



Volumen 3, Número 2, Octubre, 2005

Informes SIIC

LAS ULCERAS DIABÉTICAS EN LOS TALONES TIENEN CURA

Su evolución es similar a la de las úlceras de los pies de cualquier etiología

Nottingham, Reino Unido:

Las úlceras en los talones de pacientes diabéticos suelen tener buena respuesta al tratamiento, incluso en las personas con comorbilidad importante y expectativa de vida limitada.

Fuente científica:

[**Diabetic Medicine** 22(9):1258-1262, Sep 2005] – aSNC

Autores

Chipchase S Y, Treece K A, Pound N, Game F L y Jeffcoate W J

Las úlceras en los talones de los pacientes diabéticos son un desafío clínico importante, especialmente en los ancianos y en la presencia de comorbilidad. No existen pautas claras para su tratamiento y su curación suele ser un proceso prolongado y variable.

Debido a la falta de información acerca de la evolución de estas úlceras, los autores recogieron en forma prospectiva los datos de todos los pacientes diabéticos con úlceras en los talones que fueron referidos a una clínica multidisciplinaria especializada en esta patología entre el 1 de Enero de 2000 y el 30 de Noviembre de 2003.

De las 157 úlceras de talón observadas, 3 fueron excluidas del análisis, pues estaban asociadas a osteomielitis. La muestra quedó conformada por 154 úlceras de 97 pacientes (121 extremidades). En un lapso promedio de 200 días (rango: 24-1225 días), 101 úlceras fueron curadas (65.6%); 11 necesitaron amputación mayor (7.1%), 30 permanecieron sin resolución al momento de la muerte del paciente (19.5%) y 12 quedaron sin cicatrizar (7.8%). Las úlceras se resolvieron en 59 de los 97 pacientes afectados (60.8%) y, de las 26 personas que fallecieron durante la investigación (26.8%), 20 no habían presentado mejoría de la lesión estudiada. Los peores resultados fueron observados en las úlceras más grandes y en las extremidades con evidencia clínica de enfermedad arterial periférica.

Los análisis estadísticos mostraron que, al tener en cuenta el tamaño de la úlcera y los signos clínicos de patología arterial, era posible predecir la cicatrización en el 70.1% de los casos.

La presente investigación indica que la evolución de las úlceras en los talones de los pacientes diabéticos es mejor que la esperada por la creencia popular; de hecho, es semejante a la de cualquier úlcera de los pies: alrededor de las dos terceras partes cicatrizarán. Con todo, el tiempo promedio para la curación de estas úlceras (200 días) es mayor que el que necesitan otros pacientes sin diabetes con lesiones similares (126 días).

El manejo de la población estudiada fue relativamente conservador: de los 54 individuos que no presentaban pulsos pedios, sólo 17 fueron sometidos a una revascularización. A pesar de que muy pocos casos recibieron alguna intervención quirúrgica menor, el porcentaje de los pacientes con lesiones curadas (60.8%) fue semejante al de investigaciones previas que adoptaron conductas terapéuticas más agresivas (56.5% a 73%). Los autores recuerdan que la evolución favorable de los pacientes depende de numerosos factores: comorbilidad, resistencia a la cirugía, severidad de enfermedad arterial periférica, tamaño y duración de la úlcera e infección ósea asociada.

Los autores finalizan señalando la necesidad de llevar a cabo estudios prospectivos que permitan evaluar los costos y los beneficios de las intervenciones quirúrgicas en los pacientes con úlceras de talón, especialmente el papel de la revascularización en los pacientes con diferentes grados de isquemia. Resaltan también que la alta incidencia de curaciones y la relativamente baja incidencia de grandes amputaciones deberían ser datos alentadores para los pacientes y sus cuidadores.

EFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DEL MANEJO QUIMIOTERAPICO DEL LINFOMA GASTRICO

Análisis de los resultados de la estrategia de preservación del órgano

Seúl, Corea :

Los casos de linfoma primario gástrico, excepto los de tipo MALT, pueden ser tratados sólo con quimioterapia. La tasa de respuesta completa a ésta es de 83.7%, y la mediana de supervivencia de 47.4 meses, con variaciones según el estadio de la enfermedad en el momento de recibir el tratamiento.

Fuente científica:

[**Leukemia & Lymphoma** 46(9):1329-1335, Sep 2005] – aSNC

Autores

Oh D, Choi I, Kim J y colaboradores

El linfoma gástrico puede ser manejado en forma efectiva y segura sólo con quimioterapia, excepto el linfoma de tipo MALT.

