



Volumen 2, Número 5, Febrero 2005

Informes SIIC

● LA TOMOGRAFIA COMPUTADA ES MAS PRECISA QUE LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA

Revisión sistemática de la evidencia publicada

San Francisco, EE.UU :

En los casos de sospecha de apendicitis aguda donde los hallazgos clínicos y de laboratorio no permiten asegurar el diagnóstico, las imágenes toman el papel principal. De ellas, la tomografía computada parece contar con más precisión que el otro método de elección para estos casos, es decir, la ecografía.

Fuente científica:

[**Annals of Internal Medicine** 141(7):537-546, Oct 2004] – aSNC

Autores

Terasawa T, Blackmore C, Bent S y Kohlwes J

La tomografía computada parece ser más precisa que la ecografía en el diagnóstico de apendicitis de adultos y adolescentes según la evidencia publicada hasta el momento. De esta manera, la tomografía podría ser utilizada para el diagnóstico en los casos de sospecha de apendicitis que no puede ser confirmada por hallazgos de laboratorio o clínicos. La apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de cirugías agudas en EE.UU. Aunque una evaluación clínica precoz y una intervención quirúrgica resultan obligatorias, no siempre los hallazgos clínicos, los antecedentes y los exámenes de laboratorio permiten un diagnóstico certero. Por eso, los estudios de imágenes son frecuentemente utilizados. La American College of Radiology recomienda a la ecografía como el método a emplear en estos pacientes, y establece a la tomografía computada para aquellos pacientes obesos, con paredes abdominales rígidas o en los cuales se sospecha la complicación hacia un absceso. Sin embargo, en una encuesta realizada a radiólogos, el método empleado en los pacientes con sospecha de apendicitis variaba y no existía consenso. La mayoría de los estudios dirigidos a analizar este punto evaluaron la eficacia de cada método en particular y pocos los han comparado. El objeto de un grupo de investigadores norteamericanos fue realizar una revisión sistemática acerca de la evidencia publicada con relación a la precisión diagnóstica de ambos métodos. Los autores revisaron los artículos publicados entre 1966 y Diciembre de 2003. Para esto, utilizaron bases de datos informáticos, bibliografías, artículos de revisión, libros de texto y opiniones de expertos. Fueron incluidos estudios prospectivos que evaluaran a la tomografía computada o a la ecografía seguida de confirmación quirúrgica o seguimiento clínico en pacientes de por lo menos 14 años de edad con sospecha de apendicitis. Un total de 12 estudios sobre tomografía computada y 14 sobre ecografía cumplieron los criterios de inclusión. Se observó que la tomografía computada tenía una sensibilidad de 0.94, una especificidad de 0.95, un valor predictivo positivo de 13.3 y un valor predictivo negativo de 0.09. Por su parte, la ecografía mostró una sensibilidad de 0.86, una especificidad de 0.81, un valor predictivo positivo de 5.8 y un valor predictivo negativo de 0.19. Los autores destacan la debilidad de los estudios existentes con relación a la heterogeneidad de sus muestras o a su pobre calidad metodológica, lo cual podría representar una sobreestimación de la precisión diagnóstica de ambos métodos. La conclusión de los autores de este artículo es que la tomografía computada tiene una precisión diagnóstica excelente y superior a la correspondiente a la ecografía en la evaluación de pacientes adultos y adolescentes con sospecha de apendicitis. Sostienen además que debería ser estudiada la relación costo- beneficio de las imágenes en los cuadros apendiculares con el objeto de comprender su rol en el diagnóstico de las apendicitis.

LA UTILIDAD DE LA BIOPSIA POR CONGELACION EN EL TRATAMIENTO DEL BOCIO MULTINODULAR

Estudio comparativo

Murcia, España :

La biopsia por congelación intraoperatoria durante la cirugía del bocio multinodular no aparenta ser útil para decidir la conducta quirúrgica debido a que su sensibilidad para detectar la presencia de cáncer es muy baja.

Fuente científica:

[**Thyroid** 14(8):600-604, Ago 2004] – aSNC

Autores

Rios Zambudio A, Rodriguez Gonzalez J, Sola Perez J y colaboradores.

