron edad, sexo, índice de masa corporal, antecedentes de cirugía abdominal, apendicitis previa, dolor, náusea, vómitos, T_{max} (mayor temperatura prequirúrgica), duración de síntomas, hipersensibilidad al tacto local o difusa, recuento leucocitario, hallazgos en la tomografía computada y experiencia del cirujano.

El análisis reveló que la tasa de conversión ascendió al 9.7%. La incidencia de conversión de AL a AA fue significativamente superior en los pacientes con apéndice perforado (26.4%) respecto al resto de la muestra (8.1%). Los motivos más frecuentes de conversión incluyeron adhesiones densas por inflamación aguda (36.2%), perforación localizada (12.1%), peritonitis difusa (10.3%), seguidos por inflamación, necrosis, posición retrocecal, hemorragia, tumor, remoción parcial del apéndice, lesión intestinal, entre otros. La duración de la cirugía que requirió conversión fue de 114 minutos, tiempo que descendió a 62 minutos en la AL. La estadía hospitalaria también fue significativamente mayor en la primera (4.3 días) respecto a la segunda (1.6 días).

Por otra parte, el 6.7% de la muestra experimentó complicaciones tales como íleo postoperatorio, abscesos intraabdominales, neumonía, infección de la incisión, hematom o hemorragia intraperitoneal, dehiscencia, edema pulmonar, insuficiencia renal aguda, sepsis y obstrucción intestinal. La tasas de complicaciones en las cirugías que debieron ser convertidas y en la AL ascendieron al 20.7% y 5.2%, respectivamente. Por último, el análisis estadístico reveló que la edad mayor de 65 años, la presencia de hipersensibilidad difusa en el examen prequirúrgico, la inexperiencia del cirujano y la detección de hallazgos importantes en la tomografía computada constituyeron factores estadísticamente significativos de conversión. En base al modelo logístico final, los pacientes pueden ser clasificados en 16 grupos según la ausencia o presencia de estos 4 factores pronósticos. Los sujetos sin ninguno de los predictores tienen una probabilidad de conversión del 5.6%, valor que asciende al 98% entre quienes exhiben todos.

La presente clasificación permitirá la discriminación adecuada entre pacientes con escaso y alto riesgo de

conversión, aunque la validez del modelo propuesto requerirá ser probada prospectivamente, finalizan los autores.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué factor pronostica la conversión de apendicectomía laparoscópica a apendicectomía abierta?

- A. Obesidad*
- B. Hipertermia*
- C. Síntomas gastrointestinales*
- D. Edad mayor de 65 años*

Respuesta Correcta

BENEFICIOS DE LA QUIMIOTERAPIA PREVIA A LA RESECCION QUIRURGICA DEL CANCER ESOFAGICO

Londres, Reino Unido

En comparación con la cirugía sola, la quimioterapia prequirúrgica con cisplatino y fluorouracilo mejora la supervivencia general y libre de enfermedad de los pacientes con cáncer esofágico resecable.

The Lancet 359:1727-1733, 2002

Autores:

Bancewicz J, Clark PI, Smith DB y otros integrantes del Medical Research Council Oesophageal Cancer Working Party

Institución/es participante/s en la investigación:

MRC Clinical Trials Unit, Cancer Division, Londres, Reino Unido

Título original:

[Surgical Resection with or without Preoperative Chemotherapy in Oesophageal Cancer: A Randomised Controlled Trial

Título en castellano:

Resección Quirúrgica con Quimioterapia Preoperatoria, o sin Ella, en el Cáncer de Esófago: Un Ensayo Controlado Aleatorizado

Introducción

El pronóstico de los pacientes con cáncer esofágico que son sometidos a resección quirúrgica con intenciones curativas es malo, señalan los autores, ya que la supervivencia a 2 años se ubica entre el 20% y el 30%. En vista de las elevadas tasas de falla local y distal, existe gran interés en la combinación de quimioterapia sistémica y cirugía local. Existen evidencias crecientes de que el cáncer de esófago responde a los regímenes de quimioterapia combinados que incluyen cisplatino. Los autores llevaron a cabo un estudio aleatorizado para comparar la resección quirúrgica sola o combinada con quimioterapia preoperatoria (cisplatino y fluorouracilo) y para determinar si esta última prolonga la supervivencia y si afecta la disfagia y el estado funcional.