A pesar que la incidencia de linfoma primario gastrointestinal no Hodgkin se encuentra en aumento, éste aún representa una entidad maligna infrecuente del tracto gastrointestinal. Sin embargo, comprende del 4% al 20% de todos los linfomas no Hodgkin, de los cuales el linfoma gastrointestinal representa el linfoma de localización extranodal más frecuente. En general, la mayoría de los estudios realizados sobre el linfoma gastrointestinal presentan limitaciones. En primer lugar, la incidencia de la enfermedad es baja, por lo que se incluyen pocos casos; en segundo lugar, se han empleado numerosos sistemas de estadificación y clasificación histológica; en tercer lugar, se han aplicado modalidades terapéuticas sin existir un consenso, y, por último, la mayoría de las investigaciones han sido retrospectivas. Entre los linfomas primarios gástricos no Hodgkin, aquellos de tipo MALT han demostrado una fuerte asociación con *Helicobacter pylori*, y la erradicación de éste con antibióticos es recomendada como su tratamiento inicial. Sin embargo, en el caso de los demás linfomas gástricos primarios, aún no se ha establecido la modalidad terapéutica definitiva; el papel exacto de la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia aún es controvertido. En los casos de enfermedad localizada (estadios IE y II1E), se debate la necesidad de cirugía o de radioterapia para su control. Por otro lado, en los casos de enfermedad extensiva (estadios II2E, IEE y IV), la primera modalidad terapéutica es la quimioterapia sistémica. En el presente trabajo, sus autores investigaron si puede manejarse el linfoma gástrico primario (excepto el linfoma tipo MALT) en forma efectiva y segura sólo con quimioterapia y sin cirugía ni radioterapia.

Entre los años 1999 y 2001, fueron incluidos en el estudio 58 pacientes con linfoma gástrico primario de reciente diagnóstico y que fueron tratados en forma inicial con quimioterapia. Se excluyeron los casos de linfoma de tipo MALT.

Todos los pacientes recibieron inicialmente una quimioterapia con antraciclina.

El 41.1% presentaba síntomas B. El tipo de células B grandes difusas fue el más común (74.1%).

Los estadios IE y II1E representaron el 51.7% de los casos, mientras que el restante 48.3% estaba formado por los estadios II2E, IEE y IV.

El índice internacional de pronóstico (IPI, por su sigla en inglés) fue bajo en el 39.7% de los casos, intermedio bajo en el 22.4%, intermedio alto en el 15.5%, y alto en el 22.4%. La tasa de respuesta completa luego de la quimioterapia de primera línea fue de 71.4%, mientras que la tasa de respuesta parcial fue de 12.2%. Entre los pacientes que no mostraron una respuesta completa, se logró una mayor respuesta con una segunda línea de quimioterapia que incluyó etopósido.

Finalmente, la máxima tasa de respuesta completa fue de 83.7% (92% para los estadios IE y II1E y 75% para los estadios II2E, IEE y IV). La mediana de la supervivencia global fue de 47.4 meses (84.7 meses para los dos primeros estadios, y 32.5 meses para los estadios de enfermedad extensiva), y la supervivencia a 5 años fue de 46%.

El 5.6% de los pacientes presentó una hemorragia como complicación, que fue controlada por embolización o por tratamiento conservador. No se registró ningún caso de perforación. Fue posible la preservación del órgano en el 98% de los casos. Un análisis multivariado mostró que sólo el IPI tenía una influencia significativa en la supervivencia.

Los autores concluyen que los casos de linfoma gástrico primario (excepto los de tipo MALT) pueden ser manejados en forma efectiva y segura con una estrategia de preservación del órgano y la aplicación de quimioterapia.

EFICACIA DE LA CIRUGIA DE HERNIAS INGUINALES POR LAPAROSCOPIA

Las ventajas costo beneficio hacen del método una opción válida para los servicios públicos de salud

Farnborough, Reino Unido :

La cirugía laparoscópica transabdominal preperitoneal libre de tensión de las hernias inguinales representa un método eficaz y con ventajas costo beneficio considerables.

Fuente científica:

[**Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques** 15(3):285-289, Jun 2005] – aSNC

Autores

Singhal T, Balakrishnan S, Paix A y El-Hasani S

La implementación de la laparoscopia en la reparación de hernias inguinales en los servicios nacionales de salud británicos, brindó la oportunidad de contar con casuística adecuada para determinar viabilidad y practicidad del método. En ese sentido, la reparación laparoscópica transabdominal preperitoneal libre de tensión se revela como un procedimiento eficaz y conlleva mejor relación costo beneficio que la cirugía tradicional debido a que, el mayor costo inherente al método debe contrastarse con la más rápida recuperación para las actividades habituales que presenta el paciente.

Un total de 377 pacientes con edades entre 16 y 89 años, compusieron la serie de casos que presentaron los autores. De ellos, 241 fueron intervenidos y dados de alta el mismo día y 136 permanecieron internados.

