

## RECOMIENDAN RESTRINGIR LA HIDRATACION PARENTERAL POSQUIRURGICA

Nottingham, Reino Unido

**La restricción de sodio y de agua luego de la hemicolectomía para lograr un balance hídrico cercano a cero redundando en una recuperación más rápida de la función gastrointestinal.**

**The Lancet** 359:1812-1818, 2002

**Autores:**

Lobo DN, Bostock KA, Neal KR y colaboradores

**Institución/es participante/s en la investigación:**

Section of Surgery, Department of Public Health Medicine and Epidemiology, Department of Medical Physics, and Clinical Nutrition Unit, University Hospital, Queen's Medical Centre, Nottingham, Reino Unido

**Título original:**

[Effect of Salt and Water Balance on Recovery of Gastrointestinal Function after Elective Colonic Resection: A Randomised Controlled Trial]

**Título en castellano:**

Efecto del Equilibrio de Sales y Agua sobre la Recuperación de la Función Gastrointestinal luego de la Resección Colónica Electiva: Un Ensayo Aleatorizado Controlado

### Introducción

Las observaciones clínicas de los autores en pacientes derivados para soporte nutricional posquirúrgico sugieren que la eliminación del edema produce un aumento en la concentración sérica de albúmina y, en algunos casos, un retorno más rápido de la función gastrointestinal. En un estudio en perros, comentan, la inducción de hipoalbuminemia incrementó entre 6 y 7 veces el tiempo de vaciado gástrico, el cual fue normalizado luego por restricción de sales y de agua o por un consumo elevado de proteínas. El objetivo del presente estudio fue evaluar si la restricción de la infusión salina posquirúrgica, para lograr un balance hidrosalino cercano a cero, podría redundar en una restauración más temprana de la función gastrointestinal.

### Métodos

El estudio incluyó pacientes que debían ser sometidos a hemicolectomía a raíz de un cáncer. No se incluyeron enfermos con deterioro de la función renal, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus, ascitis, metástasis peritoneales ni anemia, o que recibieran drogas que afectan la motilidad gastrointestinal.

Veinte pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir, luego de la cirugía, tratamiento estándar o restricción de sales y de agua. En el primer grupo, la hidratación parenteral consistió de al menos 154 mmol de sodio y 3 l de agua por día, mientras que en el segundo grupo fue menor a 77 mmol y 2 l, respectivamente. Los pacientes de ambos grupos recibieron entre 40 y 60 mmol de potasio por día a partir del segundo día del posoperatorio.

Durante la cirugía la hidratación parenteral fue manejada por los anestesiólogos, quienes desconocían la asignación del paciente. Una vez terminada la cirugía, la hidratación de los enfermos asignados a restricción fue controlada por los investigadores.

Los puntos finales primarios fueron los tiempos de vaciado gástrico de sólidos y líquidos en el cuarto día del posoperatorio. Para ello, los pacientes recibieron sólidos marcados con <sup>99m</sup>Tc y agua marcada con <sup>111</sup>In. Se midieron las concentraciones plasmáticas de colecistoquinina, péptido YY y motilina mediante radioinmunoensayo.

### Resultados

La pérdida media de sangre durante la cirugía fue de 275 ml en el grupo bajo hidratación restringida y de 238 ml en el grupo de hidratación estándar. Ningún paciente recibió transfusiones y el tiempo quirúrgico

total no superó las 2 horas en ningún caso.

Aunque la infusión media de sodio y de agua durante la cirugía fue similar en ambos grupos, luego de la cirugía tales infusiones fueron significativamente mayores en el grupo de hidratación estándar. Los pacientes de este último grupo tuvieron también un mayor equilibrio positivo acumulado de sodio (750 Vs. 80 mmol) y agua (3.7 l Vs. 0.2 l, luego de ajustar por pérdidas insensibles estimadas). Los pacientes con hidratación restringida fueron capaces de beber más líquido que aquellos en terapia estándar, pero el ingreso total de líquidos (intravenoso y oral) fue mayor en este último grupo. Ninguno de los pacientes del grupo bajo restricción necesitó aporte de sales o líquidos más allá de lo indicado en el régimen respectivo. La dosis media de morfina no difirió entre los grupos durante los primeros 4 días del posoperatorio. Los tiempos medios de vaciado gástrico de sólidos y líquidos medidos al cuarto día fueron significativamente mayores en el grupo de tratamiento estándar que en el de hidratación restringida. La diferencia entre medias fue de 56 minutos para los sólidos y de 52 minutos para los líquidos. Los pacientes del grupo bajo restricción tuvieron mejores puntos finales secundarios que los del grupo estándar, incluyendo una menor duración media de la internación (6.0 días Vs. 9.0 días), la aparición más temprana de las primeras heces (a los 4.0 y 6.5 días, respectivamente) y una interrupción más temprana de la hidratación parenteral (a los 4.0 y 6.0 días, respectivamente). Los efectos secundarios y las complicaciones fueron menos frecuentes en el grupo bajo hidratación restringida (1 caso Vs. 7 casos). No hubo diferencias entre los grupos en los cambios porcentuales de péptido YY, colecistoquinina y motilina respecto de los valores prequirúrgicos.