En el manejo quirúrgico del bocio multinodular (BMN) la biopsia por congelación (BC) es innecesaria debido a la baja sensibilidad que presenta. El BMN una de las patologías tiroideas más frecuentes y la incidencia de enfermedad maligna en estos casos es de 1-10%. Para confirmar la presencia de carcinoma se debe demostrar la invasión vascular y la capsular y para esto es necesario el examen histológico. BC se emplea en forma amplia con estos fines aunque algunos estudios han puesto en duda su utilidad para el diagnóstico del cáncer tiroideo. Con el propósito de evaluar la utilidad de BC en el diagnóstico del cáncer tiroideo durante la cirugía del BMN se llevó a cabo un estudio descriptivo. La BC se realizó en 197 sujetos con BMN unilateral o bilateral en los que se sospechaba enfermedad maligna (por la clínica o características intraoperatorias) y en los que podría estar indicada la tiroidectomía parcial. Durante el procedimiento se realizó la escisión de la mitad de la tiroides que contenía el nódulo, luego se realizaron cortes de 6 ì del tejido tiroideo que se tiñeron en forma rápida para el examen microscópico. Los hallazgos diagnósticos de BC se dividieron en tres categorías: benigna: ausencia de células malignas; sospecha de enfermedad maligna: presencia de atipía celular; enfermedad maligna. Estos resultados fueron comparados con los hallazgos histológicos definitivos. Mediante la histología definitiva se detectaron 16 carcinomas mientras que los resultados de BC en esta serie fueron: hallazgos benignos en 191(97%) casos, sospecha de enfermedad maligna en 3 pacientes (1.5%) y enfermedad maligna en otros 3 (1.5%). Los 6 últimos hallazgos llevaron a que se adopte una intervención más agresiva durante la cirugía y en los 3 casos que se informaron como sospecha de enfermedad maligna la tiroidectomía total fue innecesaria debido a que en la histología definitiva se descartó la presencia de carcinoma. La sensibilidad de BC en esta investigación fue del 19%, la especificidad del 100% y la precisión diagnóstica (porcentaje de pacientes diagnosticados en forma correcta con esta prueba) del 93% sin poder encontrar una explicación para estos resultados. Cada vez son más los estudios que recomiendan a la tiroidectomía total como el tratamiento de elección de BMN en forma independiente de si se practica o no la BC. Los autores concluyen que la BC no debe utilizarse en forma rutinaria en la cirugía del BMN debido a que la sensibilidad en la detección del carcinoma es baja y que la conducta quirúrgica podría adoptarse sobre la base de las características clínicas o intraoperatorias de esta entidad.

PESQUISA DE ANEURISMA AORTICO ABDOMINAL EN HOMBRES ANCIANOS

Estudio randomizado realizado en una comunidad de Australia

Fremantle, Australia :

La pesquisa de aneurisma aórtico abdominal en hombres de 65 a 83 años no parece ser efectiva en la reducción de la mortalidad de este grupo etario. No obstante esto, la subpoblación de 65 a 74 años parece ser la que obtendría el mayor beneficio.

Fuente científica:

