



Volumen 3, Número 1, Agosto 2005

Informes SIIC

RADIOTERAPIA Y RECURRENCIA LOCAL DEL CANCER DE MAMA

La radioterapia disminuiría el índice de recurrencia local de las neoplasias mamarias

Filadelfia, EE.UU. :

Los autores realizan un estudio prospectivo y evalúan los beneficios de la irradiación de toda la mama, y no sólo del lecho tumoral primario, en relación con las posibilidades de recurrencia local

Fuente científica:

[**International Journal of Radiation Oncology Biology Physics** 61(5):1328-1336, Abr 2005] – aSNC

Autores

Freedman G M, Anderson P R, Hanlon A L y colaboradores

La indicación estándar en los Estados Unidos para pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadio temprano, es la cirugía conservadora y el vaciamiento axilar. Diversos ensayos prospectivos aleatorios comparan este tratamiento con la mastectomía en estadios I o II, y no se hallaron diferencias significativas a largo plazo, en lo que se refiere a la sobrevida total. Hasta el 10% de las mujeres con este estadio desarrollarán una neoplasia ipsilateral como forma de recurrencia (R) dentro de los 10 años de la realización de la cirugía conservadora y el tratamiento radiante. En estos ensayos se indicó radioterapia dirigida a toda la mama, pudiendo o no realizarse una aplicación adicional sobre el lecho tumoral primario. Existen varios estudios que demuestran que la irradiación exclusiva del lecho tumoral no evitaría la aparición de enfermedad multicéntrica, en comparación con la irradiación de toda la mama, por lo que esta terapéutica implicaría una disminución en el riesgo de R local.

Sin embargo, el hallazgo de numerosas R locales en la vecindad del tumor, posterior al tratamiento quirúrgico exclusivo, demostraría que el principal beneficio de la radioterapia posoperatoria sería sobre el cuadrante afectado, más que sobre la piel o los otros cuadrantes.

El presente estudio incluyó 1990 mujeres, con diagnóstico de cáncer de mama en estadio 0-II, que hubiesen realizado tratamiento quirúrgico y radiante de toda la mama. 237 pacientes tenían carcinoma in situ, 1273 se encontraban dentro de un T1, y 480 de ellas tenían un T2. Se presentaron 120 R locales, pero sólo 71 lo eran verdaderamente, es decir que se encontraban exclusivamente en el cuadrante original, mientras que las 49 R restantes no comprometían dicho cuadrante. Se calculó el índice de R a 5, 10 y 15 años, durante un período de seguimiento de 80 meses.

En relación al índice de R local vs compromiso de otros cuadrantes, no se hallaron diferencias significativas en los 15 años de seguimiento. Sin embargo, el tiempo transcurrido hasta la aparición de la R fue distinto. La tasa de verdadera R local fue del 2%, del 5% y del 7%, a los 5, 10 y 15 años respectivamente. La R que no comprometía al cuadrante original fue infrecuente en los primeros 10 años de seguimiento, aunque posteriormente, el índice se incrementó. Por otra parte, la posibilidad de R no local a los 15 años fue de hasta un 50% menos que el índice de aparición de neoplasia mamaria contralateral.

Finalmente tras 15 años de seguimiento el índice de R no local es similar al de la verdadera R local, aún en mujeres que realizaron radioterapia de toda la mama. Estos hallazgos mostrarían el efecto terapéutico de la radioterapia de toda la mama principalmente para cuadrantes distintos que el original. Sería necesario aún un período de seguimiento más prolongado, a fin de evaluar los efectos de la radioterapia parcial, con o sin tamoxifeno, que demuestren que el riesgo de R no local no es mayor que con la irradiación de toda la mama.

