



Volumen 2, Número1, Febrero 2004

Informes SIIC

● LA LINFADENECTOMIA SELECTIVA SERIA UNA TECNICA UTIL PARA LAS NEOPLASIAS TESTICULARES

Estudio en 676 pacientes con tumores testiculares no seminomatosos

San Pablo, Brasil :

La linfadenectomía retroperitoneal selectiva constituye una técnica efectiva con menor morbilidad que la linfadenectomía unilateral, por lo que representa un buena opción para el manejo de pacientes de alto riesgo con tumores testiculares no seminomatosos en estadio I

Fuente científica:

[**International Brazilian Journal of Urology** 29(5):412-417, Sep 2003] – aSNC

Autores

Arruda H, Paula A, Suarez R, Cury J y colaboradores

Los tumores testiculares no seminomatosos representan del 40 al 50% de las neoplasias testiculares, y difieren de los seminomas en que son más agresivos y escasamente radiosensibles. Su tratamiento consiste básicamente en cirugía y quimioterapia, lo que produce altos índices de curación. Para los pacientes en estadio I con el tumor confinado al escroto, a partir de la década de 1980 varios autores mejoraron la técnica quirúrgica, con el objetivo de disminuir la morbilidad debida a la cirugía. Algunos cirujanos comenzaron a efectuar la linfadenectomía retroperitoneal unilateral y la disección selectiva de los nervios, para preservar las raíces nerviosas simpáticas. Esta modalidad quirúrgica presenta los mismos resultados oncológicos que la cirugía radical, con preservación de la función eyaculatoria que varía entre el 62 y el 88%. De acuerdo con estos resultados algunos grupos propusieron solamente vigilancia postorquiectomía para los casos en estadio I, aunque la presencia de metástasis ocultas en el retroperitoneo, que pueden causar resultados falsos negativos en el estadio clínico, puede ocurrir en aproximadamente el 22 al 35% de los pacientes, requiriendo tratamiento de salvataje. Por lo tanto, con el objetivo de preservar los excelentes resultados de una linfadenectomía extensa, minimizando sus consecuencias y las recaídas debidas a vigilancia exclusiva, se comenzó a efectuar la llamada linfadenectomía retroperitoneal selectiva. Los resultados de este ensayo demostraron que dicha técnica representa una opción factible que es más simple que los procedimientos efectuados hasta ahora, requiere menos tiempo quirúrgico, provee identificación segura de los pacientes que requieren quimioterapia adyuvante y, fundamentalmente, es seguida por disfunción eyaculatoria mínima. Se incluyeron en el estudio 76 pacientes con tumores testiculares germinales no seminomatosos, operados entre 1978 y 1994. Para llevar a cabo la linfadenectomía como tratamiento adyuvante de la orquiectomía, se deben considerar 2 fenómenos biológicos fundamentales en relación con la afectación nodular linfática: primero, que el drenaje linfático se dirige inicialmente a los nódulos linfáticos del hilio renal y desde allí ocurren las diseminaciones metastásicas, en dirección craneal hacia el mediastino y en dirección caudal hacia la pelvis; en segundo lugar, que las metástasis inicialmente involucran los nódulos linfáticos localizados anteriormente al gran vaso homolateral al tumor testicular, y que adicionalmente el 5% de los tumores del testículo derecho y el 10% de los tumores del testículo izquierdo, desarrollan metástasis en el hilio renal contralateral. Por este motivo, la linfadenectomía adyuvante a la orquiectomía debería priorizar la remoción de los

ganglios linfáticos perihiliares, incluyendo aquellos del hilio renal contralateral. Los autores señalan que, de acuerdo a los presentes resultados, la técnica mencionada para los tumores testiculares no seminomatosos en estadio I, constituye una opción razonable, más simple que los procedimientos realizados hasta ahora, con menos tiempo quirúrgico y fundamentalmente seguida por mínima disfunción eyaculatoria. Con relación a los resultados oncológicos, agregan, la linfadenectomía selectiva que se comenzó a utilizar, proporciona adecuada información sobre los pacientes que requieren quimioterapia adyuvante, y presenta resultados que son equivalentes a los de la linfadenectomía unilateral, en lo que concierne a un período de sobrevida de 96 meses.

CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA PARA EVITAR EL REFLUJO GASTROESOFAGICO EN ANCIANOS

Revisión comparativa

Pittsburgh, Estados Unidos :

La funduplicatura laparoscópica debería considerarse como una opción terapéutica en aquellos pacientes añosos con enfermedad por reflujo gastroesofágico que permanecen sintomáticos a pesar del tratamiento médico implementado

Fuente científica:

[**Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons** 7(4):311-315, Oct 2003] – aSNC

Autores

Fernando H, Schauer P, Buenaventura P y colaboradores

La enfermedad por reflujo gastroesofágico es una de las patologías crónicas más comunes del tracto gastrointestinal y afecta aproximadamente al 44% de los norteamericanos en algún grado, y un 18% estimado de los cuales utiliza medicamentos no prescritos. La mayoría de los pacientes experimentará alivio con el uso de drogas inhibidoras de la bomba de protones, sin embargo, algunos continuarán con síntomas o desarrollarán alguna de las complicaciones de esta enfermedad, como esofagitis erosiva, sangrado o esófago de Barrett, que requerirán intervención quirúrgica. En los pacientes más viejos, el papel de la cirugía es controvertido. Este estudio se realizó para evaluar el impacto de la edad sobre los resultados luego de una cirugía antirreflujo mínimamente invasiva realizada en este centro. En particular, los autores quisieron comparar el efecto de la cirugía sobre la calidad de vida. Para esto, se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes operados en un período de tiempo ligeramente superior a cinco años, desde marzo de 1993 hasta noviembre de 1998. El método operativo consistió, en líneas generales, en la disección completa de la crura, aproximación de la crura posterior hacia el esófago, sección de las arterias gástricas cortas, remoción de las almohadillas adiposas esofágicas y la envoltura en 360° realizada sobre un dilatador de 48-60 F. Desde abril de 1998 se implementó la gastroplastia laparoscópica de Collis, si una envoltura de al menos 2 a 3 cm de esófago intraabdominal por debajo del diafragma no era posible. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: uno con sujetos menores de 60 años y otro con los mayores de esa edad. Las medidas de resultados incluyeron la severidad de la pirosis mediante un cuestionario de diez preguntas. Se realizó cirugía mínimamente invasiva en 193 pacientes, mediante la funduplicatura del Nissen en forma laparoscópica en 186 y en los restantes se agregó la gastroplastia de Collis debido a la presencia de un esófago acortado. El grupo de individuos jóvenes incluyó a 150 pacientes con edades que variaron entre los 15 años y los 59. El grupo de sujetos mayores quedó formado con 43 individuos con una edad promedio de 68 años. Este grupo tuvo una mayor incidencia de comorbilidades, como enfermedad cardiovascular, tratamiento previo de neoplasias y trastornos psiquiátricos. En forma adicional, este grupo presentó mayor número de intervenciones quirúrgicas realizadas sobre el abdomen superior que los pacientes jóvenes. Ambos grupos tuvieron una incidencia similar de esófago de Barrett. La