Cabe destacar que, durante las intervenciones aproximadamente un 20% de hernias contralaterales fueron descubiertas de manera casual, y tratadas en el mismo acto operatorio. En cuanto a las complicaciones, los autores refieren baja incidencia. En un paciente se lesionó la arteria epigástrica inferior, la cual fue engrampada, mientras que 17 presentaron seromas postoperatorios que resolvieron, la mayoría, espontáneamente en 3 meses. Las recidivas alcanzaron al 0,17% de los casos.

El objetivo principal de este tipo de operación es la colocación de una malla de red de tamaño adecuado por detrás del plano musculo aponeurótico, cubriendo la debilidad de la pared abdominal. Este procedimiento se dificulta por una abordaje anterior convencional.

Con todo, los autores concluyen que el abordaje laparoscópico representa un método eficaz para el tratamiento de las hernias inguinales. Algunas dificultades son esperables en presencia de hernias irreductibles y en aquellos pacientes que experimentaron cirugías pelvianas previamente, sin embargo, opinan que con entrenamiento adecuado pueden ser resueltos.

Asimismo, destacan que con esta técnica se brinda al paciente un método menos invasivo, menos doloroso y que permite el rápido retorno a sus actividades habituales. En cuanto a los costos para los servicios de salud, hacen hincapié en que todo el instrumental que requiere la técnica laparoscópica puede ser reutilizado, como también que, la mayoría de los pacientes no deben permanecer internados y que el tratamiento de las hernias descubiertas casualmente liberan a la institución de una futura intervención. Estas circunstancias otorgan al método considerables ventajas costo beneficio.

LA EDAD EN EL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO DE CANCER DE MAMA ES FACTOR PRONOSTICO DE SUPERVIVENCIA

Las pacientes menores de 40 años tienen peor pronóstico que las pacientes con edades mayores

Herston, Australia :

Una investigación de la supervivencia a 10 años en 393 pacientes con cáncer de mama demostró que la edad en el momento del diagnóstico, el tamaño tumoral y la presencia de ganglios axilares constituyen indicadores de pronóstico independientes.

Fuente científica:

[**ANZ Journal of Surgery** 75(9):762-767, Sep 2005] – aSNC

Autores

Jayasinghe U, Taylor R y Boyages J

Estudios anteriores acerca de la influencia de la edad como factor pronóstico de la supervivencia por cáncer de mama mostraron resultados contradictorios. Así, mientras algunos destacaban que una edad joven en momentos del diagnóstico se asociaba con peor pronóstico, otros estudios la identificaban con ningún tipo de impacto o incluso, con mejores desenlaces. La presente investigación determinó que la edad al diagnóstico constituye un factor pronóstico como lo son el tamaño tumoral y el estado ganglionar.

Se evaluó la supervivencia de 393 mujeres con un primer diagnóstico de cáncer de mama e incluyó el análisis de múltiples variables tales como edad, tamaño tumoral, número de ganglios axilares positivos y grado histopatológico con sus respectivos entrecruzamientos. Las pacientes fueron categorizadas por edad en jóvenes, cuando tenían menos de 40 años; mediana edad, entre 40 y 69 años; y finalmente pacientes mayores si superaban los 69 años.

Del análisis de resultados se desprende que, el porcentaje de pacientes jóvenes que presentaban supervivencia a los 10 años alcanzaba al 49%. Este porcentaje fue sensiblemente menor al 73% de las mujeres de mediana edad. La diferencia fue más significativa aún, cuando se trató de pacientes con ganglios axilares negativos. En ese sentido la supervivencia lograda fue del 68% contra 90% del alcanzado por mujeres de mediana edad y el 80% de las pacientes mayores. Luego de ajustar todos los parámetros investigados, las mujeres menores de 40 años tienen mayor riesgo de mortalidad que las pacientes de mayor edad, siendo las pacientes con edades entre 40 y 69 quienes presentan los mayores índices de buen pronóstico. Ahora bien, como contrapartida, los investigadores observaron que las pacientes jóvenes a quienes se les diagnosticaron tumores menores a 20 mm y presentaban ganglios negativos tuvieron buen pronóstico.

En conclusión, los resultados obtenidos en la investigación dieron cuenta que las pacientes menores de 40 años al momento en que se diagnosticó cáncer de mama tenían peor pronóstico, constituyendo la edad, un factor pronóstico para la supervivencia que debería adicionarse a otros factores como tamaño del tumor y presencia de ganglios axilares. En ese sentido, los autores destacan que la edad al momento del diagnóstico debe ser considerado como un factor importante para las decisiones acerca de la conveniencia o no de terapia adyuvante, independientemente del estado ganglionar.