[**BMJ** 329(7477):1259-1262, Nov 2004] – aSNC

Autores

Norman P, Jamrozik K, Lawrence-Brown M y colaboradores

La pesquisa de aneurisma de aorta abdominal no parece ser efectiva en los hombres de 65 a 83 años, ya que no parece reducir la tasa de mortalidad en esta población. El éxito de un programa de pesquisa de esta entidad podría depender de la elección adecuada del rango de edad por estudiar. A pesar de los avances en cirugía vascular y cuidado intensivo, la mortalidad por ruptura de un aneurisma aórtico abdominal aún es de aproximadamente 80%. Se han realizado varios estudios, algunos randomizados, que indican que la pesquisa de esta entidad en hombres podría salvar vidas de una manera efectiva. Con el propósito de ampliar la evidencia sobre este punto, un grupo de investigadores australianos llevó a cabo un estudio tipo ensayo randomizado controlado sobre una población de hombres de 65 a 83 años. Un total de 41 000 hombres residentes de la localidad de Perth fueron invitados a participar en el estudio. Todos tendrían entre 65 y 79 años a la mitad del transcurso de la investigación. De manera randomizada serían separados en dos grupos; sólo a uno de estos grupos se le practicaría a cada uno de sus integrantes un estudio de ultrasonido en busca de aneurisma aórtico abdominal. La principal evolución analizada fue la muerte por ruptura de aneurisma aórtico abdominal dentro de los 5 años luego del comienzo del estudio. La tasa de respuesta a la invitación fue de 70%. La prevalencia de un diámetro aórtico ≥ 30 mm (aneurisma) fue de 7.2%, mientras que la correspondiente a un diámetro ≥ 55 mm fue de 0.5%. El doble de cantidad de individuos del grupo intervenido con respecto al grupo control fue sometido a cirugía electiva por aneurisma aórtico abdominal (107 contra 54). Desde el momento de la ecografía y la finalización del estudio, 18 integrantes del grupo al cual se le realizó pesquisa y 25 integrantes del grupo control murieron por causa de un aneurisma aórtico abdominal, con una razón de tasas de mortalidad (riesgo relativo) de 0.61. El beneficio correspondió casi por completo a los hombres de edades entre 65 y 74 años. No se registraron muertes por esta causa en el grupo examinado de esta edad, mientras que 10 de los integrantes del grupo control de este rango etario fallecieron por ruptura de aneurisma abdominal. Los autores concluyen que la mortalidad de los hombres de 65 a 83 años asociada con la ruptura de un aneurisma aórtico abdominal no se ve reducida de manera significativa por un programa de pesquisa. El subgrupo más beneficiado parece ser el de hombres de 65 a 74 años. Destacan la importancia de considerar la tasa actual de cirugías electivas por esta entidad, ya que en algunas comunidades esta tasa podría haber alcanzado niveles que reducirían el potencial beneficio logrado por una pesquisa comunitaria.

PRECAUCIONES FRENTE A PERFORACIONES CORPORALES ANTES Y DESPUES DE UN PROCEDIMIENTO LAPAROSCOPICO

Recomendaciones de los aspectos a tener en cuenta frente a esta creciente tendencia

Munich, Alemania :

La perforación corporal, especialmente la de la zona umbilical, se ha convertido en un fenómeno mundial. Por esto y ante la posibilidad de complicaciones asociadas frente a un procedimiento laparoscópico, se deben procurar la información del paciente y la preparación del personal sanitario.

Fuente científica:

[**Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists** 11(4):537-541, Nov 2004] – aSNC

Autores

Jacobs V, Morrison J, Paepke S y Kiechle M

Antes de ser sometidos a una cirugía laparoscópica, los pacientes con perforaciones hechas en su cuerpo deben remover todos los accesorios introducidos en éstas. Con el objeto de evitar las complicaciones perquirúrgicas surgidas por la presencia de elementos en estas perforaciones, el personal del hospital debería conocer cómo remover estas piezas y sustituirlas por dispositivos plásticos, así como optimizar el cuidado higiénico para prevenir las infecciones de las heridas umbilicales. La perforación corporal (body piercing) es una moda en ascenso, especialmente entre los adolescentes. Según un estudio reciente, el 50.4% de los estudiantes universitarios norteamericanos se ha realizado al menos una perforación en su cuerpo. Entre las mujeres, la perforación umbilical es la segunda en popularidad luego de la perforación de los pabellones auriculares. Todas las perforaciones, especialmente las umbilicales, pueden causar problemas perquirúrgicos (infección en la cicatrización de la herida, etc) en las cirugías mínimamente invasivas abdominales y pelvianas, debido a la cercanía del elemento extraño y la zona de incisión. En primer lugar, todas las perforaciones deben ser documentadas durante los primeros exámenes físicos prequirúrgicos. Los pacientes deben ser informados por el personal de salud acerca de la necesidad de remover los elementos introducidos a través de estas perforaciones antes del procedimiento, consignando las posibles complicaciones que provocaría el no hacerlo. Cuando el consentimiento informado no incluya en su versión impresa este aspecto referido a las perforaciones corporales, debería agregarse este punto manualmente antes de que el paciente lo firme. El elemento removido debe guardarse en un lugar limpio y seguro. Preferiblemente debe removerlo el mismo paciente, aunque el personal de salud debe saber cómo hacerlo en caso de emergencia. En la sala de operaciones, puede recurrirse al corte del elemento si no se ha logrado removerlo de otra manera. Las perforaciones pueden ser ocupadas por algún dispositivo plástico estéril que tenga por objeto evitar la oclusión de la perforación luego de la cirugía. También protege de las potenciales quemaduras en el sitio de la perforación si se utiliza electrocirugía. Luego del procedimiento laparoscópico, la mayoría de los elementos pueden volver a colocarse en la perforación luego de que el paciente se haya recuperado completamente de la anestesia (6 u 8 horas). No se indican antibióticos locales ya que pueden provocar la oclusión del canal de la perforación. Según la observación de los autores realizada en un grupo de clínicas alemanas desde el año 2001 hasta el 2004, no parecen producirse infecciones severas umbilicales luego de una laparoscopia. Sin embargo, en una gran cantidad de pacientes el elemento era reintroducido en la perforación el mismo día de la cirugía, a veces inmediatamente después de despertarse de la anestesia. Los autores concluyen que la medicina debe ajustarse a las tendencias de moda en la sociedad y de esta manera proveer el mejor cuidado posible bajo cualquier circunstancia. De esta manera y con relación a las perforaciones corporales, el personal sanitario debería conocer los aspectos referidos a la remoción de los elementos y al cuidado higiénico, especialmente en los casos de emergencia en los cuales el paciente no puede removerlo por sí mismo. Los autores concluyen que los consentimientos informados prequirúrgicos deberían mencionar las posibles complicaciones perquirúrgicas de esta moda, como infección, sangrado o pérdida del elemento durante el procedimiento.