LA CIRUGIA DEL CANCER DE MAMA COMO INDUCTORA DE METASTASIS

La intervención quirúrgica provocaría la proliferación de micrometástasis inactivas

Londres, Reino Unido :

Los autores realizan una reseña de la historia natural del cáncer de mama a través de los diversos tratamientos aplicados, en relación con una nueva controversia provocada por datos clínicos que sugieren que la cirugía aceleraría la aparición de metástasis

Fuente científica:

[**European Journal of Cancer** 41(4):508-515, Mar 2005] – aSNC

Autores

Baum M, Demicheli R, Hrushesky W y colaboradores

A la luz de nuevos informes clínicos, la cirugía en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, aceleraría la aparición de metástasis a distancia.

Desde hace siglos, el cáncer de mama ha sido motivo de preocupación de filósofos como Aristóteles, y ya Galeno, en su época, pensaba que este tipo de neoplasias era producto de un desequilibrio de los humores vitales. A pesar de que se practicaban cirugías de tumores pequeños, se creía que la tumorectomía producía muy pocos beneficios. El primer cambio importante ocurrió en el siglo 18, en el marco de la crisis del sistema de Galeno, los nuevos descubrimientos anatómicos y la aplicación de la microscopía. LeDran determinó que, existiendo compromiso ganglionar, la curación era mucho menos probable, lo que condujo a una época no intervencionista.

Las revoluciones terapéuticas ocurrieron cada vez que se reconocía que las intervenciones clínicas no producían los resultados positivos esperados, de acuerdo con el paradigma existente en ese momento. Los cirujanos premodernos se vieron influenciados por la posibilidad real de producir más daño que beneficio, al operar a una mujer con cáncer de mama. Hasta la aparición de Halsted, el consenso general era evitar la cirugía en estadios avanzados, salvo en casos muy especiales. La introducción de técnicas de antisepsia, anestesia y nuevos procedimientos quirúrgicos modificaron esta perspectiva en el siglo 20. En más de la primera mitad del siglo se realizaron cirugías agresivas, mientras que en las últimas décadas se intentó principalmente la reducción tumoral, de acuerdo con las enseñanzas de Fisher.

Desde la popularización de la mastectomía clásica radical hacia fines del siglo 19 hasta 1975, casi la mayoría de las pacientes fueron operadas con diversas modificaciones de esta técnica. Sin embargo, en ensayos aleatorios, no se pudo determinar beneficio en relación con la sobrevida, razón por la que aún en aquellas cirugías más radicales, las pacientes presentaban metástasis a distancia. Hasta el 30% de las mujeres sin compromiso ganglionar, y el 75% con ganglios positivos fallecieron a causa de la enfermedad dentro de los diez años, y no se hallaron indicios de curación tras el seguimiento durante 25 años. Desde la perspectiva actual existe un tratamiento, que no se condice con la doctrina biológica de Fisher. La radioterapia positivamente disminuye el número de pacientes fallecidas a causa de cáncer de mama en un 3% aproximadamente. En dos ensayos aleatorios y controlados, en los que se evaluaron los beneficios de la radioterapia posterior a la mastectomía, se observó una menor recurrencia local y una mayor sobrevida total a 10 años. En la actualidad una nueva crisis ha surgido, en relación con datos clínicos que sugieren que la cirugía podría acelerar la aparición de metástasis a distancia.

Una explicación posible sería que la cirugía induciría angiogénesis y proliferación de diversas micrometástasis inactivas.

Los autores concluyen que, aún a la luz de estos nuevos datos, la atención debe enfocarse en el equilibrio entre el paciente y la neoplasia.

CIERRE DIFERIDO DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS ABIERTAS DE ABDOMEN

El cierre secundario precoz se asocia con menor morbilidad

Houston, EE.UU :

Propuesta de técnica de cierre diferido con ventajas propias de la sutura temprana, en pacientes en que cabría esperar el cierre por granulación.