LA NEFRECTOMIA RADICAL POR LAPAROSCOPIA ES EFECTIVA Y SEGURA EN EL TRATAMIENTO DE TUMORES RENALES

Revisión de 100 pacientes tratados con la técnica laparoscópica

Sydney, Australia:

La nefrectomía radical por vía laparoscópica es una técnica eficaz y segura para el tratamiento de tumores de células renales confinados al órgano, y se logran resultados similares a los de la cirugía convencional.

Fuente científica:

[**ANZ Journal of Surgery** 75(7):593-596, Jul 2005] – aSNC

Autores

Cheung M, Lee Y, Rindan R y Lau H

Desde la primera noticia que dio cuenta de una nefrectomía por laparoscopia en 1991, el método creció en popularidad entre los expertos en urología. Sus ventajas cosméticas, en la necesidad de analgésicos y acerca de las estadas hospitalarias han sido demostradas. A pesar de ello, como técnica para el tratamiento de tumores renales no es habitualmente recomendada debido, en parte, a la escasez de resultados de seguimientos a largo plazo. Sin embargo, para los autores de esta investigación, la nefrectomía radical por laparoscopia representa un método seguro y efectivo para el tratamiento de carcinomas de células renales localizados.

Se apoyan en los resultados obtenidos al haber realizado este tipo de intervención en 100 pacientes con dicha neoplasia. La totalidad de las operaciones fueron realizadas por vía transperitoneal, en virtud de que, posibilitaba mayores campos de acción que el abordaje retroperitoneal. En la serie presentada, la nefrectomía radical siguió los principios inherentes a la misma intervención realizada a cielo abierto, con la exéresis del riñón en bloque con la fascia de Gerota. La adrenalectomía dependió del tamaño y localización del tumor. Los resultados totales obtenidos en esta serie fueron, según los autores, similares a los que reportan otros trabajos sobre nefrectomía por abordaje abdominal. Luego de un seguimiento de 30 meses, se constató que en 2 pacientes surgieron recidivas en el lecho renal y en 5 ocurrieron metástasis.

Quizás el hecho significativo, destacan los autores es que en estos pacientes predominaron tumores en estadio 3. Pero, en concreto, la supervivencia promedio a los 5 años, libres de recurrencia, alcanzó al 91.6% de los pacientes.

Sobre la base de investigaciones anteriores acerca de nefrectomías convencionales, para los autores, exéresis parciales podrían realizarse en pacientes con tumores menores a 4cm de diámetro. En ese sentido y pese a que en la serie presentada, algunos pacientes presentaban tumores por debajo de ese guarismo, los autores decidieron realizar nefrectomías totales debido a que la técnica de la nefrectomía parcial por laparoscopia no ha sido aún normalizada.

En esencia, los autores definen a la nefrectomía total por laparoscopia como una técnica efectiva y segura para el tratamiento de los tumores de células renales confinados al órgano. Los desenlaces clínico oncológicos, luego de 30 meses de seguimiento, muestran que el método es exitoso.

FACTORES PREDISPONENTES PARA LA RETENCION URINARIA EN EL POSOPERATORIO INMEDIATO

La incidencia de este trastorno alcanza al 16% de los pacientes operados

París, Francia :

La edad mayor de 50 años y el hecho de haber recibido durante la cirugía más de 750 ml de fluidos constituyen factores de riesgo para la retención urinaria, que deben tenerse en cuenta en la sala de recuperación anestésica.

Fuente científica:

[**Anesthesia & Analgesia** 101(2):592-596, Ago 2005] – aSNC

Autores

Keita H, Diouf E, Tubach F y colaboradores

La retención urinaria constituye un problema postoperatorio frecuente que puede provocar sobredistensión vesical y daño permanente del músculo detrusor. En ese sentido, determinar bajo que circunstancias hay mayor riesgo de que ocurra en el período posquirúrgico inmediato es esencial para el éxito del acto anestésico.

Para los autores de esta investigación, debe prestarse especial atención a pacientes mayores de 50 años que recibieron más de 750 ml de fluidos intraoperatorios o en quienes se demuestra un volumen vesical mayor a 270 ml en momentos del ingreso a la sala de recuperación anestésica.

Para ello, se torna necesario el control del contenido vesical mediante ecografías.

El objetivo de los investigadores era identificar factores predisponentes para retención urinaria precoz para optimizar los cuidados postanestésicos. De ese modo, iniciaron una investigación prospectiva que incluyó 313 pacientes adultos.