LA CIRUGIA DISMINUYE LA RECURRENCIA DE ULCERAS VENOSAS

Comparación con el vendaje compresivo

Cheltenham, Reino Unido :

La cirugía venosa reduce la recurrencia de úlceras en miembros inferiores, pero no aumenta su curación en comparación con el tratamiento incruento.

Fuente científica:

[**Lancet** 363():1854-1859, Jun 2004] – aSNC

Autores

Barwell J, Davies C, Deacon J y otros

Las úlceras venosas crónicas afectan al 1 a 2% de la población y tienen alta recurrencia. La curación se logra en 24 semanas en 68 a 83% de los casos con vendaje elástico compresivo de varias capas, elevación de los miembros y ejercicio. Las várices visibles están presentes en sólo 40% de los pacientes con reflujo venoso superficial, pero la ecografía doppler evidencia que 53% tienen reflujo del sistema superficial, 32 a 44% lo tienen en el sistema superficial y en el profundo y 5 al 15%, sólo en el profundo. La cirugía venosa superficial simple, es decir la ablación de la vena safena elimina la incompetencia venosa subyacente en caso de reflujo venoso superficial, reduce la recurrencia de úlceras pero no aporta beneficio adicional para la curación de úlceras. La utilidad de la cirugía para corregir el reflujo venoso profundo no ha sido comprobada. Los autores realizaron un estudio para evaluar el efecto de la compresión con cirugía o sin ella en pacientes con úlceras de miembros inferiores. Realizaron eco-doppler de piernas ulceradas o recientemente curadas en 500 pacientes. Asignaron al azar aquellos con reflujo venoso superficial, mixto y profundo con tratamiento compresivo solo o en combinación con cirugía venosa superficial. La compresión consistió en vendajes compresivos de varias capas cada semana hasta la curación y luego, medias elásticas debajo de la rodilla. Como resultado, los índices de curación en 24 semanas fueron similares en los grupos de compresión y de compresión más cirugía, pero los índices de recurrencia de úlceras en 12 meses fueron menores en el grupo de compresión más cirugía. Los autores demostraron que la curación de las úlceras no se mejora con la cirugía posiblemente porque el efecto hemodinámico de las medidas conservadoras es tan bueno como la combinación de cirugía y compresión. La presión del tobillo deseable por el vendaje compresivo es de 40 mmHg. Las medias elásticas sólo producen presiones de 18 a 24 mmHg, lo que podría explicar la falla de las medidas conservadoras para conferir largos períodos libres de recurrencia de úlceras. El eco-doppler posoperatorio ha demostrado que la cirugía venosa superficial revierte el reflujo segmentario en las venas profundas en 50% de los casos, así como también en las venas perforantes de la pantorrilla. La disminución de la recurrencia de úlceras en los pacientes que fueron operados probablemente se deba a la mejoría venosa anatómica y hemodinámica secundaria a la cirugía. De los pacientes con úlceras venosas crónicas, 85% pueden beneficiarse con cirugía. Los ancianos pueden ser operados con anestesia local. Sin embargo, es conveniente retirar la vena safena hasta la rodilla en los más jóvenes, lo que requiere anestesia general o regional. Los autores concluyen que la cirugía venosa superficial no aporta un beneficio adicional sobre el vendaje compresivo para la curación de úlceras venosas pero sí reduce la recurrencia de úlceras en pacientes con reflujo venoso aislado.