morbilidad ocurrió en 13 de los pacientes del grupo joven (8.7%) y en 5 del grupo de los ancianos (11.6%). Las complicaciones más observadas fueron las atelectasias y el embolismo pulmonar. Dos pacientes presentaron perforación esofágica, uno de cada grupo. La estadía hospitalaria promedio fue de 1.6 días para el grupo de los jóvenes y 2.9 días para el de los ancianos. El tiempo transcurrido hasta el comienzo de la hidratación oral fue similar en ambos grupos, al igual que el tiempo de retorno a sus tareas habituales. En el seguimiento posterior, los síntomas típicos de reflujo como pirosis, disfagia, dolor torácico y regurgitación no fueron estadísticamente significativos entre los dos grupos, como así tampoco en el requerimiento de inhibidores de protones, cisapride o antagonistas H2. Los puntajes obtenidos con el cuestionario realizado en cuanto a pirosis fueron excelentes para ambos grupos –con un valor promedio de 3 puntos sobre un máximo posible de 45– y los obtenidos para evaluar en forma global la calidad de vida fueron semejantes en ambos grupos de estudio. Sólo el 5.9% de los pacientes jóvenes y el 2.9% de los ancianos no se encontraron satisfechos con los resultados del tratamiento realizado. Los autores concluyen que su trabajo mostró una mayor incidencia de enfermedades comórbidas en el grupo de pacientes mayores, lo que no fue inesperado. A pesar de estas diferencias, la fundoplicatura laparoscópica se asoció con resultados igualmente buenos a los obtenidos en grupos de pacientes más jóvenes, y consideran que este tipo de procedimiento debería considerarse como una opción terapéutica en los pacientes añosos con enfermedad por reflujo gastroesofágico que persisten sintomáticos a pesar de las medidas clínicas implementadas y puede mejorar en forma significativa la calidad de vida.

ANALIZAN LA EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LAS BRONQUIECTASIAS

Análisis retrospectivo y resultados a corto plazo en 238 pacientes

Ankara, Turquía :

A pesar de que el tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias está en disminución, informes actuales acerca de este abordaje mostraron un pronóstico posoperatorio bueno para pacientes con enfermedad delimitada. Los autores analizan la experiencia en 238 pacientes

Fuente científica:

[**European Journal of Cardio-Thoracic Surgery** 24(5):699-702, Nov 2003] – aSNC

Autores

Balkanli K, Genç O, Dakak M y colaboradores

Las bronquiectasias son dilataciones anormales y permanentes de las paredes de los bronquios o bronquiolos con destrucción de las mismas. Previa a la era antibiótica, se las consideraban como una enfermedad con una alta tasa de mortalidad secundaria a insuficiencia respiratoria y cor pulmonale. Debido al adecuado tratamiento de las infecciones pulmonares en la infancia, la incidencia e importancia quirúrgicas de las bronquiectasias disminuyó en la última mitad del siglo en los países desarrollados, pero todavía permanece como un problema en los países en vías de desarrollo. Informes actuales sobre este abordaje quirúrgico mostraron que la enfermedad localizada y limitada se asoció con un buen pronóstico posoperatorio, por lo cual el objetivo de este estudio retrospectivo llevado a cabo por los autores fue presentar su experiencia con relación a este tipo de tratamiento durante un período de 10 años. Se revisaron los registros médicos de 238 pacientes que fueron sometidos a resección quirúrgica de las bronquiectasias desde enero de 1992 hasta diciembre de 2001 y se analizaron diferentes parámetros como la edad, sexo, síntomas, tipo de bronquiectasias, tipo de cirugía realizada, morbilidad y mortalidad. A todos los enfermos se les realizó análisis completos de laboratorio, radiografía, tomografía computada de