A cada paciente se le controló el volumen vesical con ecografía en momentos en que ingresaba a la sala de recuperación y luego de vaciada la vejiga. Se consideró retención urinaria cuando el volumen vesical superaba los 600 ml y el paciente era incapaz de vaciar la vejiga espontáneamente por 30 min. Del análisis de resultados surgió que esta condición se presentó en el 16% de los pacientes, y los factores más frecuentemente relacionados incluyeron: edad mayor a 50 años, cirugía mayor, tiempo de anestesia más prolongado, reposición de líquidos en el acto quirúrgico mayor a 750 ml y volumen vesical al ingreso a sala de recuperación mayor a 270 ml. La degeneración, que se produce con la edad, en la vía espinal supraespinal con que se controla el llenado vesical, la retención y el vaciado voluntario, explicaría el incremento de la incidencia de retención urinaria en los pacientes mayores de 50 años. Por otra parte, al contrario de lo que, diversos estudios habían sugerido, género, antecedentes de trastornos genitourinarios, lugar de la cirugía y la administración intraoperatoria de drogas atropínicas no representaron factores de riesgos para los pacientes de esta serie.

En esencia, los investigadores hacen notar que en el postoperatorio inmediato, la retención urinaria tiene una incidencia del 16%. Considerando el impacto que tiene esta situación, sugieren la evaluación por ultrasonografía de los pacientes que ingresan a una sala de recuperación, en particular para aquellos mayores de 50 años y en quienes recibieron más de 750 ml en el acto quirúrgico.

UTILIDAD DE IMÁGENES EN 3 DIMENSIONES PARA LA PLANIFICACION DE CIRUGIAS PLASTICAS

El tratamiento digital de las imágenes permite pronosticar los resultados posoperatorios

Roma, Italia :

La obtención de imágenes en 3 dimensiones con escáneres láser y su análisis por computadora posibilita una adecuada planificación preoperatoria, la creación de implantes personalizados, y el debate con el paciente acerca de los resultados.

Fuente científica:

[**Indian Journal of Plastic Surgery** 38(1):22-26, Jun 2005] – aSNC

Autores

Alfano C, Mezzana P y Scuderi N

Los avances tecnológicos posibilitaron la creación de imágenes en 3 dimensiones (3D) capaces de brindar información anatómica y funcional de diversos órganos y sistemas. Cobra importancia en el campo quirúrgico habida cuenta de que permite representaciones espaciales que facilitan la planificación de las intervenciones. Así, la reconstrucción en 3D por computadora, de imágenes obtenidas por escáneres permite simular la técnica quirúrgica en cirugía plástica y discutir con el paciente los resultados que se obtendrían, como también determinar las medidas adecuadas del implante que se va a colocar.

El escáner por láser permite capturar objetos físicos, tales como estructuras y geometrías complejas y convertirlos en datos digitales con los que se construye un modelo en la computadora similar al real. La imagen resultante puede ser exportada a paquetes de diseño asistido por computadora (CAD) con los cuales planificar las intervenciones quirúrgicas como, si fuera un modelo real. Sobre esa base, los autores encararon una investigación que incluyó 15 pacientes que iban a someterse a cirugías plásticas. En 9 pacientes se hicieron las imágenes 3D previamente a la cirugía para agrandamiento de busto, en 3 para planificar las correcciones más adecuadas por asimetría mamaria y en 3 para evaluar la mejoría luego de infiltraciones con ácido poliláctico para síndrome de Romberg.

En las 9 pacientes afectadas de hipoplasia mamaria, los autores demostraron satisfactoriamente la utilidad de la simulación quirúrgica en la predicción de los resultados, comparando las imágenes obtenidas antes de la cirugía con las obtenidas luego. Resultados similares se obtuvieron en las pacientes con asimetrías de mamas, mientras que en los pacientes con enfermedad de Romberg, se objetivó la mejoría en los volúmenes faciales y como se obtenía la simetría.

En otras palabras, según los autores con las imágenes en 3D obtenidas por escáneres láser es posible simular el acto quirúrgico, proceso por el cual se puede analizar las estructuras anatómicas y debatir con el paciente los resultados esperables. Asimismo, se muestra como un método efectivo para evaluar que volumen de implante protésico cumple las expectativas estéticas de cirujano y paciente, en particular para aquellos casos con asimetrías, donde las imágenes en 3D permiten la creación de modelos sólidos tendientes a la producción de implantes personalizados. Finalmente, para los autores este método aplicado en la planificación de las cirugías se traduce en una reducción del tiempo quirúrgico.

LA REPARACION DE LA DEHISCENCIA UTERINA IMPLICA MENOR RIESGO DE RUPTURA EN FUTUROS EMBARAZOS

El diagnóstico del defecto de pared uterina es completamente factible por ecografía

Berlín, Alemania :

La reparación quirúrgica de la dehiscencia de herida de la pared anterior del útero que sigue a una cesárea implica menos posibilidades de ruptura uterina en gestaciones posteriores.