Métodos

El estudio incluyó pacientes con cáncer de esófago, no tratado previamente, que se considerara resecable. Se incluyeron tumores de los tercios superior, medio e inferior del esófago y del cardias, pero no tumores poscricoides. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a quimioterapia prequirúrgica seguida de resección quirúrgica (grupo QC) o a cirugía sola (grupo C). La quimioterapia consistió de 2 ciclos de 4 días con infusión intravenosa de cisplatino (80 mg/m²) en el día 1 e infusión continua de fluorouracilo (1 g/m² por día) en los 4 días. El intervalo entre ciclos fue de 3 semanas. En los pacientes del grupo QC la cirugía se llevó a cabo entre la tercera y la quinta semana luego de iniciado el segundo ciclo, mientras que en los pacientes del grupo C la cirugía se llevó a cabo tan pronto como fue posible luego de la asignación aleatoria. El médico tratante decidió si aplicar o no radioterapia externa, con la condición de que si decidía usar este tratamiento debía aplicarlo a todos los pacientes que le fueran asignados. Los parámetros de evaluación fueron el tiempo de supervivencia (parámetro primario) y la disfagia y el estado funcional (secundarios). Los pacientes fueron evaluados antes del tratamiento, cada 3 meses durante el primer año y luego cada 6 meses hasta el fallecimiento.

Resultados

El estudio incluyó 400 pacientes asignados al grupo QC y 402 asignados al grupo C. Las características de ambos grupos eran similares: casi un tercio eran menores de 60 años, las tres cuartas partes eran varones, 2 tercios tenían tumores en el tercio esofágico inferior y 2 tercios tenían adenocarcinoma. Se contó con datos de la quimioterapia de 389 integrantes del grupo QC, de los que 350 recibieron ambos ciclos. Se disponía de datos de la cirugía en 392 pacientes del grupo QC y 399 del grupo C. El tiempo promedio entre la asignación aleatoria y la cirugía fue de 63 días y 16 días, respectivamente. Se aplicó radioterapia prequirúrgica al 9% de los integrantes de cada grupo. El 3% de los pacientes del grupo QC (13 casos) fallecieron antes de la cirugía, mientras que esto sólo ocurrió en 2 pacientes del grupo C. La frecuencia de muertes en los primeros 30 días posteriores a la cirugía fue similar en ambos grupos (10%), y lo mismo sucedió con la tasa de complicaciones posquirúrgicas (41% en el grupo QC, 42% en el grupo C). En total se produjeron 596 muertes durante el estudio. El seguimiento medio de los sobrevivientes fue de 36.9 meses en el grupo QC y de 37.9 meses en el grupo C. La supervivencia general fue mayor en el grupo QC que en el grupo C (riesgo relativo 0.79). La supervivencia mediana fue de 512 días y 405 días, respectivamente, y la tasa de supervivencia a 2 años fue 43% y 34%, respectivamente. La supervivencia libre de enfermedad también fue mayor en el grupo QC (riesgo relativo 0.75). El efecto de la quimioterapia no varió en función de la histología, la edad, el sexo, la localización del tumor, la disfagia o el estado

funcional. El efecto del tratamiento sobre la supervivencia general no se modificó al remover del análisis los 74 pacientes que recibieron radioterapia. Al año de seguimiento la disfagia había mejorado en el 96% de los pacientes del grupo QC y el 27% de los del grupo C. El estado funcional había mejorado en el 4% y el 6% de los casos, respectivamente.