Fuente científica:

[**Scandinavian Journal of Surgery** 94(1):9-14, 2005] – aSNC

Autores

Scout B, Feanny M y Hirshberg A

El abdomen abierto es una entidad iatrogénica producto de la cirugía moderna. Dejar deliberadamente la herida de una laparotomía abierta, es una práctica estándar en situaciones clínicas que requieren reoperaciones o la descompresión por hipertensión intraabdominal. El control de complicaciones quirúrgicas o el manejo de infecciones abdominales, son ejemplos del primer caso, mientras que dejar la pared abdominal abierta después de la reparación de un aneurisma abdominal o la descompresión de un síndrome compartimental abdominal constituyen modelos de la segunda situación.

Dos opciones terapéuticas constituyen las prácticas más difundidas para realizar el cierre secundario de una herida quirúrgica abdominal: proceder al cierre dentro de la primera semana de la cirugía original o esperar a la granulación de la herida, proceso que puede durar entre 6 y 12 meses. En opinión de los autores, ahora se sumaría una tercera alternativa, que permitiría un cierre mediado pero, en un tiempo relativamente breve.

El cierre temprano es, en definitiva, un cierre primario retrasado, técnicamente sencillo por la proximidad de los bordes de la fascia. La sutura tardía representa en cambio, una técnica a la que se asocia importante morbilidad y mortalidad, cuando por el defecto de la pared queda expuesto el intestino. Sobre la base de estas circunstancias, los autores proponen una serie de cuatro medidas que posibilitarían el cierre, con las ventajas de la sutura temprana, en pacientes en que debería esperarse un cierre por granulación.

La primera medida, consiste en la preservación del espacio peritoneal.

En otras palabras, la técnica persigue la contención intraabdominal de las vísceras y lo logra con la colocación sucesiva de una lámina de polietileno, una capa de gasas y finalmente, tela adhesiva adherida a la piel. El polietileno actúa como una barrera física entre el intestino y la pared abdominal. La segunda disposición está en relación directa con la anterior y se trata de la colocación de una esponja en el interior de la herida, por debajo de la tela adhesiva, a la que se le adosa un drenaje con presión negativa. La absorción de la esponja y la aspiración llevan a un progresivo cierre de la herida, al mismo tiempo que protege de la fistulización. Los otros 2 conceptos lo constituyen, la utilización de dispositivos tipo abrojo que gradualmente vayan aproximando los bordes de la herida y la utilización de mallas biológicas de matriz dérmica acelular, una promisoriosa innovación en mallas de pared, ya que podría utilizarse en casos de infecciones.

En conclusión, los autores vislumbran una excelente perspectiva para el uso de estos métodos, solos o en combinación, en el tratamiento de los abdómenes abiertos, constituyendo una alternativa eficaz para prevenir las eventraciones y la morbilidad que se asocia por los defectos en el cierre de la pared abdominal.

LA ESPECTROMETRIA POR RESONANCIA MAGNETICA PERMITE UN DIAGNOSTICO MAS CERTERO DE NEOPLASIAS PROSTATICAS

Esta tecnología permite determinar conductas a seguir en pacientes con antígeno prostático elevado y biopsias negativas

Girona, España :

La espectrometría por resonancia magnética endorrectal brinda información conjunta de imágenes anatómicas y datos químicos de la glándula, por lo que constituye un método sensible para el diagnóstico de patologías prostáticas

Fuente científica:

[Archivos Españoles de Urología 58(2):151-159, Mar 2005] – aSNC

Autores

Comet Batlle J, Vilanova Busquets JC, Maroto Genover A y colaboradores

Estudios previos destacaron la relación existente entre el citrato prostático y la presencia o ausencia de cáncer de próstata. En ese sentido, los niveles de citrato en el tejido prostático normal o con hiperplasia benigna, son significativamente más elevados que en la zona neoplásica de la glándula. Como los valores de citrato son variables de acuerdo al sector de la glándula investigado, habitualmente se relaciona a este metabolito con la colina y la creatina que aumentan en el tejido maligno.