tórax y pruebas de función pulmonar. Todos fueron sometidos a fibrobroncoscopia para determinar la presencia de patología endobronquial. Se administraron antibióticos en forma profiláctica desde las cuarenta y ocho horas previas a la realización del acto quirúrgico. Se eligió a los pacientes como candidatos para este tipo de terapéutica de acuerdo a la presencia de bronquiectasias delimitadas según el informe de la tomografía, a su reserva cardiopulmonar, a los síntomas como tos productiva crónica o hemoptisis reiterada o significativa, infecciones pulmonares a repetición y a la falla en el tratamiento médico. La resección pulmonar se realizó a través de una toracotomía posterolateral. El tipo de resección utilizado se seleccionó de acuerdo a la zona pulmonar afectada y a la reserva cardiopulmonar. Todos los pacientes realizaron fisioterapia respiratoria hasta dos semanas después de la externación y recibieron antibióticos de amplio espectro durante una semana. La información del seguimiento se obtuvo a partir de las visitas posteriores. El grupo estudiado se compuso de 205 hombres y 33 mujeres, con una edad promedio de 23.7 años (edades límite desde 15 a 48 años). Los autores aclaran que la gran mayoría de los pacientes fueron hombres que realizan el servicio militar. Los síntomas iniciales de presentación fueron tos productiva, expectoración fétida, infecciones a repetición y hemoptisis. La duración promedio de los síntomas fue de 2.4 años, con valores extremos de 1 a 18 años. El 68.4% había recibido tratamiento médico previo a la consulta con este Departamento de Cirugía Torácica. Al 5.46% de los pacientes se les efectuó neumonectomía, al 79.40% se le realizó lobectomía, al 13.02% lobectomía más segmentectomía y al 2.1% resección en cuña o segmentectomía. Los autores no describieron mortalidad intraoperatoria. La tasa de morbilidad hallada fue de 8.82%. Las complicaciones posquirúrgicas descritas fueron atelectasias que requirieron aspiración broncoscópica, fuga persistente de aire, empiema y fístula broncopleural. La tomografía computada de tórax es actualmente la mejor técnica para establecer la presencia, severidad y distribución de la enfermedad, con una sensibilidad de 66% y especificidad de 92% en cortes de 10 mm. La estrategia terapéutica inicial para todos los pacientes afectados por esta patología debería ser, según los autores, conservadora, citando el control de las infecciones, la broncodilatación y la kinesioterapia rehabilitatoria con drenaje postural como los componentes principales. Los objetivos del tratamiento quirúrgico son la resección completa de los segmentos afectados y la preservación de la mayor funcionalidad pulmonar. Así, un mínimo de dos lóbulos o seis segmentos pulmonares deben sobrar para asegurar una función pulmonar adecuada. Los autores concluyen que la resección quirúrgica de las bronquiectasias puede efectuarse con morbilidad y mortalidad aceptables a cualquier edad, y que el parénquima afectado debería researse completamente para lograr un óptimo control de los síntomas.

NUEVO ENFOQUE PARA LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA DIFICULTOSA

Exploración digital de la región quirúrgica a través de la incisión laparoscópica realizada en el hipocondrio derecho

Jhansi, UP, India :

Se realizó colecistectomía laparoscópica a 281 pacientes, con resultados favorables. Fue un procedimiento rápido, con poca pérdida de sangre y sin daños a los órganos vecinos.

Fuente científica:

[**HPB** 5(3):133-136, 2003] – aSNC

Autores

Sinha R, Sharma N

El intervalo convencional para la colecistectomía, sea por vía laparoscópica o tradicional, se está dando cada vez más temprano en los pacientes que padecen colecistitis aguda. Los obstáculos para la cirugía temprana fueron las adherencias alrededor de la vesícula biliar, pero con los diversos métodos para la disección ahora disponibles, la colecistectomía laparoscópica (CL) se está