### Discusión

En algunos centros médicos, señalan los autores, se sigue indicando hidratación con 3 litros de líquidos y 154 mmol de sodio diarios luego de la cirugía, aun en pacientes sin complicaciones. Los resultados del presente estudio indican que la adherencia a ese régimen lleva a una acumulación progresiva de sal y de agua en el posoperatorio temprano. Al cuarto día luego de la cirugía, el balance hídrico era positivo (3 litros) en el grupo de hidratación estándar y era cero en el grupo de hidratación restringida. A pesar de la restricción, ninguno de los pacientes de este último grupo se tornó oligúrico ni tuvo uremia superior a lo normal. La concentración sérica de hormonas gastrointestinales no difirió entre los grupos, lo cual sugiere que el retardo en el vaciado gástrico en el grupo con terapia estándar podría deberse a un efecto mecánico del edema gastrointestinal producido por el exceso de sales y de agua.

Las diferencias entre ambos grupos respecto de la función gastrointestinal posquirúrgica, las complicaciones y la duración de la hospitalización no pueden adjudicarse a diferencias en la gravedad de la enfermedad, la duración de la cirugía, la pérdida de sangre o la administración de opiáceos. Los hallazgos del presente estudio, concluyen los autores, también pueden tener relevancia en el deterioro del vaciado gástrico en pacientes gravemente enfermos bajo asistencia respiratoria mecánica, en los que también se usan grandes cantidades de líquido para la resucitación.

## Autoevaluación de Lectura

---

**¿Qué efecto produce la restricción en la hidratación parenteral luego de la hemicolectomía?**

- A. Requerimiento de una internación más prolongada.*
- B. Restauración más rápida de la función gastrointestinal.*
- C. Mayor incidencia de uremia elevada.*
- D. Aparición más tardía de las primeras heces.*

[Respuesta Correcta](#)

## **VENTAJAS E INCONVENIENTES DEL TRASPLANTE HEPATICO DE DONANTES VIVOS**

Denver, EE.UU.

**Los autores analizan las principales ventajas y dudas acerca del trasplante de hígado a partir de un donante vivo en relación con los resultados obtenibles con el trasplante de un órgano cadavérico.**

**The New England Journal of Medicine 346(14):1074-1082, 2002**

**Autores:**

Trotter JF, Wachs M, Everson GT y colaboradores

**Institución/es participante/s en la investigación:**

Division of Gastroenterology and Hepatology and the Division of Transplant Surgery, University of Colorado Health Sciences Center, Denver, EE.UU.

**Título original:**

[Adult-to-Adult Transplantation of the Right Hepatic Lobe from a Living Donor]

**Título en castellano:**

Trasplante entre Adultos del Lóbulo Derecho del Hígado de un Donante Vivo

---

### **Introducción**

El trasplante del lóbulo derecho del hígado de un donante vivo es un procedimiento cada vez más frecuente en pacientes seleccionados con patología hepática terminal. La desproporción en el incremento de la demanda de órganos -en la última década el número de enfermos en espera de un hígado aumentó casi 8 veces- ha motivado la búsqueda de nuevas alternativas de trasplante a la convencional de órganos cadavéricos. La discrepancia señalada ha provocado un considerable aumento de la cantidad de días en lista de espera. Se estima que cada año muere aproximadamente el 10% de los pacientes en espera de un hígado; muchos otros fallecen, antes de ser trasplantados, porque el deterioro clínico es tal que dejan de ser candidatos para el trasplante.

El trasplante de una parte del hígado, una de las múltiples estrategias probadas, se ha transformado en los últimos años en una importante alternativa.

### **Antecedentes del trasplante de hígado de donante vivo**

El primer trasplante exitoso de este tipo se realizó en 1989, oportunidad en la cual el receptor recibió el lóbulo izquierdo del órgano de un donante vivo. La técnica fue fundamentalmente desarrollada en Asia, región en la cual por motivos culturales no es posible el trasplante de órganos cadavéricos. En otros países el procedimiento se ha realizado con mucha menor frecuencia.