Cuantificar las concentraciones de estos metabolitos permite, entonces, diferenciar formaciones benignas de tejido potencialmente maligno. La espectroscopía de resonancia magnética endorrectal (ERME) se convierte, de ese modo, en la herramienta más avanzada para la detección precoz de cáncer de próstata. Su capacidad de detectar malignidad se extiende a la glándula central, localización en la cual, otros métodos diagnósticos se muestran menos sensibles y específicos. La glándula central es la zona de la próstata en que la neoplasia se localiza con menor frecuencia pero, donde a menudo adopta la misma intensidad de señal que el tejido hiperplásico. Debido a esta circunstancia, resulta difícil detectar tumores malignos por métodos morfológicos puros. La ERME permite evaluar las alteraciones metabólicas de toda la glándula prostática y en ese sentido, incrementa las posibilidades de detección de la neoplasia en ese sector.

Esta tecnología captura simultáneamente imágenes anatómicas de la próstata y datos espectroscópicos de los metabolitos, brindando información funcional y espacial de las anomalías. Cada uno de estos espectros tiene una configuración específica del cociente colina + creatina / citrato, y por consiguiente, cada zona de la glándula mostrará resultados, en función de esta relación, que indicarán posible neoplasia o tejido normal.

El desarrollo de esta técnica diagnóstica se convertiría, según los autores, en un importante elemento de apoyo, en particular cuando existe discordancia entre el examen clínico y el resultado de la anatomía patológica. En otras palabras, ofrecería datos precisos para manejar la incertidumbre que genera el cuadro clínico de un paciente con PSA elevado, pero con biopsias negativas.

Circunstancia que se potencia al aceptarse por consenso, que debe excluirse la biopsia rutinaria de la zona transicional por su bajo rendimiento.

La glándula central constituye la localización menos frecuente del cáncer de próstata, ya que aproximadamente el 20% de los tumores se originan en esta zona. Su diagnóstico se ve dificultado, no sólo por su prevalencia, sino porque además tienen la particularidad de que a menudo, se presentan con una densidad muy similar al adenoma en la RMN y en la ecografía endorrectal. En ese sentido, la ERME, concluyen los autores, ofrece una posibilidad, poco invasiva, para evaluar la estructura anatómica de la próstata en correlato con su estado funcional, permitiendo mejorar el diagnóstico y en definitiva, el tratamiento del cáncer prostático.

COMPARACION DE DIFERENTES VIAS DE ABORDAJE QUIRURGICO PARA LA HISTERECTOMIA

Comparación entre diversas técnicas quirúrgicas para la realización de histerectomías en pacientes con enfermedad benigna

Auckland, Nueva Zelanda :

Los autores realizan un metaanálisis en el que investigan la realización de histerectomías por medio de distintos procedimientos quirúrgicos, en términos de complicaciones mediatas e inmediatas, posibilidad de lesión visceral, tiempo de internación y recuperación

Fuente científica:

[**BMJ** 330(7506):1478-1481, Jun 2005] – aSNC

Autores

Johnson N, Barlow D, Lethaby A y colaboradores

En la actualidad, se realizan tres tipos de histerectomía, por vía abdominal, vaginal y laparoscópica. A pesar de que este último procedimiento es más largo, posee determinadas ventajas, tales como la posibilidad de diagnosticar y tratar otra enfermedades pelvianas, realizar cirugía anexial, la mejor hemostasia intraperitoneal y el menor tiempo de recuperación. Dentro de la histerectomía laparoscópica, se describen tres técnicas diferentes. En la técnica de histerectomía total por esta vía, la ligadura de los vasos uterinos se realiza de esta forma, por lo que se requiere un mayor grado de habilidad y muy pocos ginecólogos la realizan en la actualidad. El objetivo del presente estudio fue determinar el procedimiento quirúrgico, con más beneficios y menor cantidad de complicaciones, para realizar en mujeres con diagnóstico de enfermedad benigna.