Fuente científica:

[**Journal of Perinatal Medicine** 33(4):324-331, 2005] – aSNC

Autores

Klemm P, Koehler Ch, Scheneider A y colaboradores

La cesárea es la más frecuente de las cirugías obstétricas y su incidencia continúa en expansión en países occidentales. Aunque la ruptura uterina luego de esta intervención es infrecuente, cuando ocurre provoca gravísimos efectos en la madre y el feto. Aunque es posible evaluar la cicatriz uterina mediante ultrasonografía, no se ha establecido cuales son las estrategias terapéuticas recomendadas para pacientes con sospecha de dehiscencia de herida. Sobre esa base, los autores proponen que un abordaje laparoscópico y vaginal o vaginal solo para reparar la deficiencia de la pared uterina, se traduce en una reconstitución tisular adecuada que permite una nueva gestación con riesgos mínimos de ruptura uterina.

Un total de 5 pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente para repar la dehiscencia de herida que siguió a una cesárea. En todos los casos, el defecto de pared anterior se diagnosticó con ecografía trasvaginal, que mostraba áreas circulares hipoecogénicas en combinación con adelgazamiento de la pared anterior. Por otra parte, 4 pacientes referían dolor recurrente en pelvis o dismenorrea o ambos. En otro orden de cosas, a las pacientes se les solicitó no quedar embarazadas hasta 6 meses luego de reparado quirúrgicamente el defecto, y en ese sentido les prescribieron métodos anticonceptivos. En cuanto a la técnica quirúrgica, en 2 pacientes se realizó histerotomía vaginal anterior, mientras que en las 3 restantes se prefirió una técnica combinada de laparoscopia y abordaje vaginal. Esta circunstancia estuvo motivada por el tamaño y la localización del defecto. Procedieron a la exéresis del tejido dehiscente y la resutura posterior. Después de 30 meses de seguimiento comprobaron que todas las pacientes tenían remisión de síntomas y las ecografías de control demostraron que el déficit en la estructura de la pared uterina no había recidivado.

Hasta el momento, manifiestan los autores, no hay protocolos para el abordaje terapéutico de la dehiscencia que sigue a una cesárea. Las recomendaciones ocupan una amplia franja que va desde la conducta expectante hasta la histerectomía, pasando por intervenciones de reparación. De ahí que, los autores propongan que, sobre la base de su experiencia, la reparación quirúrgica constituye un método seguro y eficiente para reparar la pared uterina. Hecho confirmado en la medida que no se repitió la dehiscencia en embarazos subsiguientes.

COMPLICACIONES LUEGO DE SUPERVIVENCIA A 10 AÑOS DEL TRASPLANTE CARDIACO PEDIATRICO

Revisión de la casuística de un centro especializado

Harefield, Reino Unido :

En la supervivencia tardía al trasplante cardíaco en la infancia, las complicaciones más frecuentes son el abandono del tratamiento inmunosupresor y la insuficiencia renal.

Fuente científica:

[**European Journal of Cardio-Thoracic Surgery** 27(5):790-794, May 2005] – aSNC

Autores

Radley Smith R, Wray J, Khaghani A y Yacoub M

La supervivencia dentro del año de realizado un trasplante cardíaco pediátrico ha evolucionado favorablemente en la última década. Las razones para esta mejoría estarían dadas por la mejor selección de pacientes, los avances en la conservación del órgano donado, la modificación de las técnicas quirúrgicas y los progresos en los cuidados periquirúrgicos. Los resultados en la supervivencia temprana han conducido a un incremento progresivo de la supervivencia tardía, pero, ha condicionado la aparición de complicaciones diferidas. Este hecho llevó a realizar diversas investigaciones con esta población para poder identificar los factores de riesgo de fracaso tardío en pos de evitarlos.

Para los autores, la no adherencia al tratamiento inmunosupresor y el control de la insuficiencia renal constituyen los condicionantes de la supervivencia tardía sobre los que se debe trabajar. Llegan a esta conclusión luego de un seguimiento por más de 10 años de 74 pacientes menores de 16 años de edad con trasplante cardíaco. Al año de realizado el trasplante, 72 pacientes presentaban una supervivencia adecuada, mientras que 2 sufrieron daño neurológico al momento de la cirugía. Después de los 10 años, ocurrieron 10 muertes, que incluyeron 2 decesos por enfermedad coronaria, 1 debido a enfermedad linfoproliferativa, 3 por insuficiencia renal, 3 debido a rechazo agudo del órgano por discontinuar el tratamiento inmunosupresor y 1 muerte por neumonía asociada. Aunque el rechazo tardío fue infrecuente en la serie de pacientes evaluados, cuando ocurrió, las consecuencias fueron graves en términos de supervivencia, debido a que progresó a enfermedad coronaria en el corazón injertado. En estos pacientes, la complicación ocurrió por interrupción del tratamiento inmunosupresor.