Entre 1990 y 1996 la Red de Trasplante (UNOS) registró 60 procedimientos de este tipo, lo cual representa aproximadamente un 1% de todos los trasplantes hepáticos. El procedimiento fue aplicado fundamentalmente en niños que recibían el trasplante del lóbulo izquierdo del hígado (o algunos de sus segmentos) proveniente de un progenitor. En EE.UU. los primeros intentos datan de la década del '90, aunque sin éxito importante. El lóbulo izquierdo no parece tener el tamaño suficiente para la mayoría de los pacientes de ese país, físicamente de mayor contextura que los asiáticos. Por lo tanto, la evolución habitualmente no ha sido favorable.

El primer trasplante del lóbulo derecho del hígado se realizó en 1994 en Japón y el primero efectuado exitosamente en EE.UU. data de 1997. El perfeccionamiento de la técnica y la evolución favorable de los enfermos hizo que el procedimiento se expandiera rápidamente. En los 5 años siguientes el número de individuos en quienes se trasplantó el lóbulo derecho del hígado a partir de un donante vivo ha mostrado un importante incremento.

### **Selección de dadores y receptores**

Una de las principales ventajas de este abordaje se refiere a la reducción sustancial del tiempo de espera. En enfermos con patología hepática descompensada, el menor tiempo de espera reduce el riesgo de muerte o de evolución a un estado en el cual ya no es posible el trasplante.

Otra ventaja radica en que el abordaje puede ser apropiadamente programado, a diferencia del trasplante de hígados cadavéricos.

Además, el donante vivo puede ser sometido a una amplia batería de estudios para descartar enfermedad hepática u otras situaciones que anulen la posibilidad de donación. Los órganos cadavéricos, en cambio,

se obtienen de enfermos que fallecieron a causa de una enfermedad grave; la función del órgano en estos casos pudo haberse comprometido por ventilación mecánica prolongada, hipotensión y utilización de fármacos vasopresores.

Por último, señalan los autores, el tiempo de isquemia en frío (período que transcurre entre la remoción del hígado del donante y el implante en el receptor) se reduce significativamente en el caso de trasplante de donante vivo; de 8 a 12 horas a una hora o menos, respectivamente. Este hecho reviste gran importancia, siendo que la isquemia fría prolongada se asocia con mayor incidencia de complicaciones y de disfunción del injerto.

No obstante, el procedimiento también presenta ciertas desventajas que deben ser analizadas. Aunque aún no se conoce con precisión la evolución del donante y del receptor a largo plazo, algunas investigaciones iniciales sugieren una mayor frecuencia de complicaciones biliares en receptores de órganos de donantes vivos.

El receptor de un órgano de un donante vivo debe reunir los criterios establecidos por la UNOS, dada la posibilidad de ejecución de un trasplante de órgano cadavérico si fracasa el injerto de un donante vivo. La evaluación inicial es idéntica en ambos casos, aunque no todos los individuos pasibles de ser sometidos a trasplante de órgano cadavérico son aptos para recibir el lóbulo hepático de un dador vivo. Los mejores candidatos son los enfermos que requieren un trasplante urgente, debido a que tienen una elevada posibilidad de muerte antes de que esté disponible un órgano cadavérico. En pacientes con insuficiencia hepática aguda, la evolución fatal ocurre en unos pocos días o semanas. En estos casos se ha efectuado exitosamente el trasplante de órgano a partir de un donante vivo.

Sin embargo, añaden los especialistas, la mayor parte de los procedimientos a partir de donantes vivos ocurre en sujetos con hepatopatía crónica descompensada. En este grupo, los pacientes que tienen mayor urgencia son aquellos con 10 puntos o más en la escala Child-Turcotte-Pugh, hepatoma pequeño (estado UNOS 2B) o ambos factores. Estos pacientes tienen un riesgo elevado de fallecer antes de que pueda llevarse a cabo el trasplante convencional.

La evidencia hasta la fecha sugiere que el trasplante hepático de donante vivo se asocia con mayor morbilidad y mortalidad en receptores que requieren asistencia continua en salas de cuidados intensivos en comparación con receptores de órganos cadavéricos.

Aún se discute si los pacientes con enfermedad hepática crónica y estable deben ser rutinariamente evaluados para recibir el órgano de un donante vivo. En algunos centros esto no se efectúa porque se considera que los riesgos para el donante superan los beneficios potenciales del receptor. En otros servicios, en cambio, los sujetos en estado 3 son rutinariamente evaluados para trasplante de órgano de donante vivo, puesto que consideran que estos enfermos son los que presentan mayor posibilidad de evolución favorable. Además, el trasplante previo a la descompensación de la enfermedad reduce el riesgo de muerte antes del procedimiento. La decisión de considerar esta estrategia depende de la experiencia y del criterio del equipo.