Se realizó un metaanálisis y revisión sistemática de todos los ensayos aleatorizados y controlados. Se incluyeron mujeres con patología benigna y ensayos con informes de los resultados clínicos primarios (el tiempo hasta el retorno a las actividades cotidianas, la posibilidad de lesión visceral intraoperatoria y complicaciones a largo plazo) y secundarios (duración de la cirugía, complicaciones inmediatas y a corto plazo, y tiempo de internación). Finalmente, se incluyeron 3 643 participantes.

Los resultados establecieron que el tiempo hasta el retorno a las actividades cotidianas fue menor en casos de cirugía por vía vaginal o laparoscópica, en comparación con el abordaje abdominal. Las mujeres, a las que se les practicó histerectomía laparoscópica, presentaron mayor número de lesión de la vía urinaria, aunque no se hallaron diferencias significativas, comparando los tres métodos, en lo que se refiere a otro tipo de lesión. Con la técnica laparoscópica la duración de la cirugía fue menor, así como también el volumen de sangre perdido y el descenso de la hemoglobina; mientras que el tiempo de internación fue menor con el procedimiento por vía vaginal. Con la cirugía laparoscópica, se determinaron menores niveles de dolor posoperatorio, una mejor calidad de vida, apreciación de la imagen corporal y un incremento de la frecuencia de las relaciones sexuales, dentro de un período de seis semanas desde la cirugía.

No se hallaron diferencias significativas en lo que se refiere a la aparición de hematoma pelviano, infección de la cúpula vaginal, urinaria o torácica y eventos tromboembólicos.

Los autores establecen que la histerectomía por vía vaginal conllevaría mejores resultados secundarios, tales como el menor tiempo de internación, menor cantidad de episodios febriles o infecciones y el retorno temprano a la actividad cotidiana, en comparación con el procedimiento abdominal, por lo que aconsejan la vía vaginal.

En caso de no ser posible esta vía de abordaje, los autores recomiendan la cirugía laparoscópica, aunque entrañaría mayor posibilidad de lesión del uréter o de la vejiga.

DESCRIPCIÓN DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS EN PACIENTES CON CÁNCER DE PÁNCREAS

Existirían una serie de factores relacionados con la supervivencia de pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas

Nagoya, Japón :

Los autores realizaron una investigación en la que analizaron las características clínicas y patológicas de personas con diagnóstico de neoplasia pancreática, que hubiesen sido intervenidas quirúrgicamente, con el fin de determinar posibles factores pronósticos asociados a la supervivencia de largo plazo

Fuente científica:

[**HPB** 7(2):129-134, Jun 2005] – aSNC

Autores

Kure S, Kaneko T, Takeda S y colaboradores

En la actualidad, el cáncer de páncreas sigue siendo una de las neoplasias más graves, y la supervivencia tras la resección pancreática no es mayor de 5 años.

La introducción de nuevos procedimientos diagnósticos, tales como la tomografía computada, la ecografía y la angiografía digital, ha permitido determinar el grado de invasión tumoral y la conducta apropiada. Por otra parte, el perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas permitió la realización de extirpaciones radicales en algunos pacientes, aunque algunos científicos sostienen que la cirugía en estadios muy avanzados de la enfermedad no sería beneficiosa.

El objetivo del presente estudio fue determinar los factores pronósticos asociados a la supervivencia a largo plazo, tras la resección pancreática.

Durante el período 1981-1997, se realizó este tipo de cirugía a 182 pacientes, de los cuales sólo 8 sobrevivieron a 5 años. Los autores analizaron retrospectivamente toda la información con respecto a estos pacientes, principalmente, las características clínicas y patológicas y todo otro factor, que pudiese haber contribuido a la supervivencia.

Los parámetros evaluados fueron: localización y tamaño tumoral, compromiso de estructuras adyacentes, tales como el duodeno, la serosa pancreática, el retroperitoneo, la vena porta, la arteria hepática común, el plexo extrapancreático y el colédoco.

La tasa de supervivencia a 5 años, tras la resección pancreática, fue del 6.6%.