ANORMALIDADES VASCULARES QUE PREDICEN LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS

Estudio con tomografía helicoidal

Boston, EE.UU. :

La trombosis de las venas esplénica y mesentérica superior se correlaciona con la severidad de la pancreatitis

Fuente científica:

[**European Journal of Radiology** 52(1):67-72, Oct 2004] – aSNC

Autores

Mortelé K, Mergo P, Taylor H y colaboradores

En la mayoría de los pacientes con pancreatitis aguda, la inflamación es leve y resuelve en pocos días. Sin embargo, en 20 a 30% de los casos, puede ser severa y asociarse con complicaciones graves como necrosis pancreática extensa, absceso pancreático, falla multiorgánica y complicaciones vasculares peripancreáticas. En estudios con ecografía doppler se observó que las complicaciones vasculares eran más frecuentes en la pancreatitis inducida por alcohol que en la relacionada con cálculos biliares y se observó 57% de complicaciones vasculares en los casos de pancreatitis necrotizante. La tomografía computada helicoidal con contraste (TC) no sólo establece el diagnóstico de pancreatitis y su extensión, sino que también permite visualizar el compromiso vascular. Además, permite predecir la severidad de la pancreatitis al inicio y en evaluaciones posteriores usando el índice de severidad por TC (ISTC). Aunque existe una excelente correlación entre la morbilidad y mortalidad y el ISTC, no se sabe si las complicaciones extrapancreáticas están relacionadas con la severidad de la enfermedad. Los autores realizaron un estudio para evaluar las características tomográficas de las anomalías vasculares que complican la pancreatitis aguda. Las TC fueron clasificadas según el ISTC en pancreatitis leve, moderada y severa. Las anomalías venosas detectadas fueron trombosis de la vena esplénica (19%), trombosis de la vena mesentérica superior (14%) y trombosis venosa portal (13%). La trombosis venosa peripancreática se produce por estasis, espasmo y efecto de masa por el páncreas inflamado y por daño intimal directo de la pared venosa por las enzimas liberadas. Las características tomográficas de la trombosis venosa aguda o subaguda son una vena dilatada con un centro de baja atenuación que no refuerza con contraste y refuerzo en forma de anillo. En la trombosis crónica, la vena puede ser de tamaño normal o más chica con opacificación de las venas colaterales. En casos de trombosis venosa esplénica, el flujo es derivado hacia venas gástricas causando várices. En casos de trombosis venosa portal, debe considerarse la trombólisis intravascular o el puente porto-sistémico quirúrgico. Aunque la trombosis de las venas esplénica y mesentérica superior se correlaciona con la severidad de la pancreatitis, la trombosis venosa portal, no. La hemorragia arterial ocurre por digestión enzimática de la pared arterial o por ruptura de un pseudoaneurisma y es la más severa de las complicaciones vasculares, con una mortalidad del 37%. Los autores concluyen que el ISTC no es lo suficientemente preciso ya que no existe una correlación definida entre la prevalencia de complicaciones vasculares y la severidad de la pancreatitis.

ELEVACION DEL ACIDO LACTICO-D PLASMATICO EN LA APENDICITIS PERFORADA

Estudio en niños

Malatya, Turkía :

El nivel de ácido láctico-D plasmático es mayor en los pacientes pediátricos con apendicitis perforada que en aquellos con apendicitis no perforada y su medición constituye una importante herramienta diagnóstica

Fuente científica:

[**Asian Journal of Surgery** 27(4):303-305, Oct 2004] – aSNC

Autores

Demircan M, Cetin S, Uguralp S y colaboradores.