Los autores señalan que, en su institución, aproximadamente la mitad de los enfermos pasibles de trasplante de órgano de donante vivo no es evaluada por la presencia de enfermedades médicas subyacentes importantes o situaciones quirúrgicas. Las razones incluyen edad avanzada, obesidad mórbida o trasplante previo.

El donante debe tener entre 18 y 60 años, el mismo grupo sanguíneo, no presentar patologías médicas graves y tener una fuerte relación afectiva con el receptor. Los dadores potenciales se evalúan en forma progresiva para eliminar lo antes posible a los que no son aptos. En primer lugar se tiene en cuenta la edad, sexo, talla, peso, parentesco con el receptor, tipo sanguíneo, tratamiento actual y antecedentes médicos, psiquiátricos y quirúrgicos. En caso de que esta primera fase indique que el donante es apto, siguen estudios más complejos. Los expertos señalan que en su servicio el 60% de los potenciales donantes es definitivamente aceptado.

La evaluación requiere tiempo y es costosa, por lo que los individuos no aptos para donación deben ser identificados lo antes posible. Un estudio reciente sugirió que el índice de masa corporal es uno de los factores de mayor importancia en este sentido. De hecho, Rinella y colaboradores observaron que el 76% de los potenciales donantes con un índice de masa corporal superior a 28 tiene esteatosis hepática sustancial. Debido a que dichos órganos no funcionan correctamente después del trasplante, los dadores con ese índice de masa corporal deben ser excluidos desde el principio.

### **Técnica quirúrgica**

El procedimiento sólo debe ser realizado por un equipo con amplia experiencia en cirugía hepatobiliar y trasplante hepático. La lobectomía derecha se efectúa mediante una incisión subcostal. Se debe realizar colangiografía intraoperatoria para definir precisamente la anatomía de las vías biliares. La arteria hepática, la vena porta y la vena hepática derechas se aíslan y el lóbulo se extrae completamente; a su

vez, se efectúa hepatectomía en el receptor. Después de la intervención el injerto presenta regeneración importante; se ha observado que su volumen aumenta en un 87% en los 7 días siguientes al trasplante.

El remanente hepático en el dador duplica su volumen una semana después de la lobectomía.

#### **Evolución del donante y del receptor**

La sobrevida a corto plazo es similar a la que se obtiene con el trasplante de órgano cadavérico. En EE.UU. y Europa el índice de sobrevida está entre el 86% y 88%, semejante al que se logra después del trasplante cadavérico. El espectro de complicaciones también es similar; las más importantes asociadas con el trasplante a partir de un donante vivo son las biliares, que afectan a un 15% a 32% de los enfermos y son más frecuentes que en los trasplantes de órganos cadavéricos. Aun con un procedimiento quirúrgico meticuloso, puede haber derrame de bilis, causa de infección grave que demanda nueva cirugía.

El riesgo exacto de complicaciones en el donante aún no se conoce con certeza, pero el derrame biliar también parece ser la complicación más frecuente. Además, entre un 9% y 19% tiene complicaciones relacionadas con la cirugía abdominal mayor, como infección de la herida, obstrucción del intestino delgado y hernia. Una investigación reciente reveló que la calidad de vida del donante a largo plazo no difiere y que el 96% vuelve a sus ocupaciones habituales luego de un promedio de 10 semanas; el 71% refirió síntomas abdominales menores. La mayor preocupación en relación con los donantes vivos está relacionada con el riesgo de muerte, del 0.28%.

#### **Perspectiva futura y controversias**

Si bien la demanda de este tipo de procedimiento seguramente aumentará progresivamente, el número de centros con posibilidad de llevarlo a cabo es pequeño. En una editorial reciente, Cronin y colaboradores refirieron que sólo 7 de 22 centros habían efectuado este tipo de trasplante en más de 10 oportunidades, lo cual coloca a la mayoría de los servicios en una situación no óptima para realizar la operación, peligrosa y complicada. La relación entre riesgo (del donante) y beneficio (del receptor) deberá evaluarse en el futuro, considerando no sólo los criterios establecidos por organizaciones especiales sino también los deseos de los familiares de pacientes con hepatopatía terminal.

## **Autoevaluación de Lectura**

---

**¿En qué consiste actualmente el trasplante de hígado de donante vivo en la mayoría de los países?**

- A. Trasplante de la mitad del lóbulo izquierdo.*
- B. Trasplante de todo el lóbulo izquierdo.*
- C. Trasplante del lóbulo derecho.*
- D. Depende de la edad del receptor.*

Respuesta Correcta

## PRONOSTICO DE LAS RECIDIVAS LOCORREGIONALES LUEGO DE LA TERAPIA CONSERVADORA DEL CANCER DE MAMA

Barcelona, España.