La edad media de estos pacientes fue de 58.3 años, y el período de supervivencia medio fue de 6.4 años. De los 8 pacientes, 3 no presentaron recurrencia de la enfermedad, 3 fallecieron por esta causa y 2 murieron debido a otra patología.

En la mayoría de los casos el tumor se localizó en la cabeza del páncreas, y en todos ellos se realizó linfadenectomía. En el 100% de los pacientes, se encontró invasión neoplásica; los tipos tumorales hallados fueron: carcinoma tubular (12.5%), adenocarcinoma moderadamente diferenciado (75%) y de tipo mucinoso (12.5%). El 62.5% presentó compromiso del conducto biliar intrapancreático, el 37.5% del duodeno, y el 50% invasión del retroperitoneo. El compromiso ganglionar se estableció en el 37.5% de los pacientes, y la invasión de la vena porta se confirmó en el 37.5% de los casos.

En la investigación, se determinó que los factores relacionados con la supervivencia a largo plazo serían la falta de compromiso de las arterias regionales, del plexo extrapancreático, la ausencia de metástasis ganglionar más allá de la localización del tumor y la resección quirúrgica completa del tumor.

Los autores concluyen que la cirugía, a realizarse en pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas, debería incluir la escisión total del tumor, la linfadenectomía regional, y la extirpación del plexo extrapancreático y tejidos retropancreáticos, a fin de posibilitar la supervivencia a largo plazo.

LA LAPAROSCOPIA COMO CIRUGIA DE ELECCION EN CASOS DE CANCER DE CUELLO UTERINO

La laparoscopia sería una técnica de abordaje adecuada en pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix en estadio temprano

Barcelona, España :

Los autores realizaron un estudio sobre 27 pacientes con diagnóstico de neoplasia de cuello uterino en estadio temprano, y demostraron la factibilidad de la laparoscopia como cirugía de elección en estos casos, en términos de intervalo libre de enfermedad y sobrevida total

Fuente científica:

[**Journal of Minimally Invasive Gynecology** 12(2):113-120, Mar 2005] – aSNC

Autores

Gil-Moreno A, Puig O, Pérez-Benavente M A y colaboradores

En la última década, la laparoscopia se ha convertido en una de las técnicas quirúrgicas de mayor crecimiento en ginecología, y su aplicación se incrementó, a partir de que posibilita una adecuada y completa linfadenectomía retroperitoneal. En relación con la utilización de una nueva vía de abordaje, es necesario demostrar no sólo su viabilidad técnica, sino también la baja tasa de morbilidad y mortalidad asociadas.

El presente estudio describe la experiencia inicial en la realización de histerectomía radical y linfadenectomía pelviana vía laparoscópica, en pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadio temprano, y compara los resultados a corto y mediano plazo.

Se realizó un estudio retrospectivo y no aleatorio, en el que se incluyeron 27 pacientes con cáncer de cérvix en estadio IA2 y IB1, de acuerdo con la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.

Los criterios de inclusión fueron: tamaño tumoral menor a 4 cm, buen estado de salud sin antecedentes de enfermedad cardiovascular u otros y la ausencia de compromiso ganglionar en los estudios de diagnóstico por imágenes prequirúrgicos. Se excluyeron a pacientes que hubiesen recibido quimioterapia o radioterapia. Fue registrada toda información relevante, es decir, antecedentes de cirugías previas, duración de la intervención, estimación del volumen de sangre perdido, complicaciones posoperatorias, diagnóstico histopatológico, cantidad de ganglios linfáticos resecaados, presencia de compromiso ganglionar microscópico, tiempo de internación, terapia adyuvante, seguimiento y estadificación de las pacientes en los controles posteriores.

Se realizaron 9 histerectomías tipo II y 18 tipo III con linfadenctomía pelviana bilateral por laparoscopia, y sólo en un caso se tuvo que convertir la cirugía.