Discusión

Este estudio demuestra que 2 ciclos de quimioterapia con cisplatino y fluorouracilo mejoran la supervivencia general y libre de enfermedad de los pacientes con cáncer esofágico resecable en comparación con la cirugía sola. El beneficio fue similar en los tumores escamosos y los adenocarcinomas. En los pacientes que recibieron quimioterapia fue más frecuente la resección quirúrgica completa, y los especímenes resecados exhibieron menor extensión en el tejido circundante y menor compromiso ganglionar. El régimen de quimioterapia utilizado fue altamente aceptable para los pacientes e hicieron falta pocos cambios por efectos tóxicos; la terapia mejoró sustancialmente la disfagia antes de la cirugía. Los hallazgos del presente estudio, concluyen los autores, sugieren que debe considerarse el uso de quimioterapia prequirúrgica en pacientes con cáncer de esófago resecable.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué efecto tiene la quimioterapia prequirúrgica sobre la evolución posquirúrgica de los pacientes con cáncer esofágico?

- A. Incrementa la supervivencia general.*
- B. Reduce la supervivencia general.*
- C. Reduce la supervivencia libre de enfermedad.*
- D. Reduce la tasa de complicaciones quirúrgicas.*

Respuesta Correcta

VENTAJAS DE LA NEFRECTOMIA LAPAROSCOPICA DE DONANTES VIVOS

Leicester, Reino Unido

El donante vivo de un riñón tiene menos dolor posquirúrgico, hospitalización más breve y retorno más rápido a las actividades normales luego de la nefrectomía laparoscópica en comparación con la nefrectomía abierta estándar.
Postgraduate Medical Journal 78:153-157, 2002

Autores:

Waller JR, Hiley AI, Mullin EJ y colaboradores.

Institución/es participante/s en la investigación:

University Division of Transplant Surgery, Leicester General Hospital NHS Trust, Leicester, Reino Unido.

Título original:

[Living Kidney Donation: A Comparison of Laparoscopic and Conventional Open Operations]

Título en castellano:

Donación de Riñones No Cadavéricos: Una Comparación entre Cirugías Laparoscópicas y Convencionales

Introducción

Aunque el trasplante es aceptado como la mejor forma de reemplazo renal su uso se ha restringido debido a la escasez de órganos cadavéricos adecuados. Una respuesta a este problema ha sido el aumento de los trasplantes con órganos provenientes de donantes vivos. El abordaje abierto tradicional para la nefrectomía del donante se realiza con una incisión extraperitoneal en un flanco, lo cual deja una herida significativa que puede significar un período de recuperación relativamente prolongado. Sin duda, esto desalienta a los posibles donantes. Actualmente es posible realizar la nefrectomía del donante con asistencia laparoscópica, lo que podría hacer que la donación en vida fuera una opción más atractiva.

El objetivo del presente estudio fue comparar la tasa de recuperación posquirúrgica de los donantes luego de la nefrectomía abierta convencional y la nefrectomía laparoscópica.

Métodos

El estudio incluyó 34 nefrectomías abiertas (NA) realizadas en el Leicester General Hospital entre 1994 y 1998, y 20 nefrectomías laparoscópicas (NL) efectuadas en el mismo centro entre 1998 y 2000. Todos los donantes recibieron un sistema de administración de analgésicos controlado por el paciente (SACP), el cual permitía dispensar dosis en bolo de morfina de 1 mg. El SACP era interrumpido cuando el enfermo estaba en condiciones de lograr la analgesia con medicación oral. Se solicitó a los pacientes que calificaran su dolor cada hora mediante una escala entre 0 (sin dolor en reposo o en movimiento) y 4 (dolor continuo en reposo y dolor grave en movimiento). Los datos de cada paciente fueron obtenidos de las bases computarizadas, la revisión retrospectiva de notas y por entrevistas telefónicas.