El diagnóstico precoz de apendicitis perforada es importante para reducir las tasas de morbilidad. La perforación del apéndice representa un riesgo especialmente en niños, quienes tienen índices de perforación entre 16 y 57%. La estadía hospitalaria y la morbilidad por apendicitis perforada excede ampliamente la producida por una apendicitis aguda. En la mayoría de los casos, el diagnóstico de apendicitis se establece por el interrogatorio y el examen físico. A pesar de los avanzados instrumentos diagnósticos existentes, el diagnóstico de apendicitis y la identificación de perforación o su ausencia, no siempre resultan fáciles. En caso de sospecha, el inicio de la adecuada terapia antibiótica en forma preoperatoria es fundamental para reducir las complicaciones debidas a la perforación. El ácido láctico-D (ALD), un producto de la fermentación bacteriana de los carbohidratos no absorbidos, se encontró en altas concentraciones en el plasma y orina de niños con isquemia mesentérica aguda, síndrome de intestino corto y enterocolitis necrotizante. La flora normal del tracto gastrointestinal está compuesta por *Escherichia coli*, *Lactobacillus*, *Klebsiella* y *Bacteroides* que producen ácido láctico-D. La isquemia del apéndice causa injuria mucosa y luego proliferación bacteriana; los niveles séricos de ALD aumentan conforme los productos del metabolismo bacteriano ingresan a la circulación, ya que los mamíferos no tienen las enzimas para metabolizar el ALD. Cuando ocurre la perforación, las bacterias proliferan en la cavidad peritoneal, con probable absorción de productos bacterianos –ALD– por el peritoneo inflamado. Los niveles plasmáticos de ALD son inferiores a 1 mg/dl en condiciones normales. Los autores realizaron una investigación para determinar el valor y la utilidad de los niveles de este compuesto para diferenciar apendicitis aguda perforada de la no perforada en niños. Se midieron los niveles de ALD en 44 pacientes pediátricos, 23 con apendicitis aguda y 21 con apendicitis perforada, antes de la laparotomía. Los niveles plasmáticos se determinaron por una técnica enzimática espectrofotométrica. Los pacientes con apendicitis perforada mostraron mayores niveles de ALD (3.970 ± 0.687 mg/dl) que los pacientes del grupo control (0.478 ± 0.149 mg/dl) y que los pacientes con apendicitis aguda (1.409 ± 0.324 mg/dl);p

CONTROVERSIAS Y FUTURAS PERSPECTIVAS EN EL MANEJO DE LOS CÁLCULOS BILIARES

Se analizan las distintas opciones en cirugía endoscópica y mínimamente invasiva para el diagnóstico y tratamiento de los cálculos de la vía biliar

Barcelona, España :

El advenimiento de las técnicas endoscópicas y mínimamente invasivas para el diagnóstico y tratamiento revolucionó el manejo de los cálculos de la vía biliar. Sin embargo aún existen controversias respecto del método óptimo de investigación y tratamiento. En esta revisión los autores sostienen que la elección de la estrategia diagnóstica y terapéutica dependerá de las circunstancias locales y de la experiencia disponible en cada institución.

Fuente científica:

[**HPB** 6(3):140-143, 2004] - aSNC

Autores

Targarona E, Bendahan G

El manejo diagnóstico y terapéutico de los cálculos de la vía biliar fue modificado sustancialmente en los últimos 25 años por la introducción de los avances tecnológicos en imagenología diagnóstica y en terapia mínimamente invasiva: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), esfinterotomía endoscópica (EE), colecistectomía laparoscópica (CL) y colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM). Sin embargo aún no existe consenso respecto del mejor procedimiento disponible. Debido a que la mayoría de los métodos tienen una baja sensibilidad diagnóstica, los cirujanos tienden a realizar un gran número de CPRE negativas previas a la CL, dando como resultado internaciones prolongadas y costos elevados. Los sistemas de puntaje que clasifican a los pacientes según el riesgo de albergar litos en la vía biliar podrían disminuir el número de CPRE a expensas de una tasa más alta de diagnósticos intraoperatorios a menos que se utilice la CPRM para complementar la información clínica. Este método tiene las ventajas de ser mínimamente invasivo, con una alta especificidad y sensibilidad diagnóstica. El tratamiento que generalmente se prefiere para los pacientes con una alta probabilidad de presentar litos en la vía biliar es la CPRE seguida de colecistectomía laparoscópica, pero el uso rutinario de la CPRE en este contexto tiene ciertas limitaciones: requiere costosa tecnología y endoscopistas entrenados. Una alternativa podría ser la utilización de una colangiografía durante la colecistectomía laparoscópica de manera de obtener un diagnóstico intraoperatorio. Sin embargo las ventajas son menos claras en el caso de la coledocotomía para la obtención de los litos, ya que su realización por vía laparoscópica requiere habilidades técnicas y equipamiento costoso y la colocación de un tubo en T en la vía biliar. Un trabajo controlado randomizado demostró que el tratamiento laparoscópico en un solo paso para los cálculos de la vía biliar disminuye el tiempo de internación en comparación con el tratamiento combinado EE-CPRE y CL. Las tasas de éxitos y de complicaciones fueron similares para ambos procedimientos. Los autores sostienen que la elección de la estrategia diagnóstica y terapéutica dependerá de las circunstancias y de la experiencia del equipo médico de cada institución ya que aún no existe una recomendación standard basada en la evidencia.