volviendo más sencilla. La electrocauterización, disección endoscópica, laser e hidrodissección son usados como asistencia pero pueden ser costo-inefectivos y potencialmente perjudiciales. Por ello, existe necesidad de un procedimiento alternativo en un pequeño número de pacientes para los cuales los métodos mencionados no están disponibles o fallaron previamente. Un total de 281 pacientes fueron sometidos a CL en un período de 4.5 años que comenzó en octubre de 1994 y fueron asignados a uno de tres grupos de acuerdo al período de tiempo comprendido entre el inicio de los síntomas y el momento de internación: 7 días. El diagnóstico de colecistitis aguda se realizó basándose en la presencia de dolor a la palpación en el hipocondrio derecho con una duración mayor a 8 horas, temperatura mayor a 37.5°C, con leucocitosis o ictericia leve o sin ellas, y apoyado por el hallazgo ecográfico de la distensión de la vesícula biliar con paredes edematosas y signo ultrasonográfico de Murphy positivo. La técnica quirúrgica consistió en la separación de la vesícula biliar de las estructuras adherentes vecinas mediante la introducción del dedo índice de la mano izquierda del cirujano a través de la apertura realizada en el hipocondrio derecho. Se requirió este tipo de técnica en 13 pacientes. El tiempo promedio empleado para la separación fue de 7.9 minutos (intervalo 5 a 17 minutos) y no alteró el tiempo promedio de la cirugía. De estos pacientes, 2 necesitaron la inserción de dos dedos y en 3 la técnica falló, debido a la presencia de adherencias densas o la posición subcostal alta de la vesícula. La experiencia de los autores con el uso de este tipo de disección digital aportó resultados de consideración, ya que lo encontraron rápido, con poca pérdida de sangre, poco daño al píloro, colon transverso u otra estructura cercana fue casi inexistente. Comentan que la sensación táctil del cirujano juega un rol principal para delimitar la lesión y acelerar el proceso de disección y que las complicaciones son mínimas comparadas con otros métodos y no se producen gastos extra al no requerir mayor instrumentación. En el análisis final este tipo de procedimiento difiere de la CL tradicional en que se usa una apertura de 10 mm en el hipocondrio derecho en lugar de 5 mm y que el paciente se salva de una incisión mayor necesaria en las colecistectomías abiertas convencionales y del tiempo operatorio prolongado en situaciones de CL dificultosa. Tanto el grosor de la pared abdominal en pacientes obesos, la presencia de adherencias importantes y la localización subcostal alta de la vesícula son limitaciones para este tipo de abordaje.

INDICACION DE TIROIDECTOMIA EN EL PACIENTE ANCIANO

Estudio de revisión que analiza la indicación de tiroidectomía en pacientes añosos

Leipzig, Alemania :

La indicación precoz de tiroidectomía total debe ser considerada como método de elección para los enfermos ancianos crónicos que padecen una crisis tiroidea complicada por insuficiencia cardíaca y renal, en especial si han fallado otras medidas terapéuticas dentro de las primeras 24 horas.

Fuente científica:

[**Thyroid** 13(10):933-940, Oct 2003] – aSNC

Autores

Scholz G, Hagemann E, Arkenau C y otros

Los pacientes ancianos que presentan crisis tiroidea e hipertiroidismo, tienen generalmente enfermedades crónicas subyacentes severas, del tipo de enfermedades cardiovasculares que complican la intervención quirúrgica. Numerosas indicaciones se realizan con la finalidad de volver eutiroideos a los pacientes, con el uso de elevadas dosis de litio, glucocorticoides y propanolol, con resultados disímiles. Investigadores de la University of Leipzig, desarrollaron un estudio de revisión de la experiencia adquirida por la realización de tiroidectomías totales o casi totales, en una serie de pacientes ancianos con manifestaciones de hipertiroidismo y probable contaminación con yodo. Se analizaron retrospectivamente los datos de 10 pacientes (4 hombres, 6 mujeres; 70 años de

edad, rango etario 54-79 años), con hipertiroidismo e insuficiencia renal y cardíaca, arritmia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. La indicación de tiroidectomía se realizó debido a las manifestaciones de empeoramiento del hipertiroidismo o crisis tiroidea, ausencia de mejoría en las primeras 24-48 hrs a pesar del tratamiento intensivo médico o bien en pacientes que desarrollaron agranulocitosis inducida por medicación o severa trombocitopenia. Todos los pacientes que presentaban enfermedad concomitante severa, sobrevivieron a la tiroidectomía (mortalidad precoz postoperatoria 0%). Los dos pacientes de mayor edad fallecieron a las dos o tres semanas posteriores luego de la tiroidectomía, debido a infarto de miocardio e insuficiencia respiratoria (mortalidad tardía postoperatoria, 20%). En otras series, la mortalidad tardía postoperatoria en pacientes con severas enfermedades, fue más elevada; sin embargo la mortalidad general con o sin enfermedad severa fue del 10%, incluyendo la experiencia presentada por los autores. Los investigadores concluyeron que la tiroidectomía precoz debe ser considerada como el método de elección para los sujetos ancianos crónicamente enfermos con manifestaciones de crisis tiroidea, complicada por insuficiencia renal y cardiorrespiratoria, en especial si se han intentado tratamientos con dosis elevadas de tiamida, ácido iopanoico, glucocorticoides, cuidados intensivos y si aún así, existe incapacidad para mejorar las condiciones del paciente en las primeras 12-24 hrs.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LAS LESIONES QUIRURGICAS ACCIDENTALES DE LA VIA BILIAR