El diagnóstico histopatológico fue carcinoma escamoso en 20 pacientes, adenocarcinoma en 6 y 1 carcinoma adenoescamoso. El porcentaje medio de ganglios pelvianos resecaados fue de 19.1%, y tres pacientes presentaron compromiso ganglionar microscópico. En todos los casos los márgenes quirúrgicos se encontraban libres de enfermedad y no se presentaron mayores complicaciones intraoperatorias. En el seguimiento a 32 meses la sobrevida total y el intervalo libre de enfermedad fue del 100%; ninguna paciente presentó signos de recurrencia.

La histerctomía radical laparoscópica es un método de abordaje factible de ser utilizado en pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino en estadio temprano, al verse asociada a un menor índice de morbilidad, en comparación con técnicas laparotómicas o vaginales.

COMPARACION DE LAS VIAS DE ABORDAJE QUIRURGICO EN EL CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Se analiza la sobrevida total de acuerdo al tipo de abordaje utilizado

Londres, Reino Unido :

Los autores realizan un estudio prospectivo en el que analizan la sobrevida de mujeres con diagnóstico de cáncer de endometrio en diferentes estadios, y comparan la cirugía por vía laparoscópica o laparotómica

Fuente científica:

[**Journal of Minimally Invasive Gynecology** 12(2):130-136, Mar 2005] – aSNC

Autores

Tozzi R, Malur S, Koehler C y colaboradores

El objetivo del presente estudio fue comparar la sobrevida de las pacientes con cáncer de endometrio (CE) intervenidas por laparoscopia o por la laparotomía.

El CE se presenta hasta en un 70% de los casos en mujeres posmenopáusicas, y suele asociarse con diabetes, obesidad e hipertensión, por lo que existe riesgo considerable al momento de decidir la vía de abordaje. La técnica quirúrgica que asegure una adecuada estadificación y reduzca la morbilidad, sin comprometer la sobrevida, será la de elección. De esta manera, se puede abordar por vía laparoscópica, en función de que permite la estadificación quirúrgica recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Las ventajas de esta técnica en relación con la laparotomía son la disminución de la incidencia de íleo posoperatorio, de infección de la herida quirúrgica y de fiebre, lo que permite una recuperación más rápida y un menor tiempo de hospitalización, que beneficiaría a este tipo de pacientes.

Los autores realizaron un ensayo clínico prospectivo en el que se incluyeron 122 mujeres con CE. A las pacientes en estadio I, I G3, IBG2 y IC, de acuerdo a la clasificación de FIGO, se les realizó linfadenectomía pelviana y paraaórtica.

Aquellas en estadio IBG1, en el caso de tener ganglios linfáticos pelvianos positivos, además de realizárseles la linfadenectomía pelviana, también se practicó la paraaórtica; mientras que en estadios más avanzados, como ser el III o el IV, la cirugía, realizada vía laparotómica, consistió principalmente en la reducción de la masa tumoral. A 63 pacientes se les realizó laparoscopia y a 59 laparotomía. El seguimiento se prolongó por 44 meses. El 12.6% del total de las mujeres intervenidas por vía laparoscópica presentó recurrencia de enfermedad, mientras que ésta alcanzó el 8.5% en aquellas en las que se realizó laparotomía ($p = 65$). Comparando ambos grupos, el tiempo de sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida total de las pacientes sometidas a laparoscopia y laparotomía, fue del 87.4% vs 91.6% y de 82.7% vs 86.5%, respectivamente. En los estadios I de FIGO el tiempo de sobrevida libre de enfermedad fue de 91.2% por laparoscopia vs el 93.8% por laparotomía. Los valores similares en relación con la sobrevida se convierten en un primer paso para la aceptación de la laparoscopia como la técnica quirúrgica adecuada en los casos de CE. Este método disminuye además toda una serie de complicaciones, como ser la infección o dehiscencia de la herida quirúrgica, la importante pérdida sanguínea y la parálisis vesical frecuentemente observada.