**La recidiva local después del tratamiento conservador del cáncer de mama tiene un pronóstico excelente y es abordable quirúrgicamente con mastectomía en la mayoría de los casos.**

**Medicina Clínica (Barc)** 118(5):161-165, 2002

**Autores:**

Fuentes Raspall MJ, Piedrafita Serra E, Isern Verdum J y colaboradores

**Institución/es participante/s en la investigación:**

Servicios de Oncología Radioterápica, Cirugía General, Oncología Médica, Radiodiagnóstico, Ginecología y Obstetricia, Anatomía Patológica, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

**Título original:**

[Recidivas Locorregionales Tras el Tratamiento Conservador del Cáncer de Mama en Estadios I y II]

**Título en castellano:**

Recidivas Locorregionales Tras el Tratamiento Conservador del Cáncer de Mama en Estadios I y II

---

### **Introducción**

La cirugía conservadora seguida de radioterapia es una alternativa a la mastectomía en el cáncer de mama en estadios I y II. La estrategia es aplicable a lesiones no palpables de hasta 4 cm diagnosticadas por mamografía, tumores palpables inferiores o iguales a 4 cm en su diámetro mayor, sin adenopatías palpables en axila homolateral, y a tumores palpables inferiores o iguales a 4 cm con adenopatías palpables móviles.

En la presente experiencia los autores analizaron las recidivas locorregionales y sus características y compararon la evolución y pronóstico de los diferentes tipos de recidiva según el lugar de aparición.

### **Métodos**

Fueron evaluados 489 pacientes tratadas entre 1987 y 1993. Las pacientes incluidas en el análisis presentaban tumores de hasta 4 cm en su diámetro mayor, sin adenopatías homolaterales palpables o palpables no fijas y sin metástasis a distancia.

La terapia consistió en la tumorectomía amplia con vaciamiento ganglionar axilar homolateral y radioterapia posquirúrgica, con una dosis de 50 Gy en toda la mama y una sobredosis en el lecho tumoral (16 a 20 Gy). La radioterapia en las áreas ganglionares se aplicó en tumores ubicados en cualquier cuadrante con vaciamiento de al menos 6 ganglios axilares y en los vaciamentos ganglionares con 10 ganglios o más.

La quimioterapia se administró desde 1989 a pacientes con ganglios positivos y a mujeres con ganglios negativos y factores de riesgo de recidiva (tumor mayor de 2 cm y grado histológico III, receptores hormonales y citometría de flujo). El seguimiento comprendió exploración física locorregional cada 6 meses, radiología torácica y mamografía bilateral anuales. Las recidivas locorregionales se clasificaron como de mama exclusivamente o local y locorregional que incluyeron a las axilares con recidiva mamaria o sin ella.

La recidiva se diagnosticó mediante exploración física, mamografía o ambas y el diagnóstico histológico fue confirmado mediante biopsia. Las recidivas locales fueron tratadas mediante mastectomía y posterior tratamiento sistémico. En los casos de recidiva locorregional con compromiso mamario o sin él se practicó biopsia y exéresis de la adenopatía. En los casos de recidiva axilar se practicó resección de la recidiva ganglionar con tratamiento sistémico en todos los casos seguido de radioterapia en las áreas ganglionares afectadas y no irradiadas con anterioridad. Los autores analizaron las diferencias entre los grupos con recidiva local y locorregional respecto de las características del tumor primario, edad, estado hormonal, intervalo libre de recidiva y supervivencia global y sin enfermedad.

### **Resultados**

En la presente serie la tasa de recidivas posterior al tratamiento conservador del cáncer de mama en estadios I y II ascendió a 7.15%, el 3.06% de carácter local. Las recidivas locorregionales fueron diagnosticadas por exploración física en el 80% de los casos. La mamografía de control diagnosticó el 20% de las lesiones no palpables sospechosas de malignidad, las cuales fueron confirmadas por biopsia positiva.

En el 60% de los casos el médico detectó la recidiva, dado que se trató de lesiones palpables en mama o áreas ganglionares; en el 20% la paciente notó una tumoración o nódulo. El 42.85% de las 35 recidivas locorregionales se detectó en mama, el 17.14% en mama y áreas ganglionares y el 40% en las áreas regionales. El total de recidivas en mama fue de 21 casos (60%), el 46.8% de tipo II. Las recidivas ganglionares en axila y fosa supraclavicular se presentaron con igual frecuencia, del 1.22%. De las 15 pacientes con recidivas en mama, 14 se encuentran libres de enfermedad; la otra desarrolló recidiva inflamatoria y falleció por diseminación metastásica.