Resultados

Las 20 NL se completaron con éxito y no fue necesaria su conversión a NA ni la transfusión de sangre. No se registraron muertes en ninguno de los grupos, pero un donante del grupo NA requirió reoperación a causa de una hemorragia reaccionaria debida al deslizamiento de una ligadura. Otro paciente del mismo grupo sufrió un gran neumotórax de lado izquierdo. Dos pacientes del grupo NL tuvieron escasa saturación de oxígeno en el posoperatorio inmediato y las radiografías de tórax demostraron congestión pulmonar unilateral. En ambos casos, la cirugía había durado más de 3 horas y el pulmón afectado fue el más dependiente durante la operación. El tiempo medio transcurrido en la sala de operaciones fue unos 60 minutos más prolongado para los pacientes sometidos a NL (215 minutos Vs. 155 minutos).

La duración media de la internación hospitalaria resultó significativamente inferior en el grupo NL (4.1 ± 1.0 días Vs.

6.0 ± 1.8 días). Este grupo tuvo también un menor requerimiento de analgésicos parenterales (dosis total de morfina 67 ± 54 mg Vs. 179 ± 108 mg), un menor puntaje de dolor (1.1 ± 0.6 Vs.

1.7 ± 0.6) y una menor duración de uso de SACP (40 ± 13 horas Vs.

64 ± 18 horas). Los donantes sometidos a NL retornaron al trabajo y comenzaron a conducir y a realizar

ejercicios más tempranamente que los donantes sometidos a NA.

Dos pacientes sufrieron dolor prolongado en la incisión luego de la NA; esta complicación no se observó en ningún donante sometido a NL. Un trasplante realizado con un riñón obtenido por NA se complicó con disfunción primaria por trombosis arterial intraoperatoria, 15 minutos después de la revascularización.

En otros 2 trasplantes posteriores a NA se observó retraso de la función del órgano trasplantado; esto también ocurrió en 1 órgano obtenido por NL. No hubo disfunción primaria en los trasplantes posteriores a NL. No se registraron complicaciones urológicas en los trasplantes posteriores a NA, pero hubo complicaciones en el uréter en 2 órganos obtenidos por NL.

Se diagnosticó rechazo agudo en el 44% de los trasplantes posteriores a NA y el 45% de los posteriores a NL. La creatinina sérica postrasplante declinó más rápidamente en los trasplantes posteriores a NA que en los posteriores a NL. Sin embargo, para el día 14 la creatinemia era similar en ambos grupos de trasplantes. La supervivencia del trasplante a un año fue del 97% para los órganos obtenidos por NA y del 95% para los obtenidos por NL.

Discusión

Este estudio, señalan los autores, sugiere que la NL del donante tiene una serie de ventajas sobre la NA. La gravedad y duración del dolor posquirúrgico es menor, la hospitalización más breve y el retorno a las actividades normales y al trabajo más rápido luego de la NL. La principal preocupación respecto de la NL es que el riñón se dañe durante la cirugía, lo cual podría significar cierta morbilidad para el receptor.

En los trasplantes de riñones obtenidos por NL la reducción inicial de la creatinemia fue más lenta que en los trasplantes posteriores a NA. Esto podría deberse a un período isquémico caliente más prolongado del riñón durante su extracción del abdomen por NL. Cualquiera sea la causa, la función de los órganos trasplantados en el largo plazo fue igual para ambos métodos de extracción.

Los informes sobre las primeras experiencias de NL señalan una mayor incidencia de complicaciones ureterales en el órgano extraído, lo cual resulta preocupante. Las 2 complicaciones ureterales registradas en el presente estudio no parecen haberse debido a daño vascular durante la NL. Esta técnica se asociará inevitablemente con una curva significativa de aprendizaje quirúrgico; de modo que es importante que el procedimiento sólo sea realizado por profesionales experimentados con las técnicas laparoscópicas avanzadas. Las primeras experiencias obtenidas con la NL, concluyen los expertos, sugieren claramente que esta técnica podría constituir un gran avance en el trasplante renal.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué ventaja presenta la nefrectomía laparoscópica del donante vivo respecto de la nefrectomía estándar?

- A. Una menor duración de la nefrectomía.*
- B. Una menor tasa de rechazo agudo del riñón trasplantado.*
- C. Una mayor supervivencia del trasplante a largo plazo.*
- D. Un retorno más rápido del donante a las actividades normales.*

Respuesta Correcta