Resultados de un estudio retrospectivo que analiza el tratamiento más efectivo en las estenosis accidentales de la vía biliar, relacionadas con procedimientos quirúrgicos

Messina, Italia :

El tratamiento endoscópico de las fístulas biliares simples y de las lesiones incompletas de la vía biliar representa el enfoque más apropiado. La colocación de tutores permite el logro de buenos resultados.

Fuente científica:

[**Digestive and Liver Disease** 35(7):493-497,Jul 2003] – aSNC

Autores

Familiari L, Scaffidi M, Familiari P y otros

La mayoría de las lesiones de la vía biliar postoperatorias ocurren durante procedimientos laparoscópicos y en la cirugía abierta para colecistectomía; numerosas series refieren mayor frecuencia de complicaciones en la realización de cirugía laparoscópica de vesícula. No existe consenso respecto del tratamiento más apropiado de estas lesiones, en particular las estenosis; sin embargo el deseo de no someter a cirugía a un paciente previamente tratado por laparoscopia, favorece la decisión del tratamiento de las lesiones accidentales por endoscopia, más aún si se consideran los buenos resultados de la técnica, con reducida tasa de complicaciones.

Investigadores de la Digestive Endoscopy Unit, Department of Medicine and Pharmacology, University of Messina, Italy, desarrollaron un estudio retrospectivo, con el uso de una base de datos de dos centros importantes de Sicilia, de pacientes que presentaron lesiones de la vía biliar de tipo accidental. Se recopiló información de 137 pacientes asistidos entre enero 1993 y abril 2002; 85 sujetos presentaron fístulas biliares simples y existieron asimismo 52 lesiones biliares, que variaron desde la sección completa e incompleta del conducto biliar a la aparición de estenosis parciales. El tratamiento de las lesiones por procedimientos endoscópicos mostró que la tasa de éxito para la reparación de las fístulas biliares simples fue del 96.3%. La terapia por endoscopia fue posible solo en el 40.6% de las lesiones del tronco común del conducto biliar o de la rama derecha del conducto(13/32); si bien con 100% de éxito. En las alteraciones del tipo de las

estenosis, existieron buenos resultados en el 88.2% de los pacientes que completaron el procedimiento terapéutico. Los autores concluyeron que los hallazgos confirmaron la eficacia del tratamiento endoscópico de las lesiones quirúrgicas accidentales de la vía biliar. En el tratamiento de las estenosis los investigadores destacaron la ausencia de consensos para el tratamiento más conveniente; sin embargo acordaron que el tratamiento debe ser realizado con un incremento progresivo en el número de tutores, a fin de lograr una mejor graduación de los estrechamientos. Se sugiere el reemplazo de los tubos cada tres a cuatro meses, a fin de evitar la obstrucción que pueda causar colangitis, problema mayor observado en el largo plazo; coincidieron que el tratamiento de las lesiones debe ser el resultado de una estrecha colaboración entre endoscopistas, radiólogos y cirujanos para el logro de mejores beneficios.