Los autores concluyen que el abordaje laparoscópico en pacientes con carcinoma de endometrio posee índices de sobrevida total comparables a los observados en la cirugía laparotómica, por lo que esta técnica podría aplicarse de rutina para dichos casos.

EXPANSION DEL SACO ANEURISMATICO DESPUES DE CIRUGIA DE EXCLUSION DEL ANEURISMA

La descompresión quirúrgica no sería necesaria en los pacientes con expansión del saco aneurismático sin presencia de endotensión

Albany, EE.UU. :

Sobre la base de la experiencia adquirida por los autores en la exploración quirúrgica de aneurismas que habían aumentado de tamaño después de una cirugía de exclusión, proponen conducta expectante cuando no se constatan signos de endotensión

Fuente científica:

[**Journal of Endovascular Therapy** 12(2):183-188, Abr 2005] – aSNC

Autores

Mehta M, Clement Darling III R, Chang B y colaboradores

El objetivo principal de la reparación endovascular de un aneurisma (REVA) es la exclusión del aneurisma de la circulación, y con ello de la presión arterial sistémica, para evitar que por sus características intrínsecas se produzca ruptura y muerte.

El aumento de tamaño del saco excluido de un aneurisma de aorta abdominal (AAA) después de una REVA, depende en gran medida por la presencia de filtración endotensiva o por complicaciones en el implante de stent. En este punto, existe consenso sobre que esta circunstancia es considerada un evento adverso y debería ser tratada lo antes posible. Sin embargo, se ha observado que la expansión del saco aneurismático ocurre en ciertas oportunidades, por causas que no tienen relación con una filtración endotensiva. Frente a esta condición, los autores proponen mantener una conducta expectante con seguimiento del comportamiento del aneurisma por intermedio de TAC cada 6 meses y sólo intervenir ante signos de falla del implante de stent. Llegan a estas conclusiones, sobre la base de la experiencia lograda en su institución, al realizar exploraciones quirúrgicas de pacientes con una expansión del saco aneurismático a posteriori de una cirugía de exclusión del AAA. Esta técnica tiene similitudes con la REVA debido a que ambas comparten la exclusión del saco aneurismático y por ende, constituye un modelo apto para evaluar el comportamiento del saco en ausencia de filtración endotensiva.

La investigación incluyó un seguimiento de 15 pacientes asintomáticos, en quienes se comprobó que tenían aumento del tamaño del saco aneurismático mayor a 1 cm, con evidencia de filtración o sin ella. A los pacientes con un escape demostrable, se les efectuó la embolización del saco del aneurisma o de los canales responsables de la filtración (arterias lumbares o mesentéricas), mientras que a los pacientes con crecimiento del saco aneurismático, pero sin escape identificable, se les realizó una cirugía exploratoria a cielo abierto.

Mediante la exploración demostraron que, en ausencia de perfusión del saco desde la arteria lumbar o mesentérica, la presión dentro del saco era menor que la sistémica y que el aumento de tamaño del saco aneurismático se producía por la trasudación de líquido seroso a través de las paredes adelgazadas del aneurisma o debido a la degradación proteolítica del trombo, como consecuencia de un desbalance entre los mecanismos fibrinolítico y de coagulación.

En la historia natural del comportamiento de un saco aneurismático excluido mediante cirugía para el AAA, numerosos pacientes progresan con el tiempo, hacia una disminución del tamaño del saco. Sin embargo en algunas ocasiones, los aneurismas excluidos aumentan su tamaño con flujo endotensivo identificable o sin él. En circunstancias en que la fuga se produce a través de la circulación colateral normal de la aorta abdominal, proceso denominado escape endotensivo tipo II, los autores proponen la reparación percutánea con embolización o el grapado laparoscópico. Por contrapartida, como los pacientes que presentan un aumento del saco sin endotensión tienen buen pronóstico, ya que no progresan a la ruptura, proponen una conducta expectante y la intervención sólo cuando se verifiquen signos de falla en el implante.