Por otra parte, las 20 mujeres con recidivas locorregionales presentaron distintas respuestas al tratamiento. Así, 15 pacientes fallecieron debido a progresión de la enfermedad; el resto no desarrolló metástasis a distancia hasta el momento del último control. El análisis estadístico reveló que el grado histológico III recidivó con mayor frecuencia a nivel ganglionar y que la presencia de invasión linfática y vascular presentaron mayor tendencia a la recidiva ganglionar. No se observó influencia de la edad, estado hormonal y compromiso ganglionar, aunque la edad del grupo con recidiva en mama fue inferior a la del grupo con recidiva locorregional.

El estudio de los márgenes de resección del tumor demostró que fue inferior a 0.5 cm en el 13.3% de las recidivas en mama y en el 20% en las locorregionales. La media de ganglios extirpados por vaciamiento ganglionar no difirió entre grupos. Tres mujeres con recidiva en mama desarrollaron neoplasia en mama contralateral a los 3, 6 y 10 años. La experiencia reveló diferencia significativa en el intervalo libre de enfermedad desde el primer tratamiento entre la recidiva locorregional y la local, de 20 y 45 meses, respectivamente. Por último, la supervivencia global del grupo con recidiva locorregional fue de 46 meses desde el diagnóstico, inferior a la del otro grupo de 115 meses.

### **Conclusión**

Los autores obtuvieron buen control local global del cáncer de mama en estadios I y II con el tratamiento conservador. La recidiva local tiene un pronóstico excelente y es abordable quirúrgicamente con mastectomía en la mayoría de los casos. La recidiva ganglionar acompañada o no de recidiva en mama cursa con peor pronóstico, con diferencias significativas en la supervivencia. Es necesario un tratamiento multidisciplinario para abordar la recidiva locorregional en general y la ganglionar en particular, debido a que cirugía, quimioterapia ni radioterapia aisladas fueron capaces de conseguir el control de la enfermedad.

## **Autoevaluación de Lectura**

---

**¿Qué factor está asociado de manera significativa con la recidiva ganglionar posterior al tratamiento conservador del cáncer de mama en estadios I y II?**

- A. Grado histológico.*
- B. Edad de la paciente.*
- C. Estado hormonal.*
- D. Invasión vascular.*

Respuesta Correcta

## ESTUDIAN LA EVOLUCION DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA PROGRAMADA

Vancouver, Canadá

**La valoración de las modificaciones en la calidad de vida luego de cirugías programadas puede aportar valiosa información y contribuir a redefinir el proceso de indicación y selección para cirugía.**

**Canadian Medical Association Journal 167(5):461-466, 2002**

**Autores:**

Wright CJ, Chambers GK y Robens-Paradise Y

**Institución/es participante/s en la investigación:**

Centre for Clinical Epidemiology and Evaluation, Vancouver Hospital and Health Sciences Centre, Vancouver, Canadá

**Título original:**

[Evaluation of Indications for and Outcomes of Elective Surgery]

**Título en castellano:**

Evaluación de las Indicaciones para Cirugía y de la Evolución de Operaciones Programadas

---

### Introducción

La conveniencia de las cirugías programadas ha provocado un extenso debate en el ambiente médico. Cualquiera sea la serie considerada, se ponen de manifiesto grandes variaciones en los índices de intervención ajustados por edad y por sexo, lo cual complica enormemente la posibilidad de obtener conclusiones definitivas y comparativas. Uno de los aspectos más llamativos es la escasa importancia que se le ha prestado a la calidad de vida (HRQOL [*health-related quality of life*]) de los enfermos luego de una determinada cirugía. Si bien hay algunos registros esporádicos, no se ha intentado establecer esta determinación de modo sistemático, como un componente rutinario de la evaluación del paciente posquirúrgico. En esta experiencia los autores determinan la posibilidad de controlar rutinariamente este parámetro en relación con las indicaciones de la cirugía y la evolución de las intervenciones programadas.

### Métodos

Se registraron en Vancouver, entre 1999 y 2000, 5• 313 pacientes consecutivos para cirugía programada por cataratas, colecistectomía, histerectomía, patología de los discos intervertebrales, prostatectomía y reemplazo total de cadera (las seis intervenciones más frecuentes). Para cada paciente, el cirujano debió completar un cuestionario de indicaciones quirúrgicas según pautas establecidas (*InterQual*, de San Francisco). Los enfermos completaron el interrogatorio genérico de HRQOL SF-36 y cuestionarios específicos de enfermedad antes y después de la cirugía. También se determinó el costo por paciente que involucró todo el procedimiento.