IDENTIFICACION DEL CARCINOMA PLEOMORFO DE PULMON POR TOMOGRAFIA

Estudio Descriptivo en 10 pacientes con diagnóstico de carcinoma pleomorfo

Seúl, Corea :

La tomografía computarizada con contraste permite identificar las características distintivas del carcinoma pleomorfo de pulmón y diferenciarlo de otras neoplasias primarias en esta localización.

Fuente científica:

[**Radiology** 232(2):554-559, Ago 2004] – aSNC

Autores

Kim TH, Kim SJ, Ryu YH y otros.

Los hallazgos de la tomografía computarizada (TAC) de tórax con contraste, podrían diferenciar al carcinoma pleomorfo de pulmón del resto de los tumores primarios en esta localización. Los hallazgos incluyen la presencia de un tumor de grandes dimensiones en la periferia pulmonar, de crecimiento rápido, con áreas centrales de baja atenuación luego de la inyección de contraste y que puede invadir las estructuras adyacentes como la pleura y la pared torácica. Se agrupa bajo el término de carcinoma pleomorfo de pulmón a distintas neoplasias que ocurren en esta localización. Estas neoplasias constituyen entre el 0.1 al 0.4% de los tumores malignos de pulmón. El carcinoma pleomorfo es frecuente en fumadores y la edad promedio en la que la neoplasia es diagnosticada es alrededor de los 60 años. Su evolución es rápida, la histología se caracteriza por un carcinoma de células no pequeñas combinadas con células fusiformes, células gigantes o ambas o por un carcinoma que posee solamente células fusiformes o células gigantes. Para ser considerado pleomorfo, la muestra debe tener al menos el 10% de células gigantes o fusiformes. Hasta el momento no existen estudios publicados acerca de las características de este carcinoma en las imágenes obtenidas por TAC, es por esto que se realizó un estudio para evaluar retrospectivamente los hallazgos imagenológicos y relacionarlos con los hallazgos de la anatomía patológica. Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de carcinoma pleomorfo de pulmón a los que se les practicó una TAC con contraste utilizando la técnica helicoidal. Los parámetros evaluados fueron: tamaño, localización, presencia de calcificaciones, valores de atenuación presentes en la masa tumoral, arquitectura de la masa tumoral e invasión de estructuras adyacentes. Los valores de atenuación fueron medidos en el centro del tumor antes de la inyección de contraste y en las áreas hiperdensas o hipodensas luego de esta. Estos valores se relacionaron con los hallazgos de la anatomía patológica. En 9 de los pacientes el tumor se localizó en la periferia con invasión de la pared torácica en 2 casos. En 7 pacientes se observó invasión pleural y tres pacientes presentaron adenopatías mediastinales, estas últimas fueron detectadas por TAC en 2 individuos. La presencia de áreas centrales de baja atenuación en la TAC con contraste se detectó en aquellos tumores cuyo diámetro superior era mayor a 5 cm. Al relacionar esta áreas con la anatomía patológica se encontró que correspondían a zonas tumorales de necrosis, hemorragia y degeneración mucoide. Sobre la base de los resultados, los autores concluyen que a diferencia de la radiografía convencional que no revela características que permitan sospechar la presencia de esta neoplasia, la TAC de tórax con contraste ofrece esta posibilidad. Los hallazgos sugerentes son: la presencia de un tumor de localización periférica de gran tamaño con áreas de baja atenuación central y con invasión de las estructuras adyacentes.