CONTROVERSIA SOBRE LA BIOPSIA DEL GANGLIO CENTINELA EN REEMPLAZO DE LA RESECCION AXILAR

Estudio en 3 303 pacientes con cáncer mamario provenientes de 5 centros

Buffalo, EE.UU. :

El empleo generalizado de la biopsia del nódulo centinela fuera de los ensayos clínicos, sugiere que los oncólogos pertenecientes a los centros estudiados lo han aceptado como una práctica estándar para el tratamiento del cáncer mamario

Fuente científica:

[**Journal of the National Cancer Institute** 95(20):1514-1521, Oct 2003] – aSNC

Autores

Edge S, Niland J, Bookman M, Theriault R y colaboradores.

El estado de los ganglios linfáticos axilares es el factor pronóstico más importante para las pacientes con cáncer mamario, y condiciona la elección de la terapia sistémica concomitante. La cirugía para la remoción de los ganglios linfáticos axilares es necesaria para definir dicho estado ganglionar, y continúa siendo un componente integral y potencialmente curativo del manejo del cáncer de mama. Si bien la operación es segura, son comunes las secuelas a largo plazo, incluyendo parestesias braquiales superiores, dolor escapular y braquial, restricción de la movilidad del hombro y linfedema permanente y potencialmente discapacitante. El empleo de la biopsia del nódulo centinela, se basa en la premisa de que dicho nódulo es el que presenta mayor riesgo de metástasis y, por lo tanto, si es negativo, los ganglios linfáticos axilares remanentes también serán negativos y no se requerirá la resección ganglionar de la axila, ya que se ha demostrado que la cantidad de falsos negativos es menor al 5%. Sin embargo, una biopsia del nódulo centinela falsamente negativa, puede llevar a omisión de la terapia concomitante requerida, administración de la terapéutica inadecuada, recurrencia ganglionar axilar evitable y, en última instancia, puede afectar la sobrevivencia. Por tal motivo, se han iniciado varios estudios cooperativos, aunque sus resultados no estarán disponibles por lo menos hasta el año 2007. A pesar de la falta de datos definitivos, muchos médicos han comenzado a utilizar la biopsia del nódulo centinela en lugar de la resección axilar, habiéndose incorporado en las normas de práctica a nivel nacional. Los resultados de este análisis sugieren que los equipos de cáncer mamario en los centros estudiados, han aceptado la biopsia de nódulo centinela como una práctica estándar para el tratamiento del cáncer de mama, aunque resta por dilucidar si esto representa una buena elección médica o un ejemplo de la adopción prematura de nuevas tecnologías inadecuadamente testeadas. Se incluyeron en el ensayo 3 003 mujeres con cáncer mamario en los estadios I y II, provenientes de 5 centros especializados, entre 1997 y 2000. Para la comparación estadística se utilizaron el test de Hosmer y Lemeshov y el de Cochran-Mantel-Haenszel, de acuerdo a la necesidad. Los autores comentan que los médicos que presentan nuevas tecnologías en la práctica clínica, deberían evaluar las

ventajas potenciales y los riesgos de dichas tecnologías. Si bien los estudios aleatorizados representan el estándar para comprobar la seguridad y la eficacia, se requieren otros parámetros para evaluar y aceptar nuevas tecnologías. Más de 1 000 000 de pacientes solamente en los EE.UU., desarrollarán cánceres invasivos de la mama antes de que los estudios clínicos sobre la biopsia del nódulo centinela estén disponibles. El retraso en el empleo de dicha técnica debido a los ensayos clínicos pendientes, puede llevar a importante morbilidad que incluye linfedema permanente, en una cantidad importante de pacientes con cáncer invasivo de la mama. En conclusión, señalan los autores, los datos del estudio sugieren que los centros dependientes del National Cancer Institute en los EE.UU. han evaluado la evidencia disponible, y han aceptado la biopsia del nódulo centinela como una práctica de manejo estándar. Los próximos años y el advenimiento de los estudios clínicos en curso, dirán si fue un buen juicio clínico o una decisión apresurada.

Trabajos Distinguidos, Serie Cirugía, integra el Programa SIIC-Asociación Argentina de Cirugía (AAC) de Educación Médica Continua