La enfermedad coronaria del corazón trasplantado es la causa más frecuente de muerte en adultos trasplantados, así como en niños. En la serie estudiada, el 11% de los pacientes la padecieron después de 10 años y en todos ocurrió después de por lo menos 2 episodios de rechazo, en particular, si el primero ocurría antes del primer año desde el trasplante. En la serie de este trabajo, 8 pacientes sufrieron insuficiencia renal grave, de los cuales fallecieron 3.

Los autores concluyen que la supervivencia de más de 10 años desde un trasplante cardíaco pediátrico constituye una realidad en crecimiento, sin embargo trabajar sobre la adherencia a los tratamientos inmunosupresores y en el deterioro de la función renal son los mayores desafíos.

ASOCIACION ENTRE DATOS CLINICOS Y DE LABORATORIO CON HALLAZGOS ECOGRAFICOS EN EL DOLOR DEL CUADRANTE SUPERIOR DERECHO ABDOMINAL

Estudio en 177 pacientes

Nueva Orleans, EE.UU. :

La fosfatasa alcalina, la presencia del signo de Murphy, el recuento elevado de glóbulos blancos y el aumento de bilirrubina total son factores predictivos de la presencia de colecistitis aguda en un paciente con dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, antes de su confirmación por ultrasonido.

Fuente científica:

[**Southern Medical Journal** 98(2):155-161, Feb, 2005] – aSNC

Autores

Mills L, Mills T y Foster B

Ciertos hallazgos clínicos y de laboratorio en los pacientes que se presentan a la consulta de emergencia con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen parecen ser de utilidad en la predicción de la presencia de colecistitis aguda (CA), antes de su confirmación por ultrasonido. La enfermedad de la vesícula biliar afecta anualmente 500 000 personas en EE.UU., y hasta el 31% de los pacientes con colelitiasis progresa hacia una CA.

Se han llevado a cabo varios estudios con el objeto de determinar el valor predictivo de los resultados de laboratorio y del examen físico en el diagnóstico de CA; sus hallazgos mostraron, en algunos casos, un valor limitado de ciertos predictores individuales, como la temperatura y el recuento de glóbulos blancos, y en otros, no encontraron valor predictivo en los resultados de laboratorio y del examen físico. El ultrasonido es un método rápido y no invasivo que permite la identificación de la presencia de colelitiasis o de CA; el propósito del presente trabajo fue determinar como los valores de laboratorio y los hallazgos del examen físico se correlacionaban con los resultados del ultrasonido en un grupo de pacientes con dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Fueron incluidos en el estudio 177 pacientes sometidos a ultrasonido de emergencia para la búsqueda de enfermedad biliar entre noviembre de 1999 y abril de 2000 en una institución hospitalaria. Las variables por analizar fueron los hallazgos físicos, datos de laboratorio y los resultados de los ultrasonidos.

El 42% de los pacientes recibió el diagnóstico de CA y el 30.5%, de colelitiasis, mientras que en el 27.1% se encontró un tracto biliar normal. Se observó que la fosfatasa alcalina, la presencia del signo de Murphy, el recuento de glóbulos blancos y la bilirrubina total fueron predictores significativos de CA, que permitieron diferenciar este cuadro de una colelitiasis y de la ausencia de patología biliar.

En este estudio, sus autores evaluaron una cantidad de variables clínicas y de laboratorio en los pacientes con dolor en el cuadrante abdominal superior derecho, con el objeto de diferenciar una CA de una colelitiasis o de la ausencia de patología en el tracto biliar. Estas variables, actuando como predictoras, permiten al médico clínico anticipar la disposición del paciente antes de conocer los resultados del ultrasonido (método diagnóstico definitivo), es decir, notificar al cirujano y comenzar la administración temprana de antibióticos. Al respecto, observaron que la fosfatasa alcalina, la presencia del signo de Murphy, un elevado recuento de glóbulos blancos y un aumento de la bilirrubina total parecen actuar como factores predictivos significativos de la presencia de CA.

ANTISEPTICOS CUTANEOS CON ALCOHOL Y RIESGO DE INCENDIO EN SALA DE OPERACIONES

El instrumental diatérmico representa otra fuente potencial de incendios en quirófano

Nueva Gales del Sur, Australia :

Los incendios en el quirófano constituyen raras pero catastróficas complicaciones y las medidas como reemplazar los antisépticos de base alcohólica y limitar el uso de gases anestésicos minimizan el riesgo.

Fuente científica:

[**ANZ Journal of Surgery** 75(7):556-558, Jul 2005] – aSNC

Autores

Pigelman A y Swan J

Un incendio en quirófano connota una rara pero, catastrófica complicación de los procedimientos quirúrgicos y puede suceder bajo cualquier tipo de operación. De hecho, diversos informes sobre el tema se han publicado a lo largo de los años.