### Resultados

Los índices de respuesta presentaron gran variación de un cirujano a otro, según el procedimiento y la institución. El índice de respuesta del profesional osciló entre un 0% y 100%, pero no se constató ningún patrón evidente de respuesta asociado con el tipo de intervención o la cantidad de operaciones. Los índices más bajos de respuesta estuvieron relacionados con la histerectomía y el reemplazo de cadera; el más alto se observó en cirugía por patología de disco intervertebral lumbar. El índice de respuesta del HRQOL varió desde un 52% a un 77% según el procedimiento.

Para cada intervención se registraron los cambios en los 8 dominios del SF-36 y en los puntajes de los cuestionarios específicos de enfermedad. Se consideró la distribución de los síntomas y del índice de incapacidad antes y después de la cirugía. Las mejorías más notorias en el cuestionario de calidad de vida se observaron en las intervenciones sobre la columna lumbar por patología discal y con el reemplazo total de cadera. En ambas situaciones se produjeron importantes cambios favorables en casi todos los dominios del SF-36. A su vez, los cuestionarios específicos North American Spine Society (para cirugía de disco) y Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index (WOMAC, para reemplazo de cadera) mostraron que la mayoría de los enfermos obtuvo un notable beneficio a partir de la operación.

Sin embargo, un porcentaje considerable, 2% de los pacientes sometidos a reemplazo de cadera y 26% de los intervenidos por patología del disco intervertebral, tuvieron peores puntajes del HRQOL tras la operación respecto de los registros prequirúrgicos.

El 32% de los enfermos sometidos a cirugía de cataratas tuvo un puntaje superior a 90 en el Visual Function Assessment de 100 puntos antes de la cirugía; el 70% tuvo mejoría luego de la intervención. El resto estuvo igual o peor que antes. Como se esperaba, no hubo modificación en ninguno de los dominios

del cuestionario genérico de HRQOL SF-36. Más del 90% de los enfermos obtuvo mejoría según el cuestionario WOMAC y sólo el 2% refirió haber empeorado luego de la cirugía de reemplazo de cadera.

El procedimiento significó aproximadamente un costo de 12 dólares por paciente. La mitad de los cirujanos consideró que el protocolo había sido útil y opinó favorablemente al respecto. La otra mitad consideró que el procedimiento tenía poco valor y no se mostró proclive a repetir la experiencia.

### **Interpretación**

Los resultados muestran la facilidad con que puede revisarse, a un costo razonable, el impacto de las cirugías programadas en la calidad de vida. Según los autores, el hecho de que participaran 138 profesionales de 6 disciplinas en 5 hospitales explica, en parte, la amplia variabilidad en el índice de participación. Los hallazgos también ponen de manifiesto que todo el personal dedicado a la atención del paciente debe participar en caso de que se decida evaluar las indicaciones y la evolución.

La implementación sistemática de un programa de valoración de evolución y la mejor comprensión de la validez de los datos proporcionados por los enfermos serán útiles para los cirujanos y los médicos generales que derivan los pacientes a cirugía, dado que hará posible la investigación de los motivos de una evolución desfavorable en casos individuales y redefinir el proceso de selección.

## **Autoevaluación de Lectura**

---

**¿Cuál de las siguientes cirugías programadas se asoció con la mejoría más notable en la calidad de vida?**

- A. Reemplazo total de cadera.*
- B. Cirugía de cataratas.*
- C. Histerectomía.*

Respuesta Correcta

## CAMBIO EN EL RIESGO DE CARCINOMA RENAL CONTRALATERAL METACRONICO: FACTORES TUMORALES Y DEMOGRAFICOS

Nueva York, EE.UU.

**La incidencia de tumor metacrónico contralateral es relativamente constante en el tiempo, salvo en los varones de raza negra, quienes presentan mayor incidencia en los primeros 5 años de seguimiento.**

**Journal of Clinical Oncology 20(9):2370-2375, May 2002**

**Autores:**

Rabbani F, Herr HW, Almahmeed T y Russo P

**Institución/es participante/s en la investigación:**

Departments of Urology and Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, EE.UU.

**Título original:**

[Temporal Change in Risk of Metachronous Contralateral Renal Cell Carcinoma: Influence of Tumor Characteristics and Demographic Factors]

**Título en castellano:**

Cambio Temporal en el Riesgo de Carcinoma Renal Contralateral Metacrónico: Influencia de las Características Tumorales y de los Factores Demográficos

---

### Introducción

En la última década se ha producido un cambio en el tratamiento de los pacientes con tumor renal solitario de bajo grado y un riñón contralateral normal. Mientras que anteriormente se recomendaba la nefrectomía total, actualmente se prefiere la resección parcial. El argumento en favor de este cambio es que el riesgo de desarrollar un tumor metacrónico en el riñón contralateral no es despreciable, mientras que el riesgo de recurrencia ipsilateral es bajo. Sin embargo, existen pocos datos acerca de los factores de riesgo que influyen sobre el desarrollo de tumores contralaterales, lo cual podría ayudar a seleccionar pacientes de alto riesgo para los cuales sería más adecuada la nefrectomía parcial. En el presente estudio se revisó una base de datos para determinar el riesgo temporal de desarrollar un carcinoma de células renales (CCR) contralateral metacrónico en pacientes con diagnóstico inicial de CCR, con estratificación según el estadio tumoral y los factores demográficos.

### Métodos

La base de datos incluía 43• 483 casos de CCR diagnosticados entre enero de 1973 y diciembre de 1997. Luego de excluir los pacientes con CCR bilateral sincrónico y aquellos sin datos de seguimiento, la cohorte a analizar quedó conformada por 40• 049 pacientes (63% varones, 86.3% de raza blanca, edad promedio 65 años). Los datos del diagnóstico inicial fueron utilizados para calcular las tasas de incidencia específicas por edad, sexo, raza y año calendario.

El número esperado de CCR contralaterales fue calculado multiplicando esas tasas por el número de personas en riesgo cada año. El riesgo relativo (RR) de tumor contralateral se calculó como el cociente entre los casos observados y los esperados.

### Resultados

Se registraron tumores contralaterales metacrónicos en 155 (0.4%) de las personas con seguimiento. El número de CCR contralaterales esperados en función del seguimiento total (166• 059 personas-año) era de 10.8, por lo que el RR general fue de 14.3. Los datos fueron estratificados por raza, sexo y duración del seguimiento.

El RR de CCR contralateral metacrónico en los primeros 2 años fue significativamente mayor en los hombres negros que en los de raza blanca (95.3 Vs. 16.0), y lo mismo sucedió con el RR entre los 2 y los 5 años de seguimiento (41.9 Vs. 8.8). El poder estadístico sólo fue suficiente para analizar el cambio de RR con el tiempo en los pacientes de raza blanca. El RR se mantuvo relativamente constante a lo largo del seguimiento, tanto en los hombres (16.0 hasta 2 años, 13.0 a más de 10 años) como en las mujeres (13.7 hasta 2 años, 13.7 a más de 10 años). En la cohorte analizada no se incluyeron 357 casos de individuos con tumores bilaterales sincrónicos. La incidencia de este tipo de tumores fue significativamente más elevada en los varones de raza negra que en los de raza blanca (2.1% Vs. 0.8%). La incidencia en las mujeres no difirió según la raza (0.9% para las de raza negra, 0.6% para las de raza blanca).

### Discusión

Aunque en el presente estudio la duración media del seguimiento fue de 2.25 años, destacan los autores, el 29% de los pacientes fue seguido por más de 5 años, lo cual le confiere a la investigación la capacidad

de detectar cambios de RR a largo plazo. Salvo el mayor RR de CCR contralateral metacrónico en los hombres negros seguidos por menos de 5 años, los RR fueron relativamente constantes a lo largo del tiempo. La mayor incidencia de CCR en los hombres negros no había sido informada previamente. El hecho de que la incidencia de tumores bilaterales sincrónicos fuera mayor en este grupo sugiere que el elevado RR de tumores contralaterales en los primeros 5 años podría deberse a una vigilancia más estrecha de esos pacientes mediante estudios por imágenes. Aunque podría especularse sobre la existencia de factores ambientales o genéticos que contribuyan a esta diferencia racial en el riesgo de CCR bilateral, ningún dato sugiere el involucramiento de algún factor en especial. La enfermedad quística renal adquirida es más común en los individuos de raza negra, pero es una causa infrecuente de tumores renales. Este estudio, concluyen los autores, demuestra que la incidencia de tumor metacrónico contralateral es relativamente constante en el tiempo, salvo en los varones de raza negra en los primeros 5 años de seguimiento, en los que se registra una incidencia mayor. Esta última observación no había sido informada con anterioridad, por lo que debe confirmarse con bases de datos independientes. Si tal observación se confirma, implicaría que debe continuarse el seguimiento por imágenes del riñón contralateral más allá de los 10 años de hallado el tumor inicial, con una mayor frecuencia en los primeros 5 años en los varones de raza negra.

## Autoevaluación de Lectura

---

**¿Qué pacientes con tumor renal unilateral tienen mayor riesgo de desarrollar un tumor contralateral en los 5 años siguientes?**

- A. Los varones de raza blanca.*
- B. Los varones de raza negra.*
- C. Las mujeres de raza blanca.*
- D. Las mujeres de raza negra.*

Respuesta Correcta