La utilización de fuentes con capacidad ígnea, tales como electrobisturí o bisturí láser, en un ambiente rico en oxígeno es reconocida como una de las principales causas de incendio en quirófano. En orden de minimizar los riesgos diversas medidas debieran tomarse. Entre ellas discontinuar el uso de soluciones de base alcohólica como antisépticos, el empleo de campos quirúrgicos ignífugos, la instalación de dispositivos de protección eléctrica, disminuir la utilización de gases anestésicos como el óxido nitroso y, por supuesto, emplear cuidadosa y apropiadamente el instrumental quirúrgico diatérmico.

Sobre la base de un incidente ocurrido en Nueva Zelanda, por la conjunción de un antiséptico cutáneo de base alcohólica y electrobisturí, de resultas de la cual una paciente sufrió quemaduras graves, los autores ejecutaron la búsqueda de información sobre el tema en la literatura médica. De la revisión de la documentación disponible, confirmaron la asociación entre incendios dentro de la sala de operaciones y la presencia de antisépticos cutáneos de base alcohólica.

Asimismo, un estudio establecía que el alcohol iodado explota en presencia de óxido nitroso y es inflamable bajo condiciones de 100% de oxígeno y temperaturas de 800°C. Este experimento también halló que los antisépticos en soluciones acuosas arden pero no explotan a temperaturas de 1 000°C.

Los reportes han demostrado que los pacientes continúan recibiendo quemaduras durante los actos quirúrgicos. En orden de reducir los riesgos, conviene reemplazar los antisépticos de base alcohólica. En ese sentido, la solución de clorhexidina al 2% simboliza una alternativa.

En esencia, los incendios dentro de la sala de operaciones se revela como uno de los mayores riesgos para la seguridad del paciente. Para los autores el riesgo que suponen los antisépticos de base alcohólica ha sido confirmado. Este hecho determina que estos compuestos deben ser reemplazados por otros sin capacidad ígnea. Asimismo, destacan que otras estrategias disponibles incluyen el empleo apropiadamente del instrumental diatérmico y láser y limitar el uso de gases anestésicos inflamables, pero fundamentalmente, educar y entrenar al personal de quirófano en medidas de seguridad contra incendios.

RESULTADOS ALENTADORES DE LA TERAPIA FOTODINAMICA EN EL CANCER ESOFAGICO

Esta terapia de fácil aplicación mostró ser eficaz en el 75% de los casos estudiados

Lille, Francia:

Los tumores superficiales y difusos de esófago respondieron favorablemente a la terapia fotodinámica en 18 de los 24 pacientes estudiados, y el 54% de los casos no mostraron recidivas a los 21 meses.

Fuente científica:

[**Digestive and Liver Disease** 37(7):491-495, Jul 2005] – aSNC

Autores

Maunoury V, Mordon S, Bulois P y colaboradores

Hasta la fecha el cáncer esofágico incipiente se trata con esofagectomía, pero existen intervenciones endoscópicas alternativas como la resección mucosa de los tumores bien delimitados y la terapia fotodinámica (TFD) para las lesiones difusas. Los tratamientos endoscópicos están indicados en los pacientes con mal estado general y en los que tienen una fuerte tendencia a desarrollar carcinomas de la cabeza y cuello o del árbol bronquial. La TFD requiere que las células tumorales capten y retengan la sustancia que las sensibilizará al laser responsable de necrosarlas.

Esta investigación analizó los resultados de la TFD practicada en 23 pacientes varones y una mujer con una edad promedio de 60 años; hubo 5 casos de adenocarcinomas invasivos y 19 de tumores de células escamosas. Once pacientes tenían antecedentes de cáncer en cabeza, cuello o bronquios, y trece presentaban cánceres esofágicos recurrentes, residuales o múltiples. Las lesiones fueron superficiales (T1) en 20 casos y en el resto no invadían más allá de la muscularis propria (T2); ninguna lesión tenía compromiso ganglionar (N0). Pocos días después de la estadificación se procedió a la TFD, y luego de 48 hs. se dio el alta a los pacientes que no presentaban fiebre ni dolor torácico; se hizo un seguimiento histológico y endoscópico a los 2 meses y luego cada 3 meses durante un año. Los controles endoscópicos mostraron ausencia de lesiones posteriores a la TFD en el 75% de los casos (18 sujetos), y sólo 6 personas necesitaron dilataciones esofágicas por presentar disfagia en su evolución.

Un paciente falleció por necrosis de la mucosa esofágica debido a complicaciones tumorales previas - posiblemente agravadas por la TFD-, cuatro pacientes fallecieron por causas no relacionadas con su patología esofágica, tres sujetos tuvieron que ser reintervenidos y tres presentaron recurrencias tumorales. Trece pacientes (54%) no mostraron recidivas, y de los 4 pacientes con T2, dos necesitaron más de una TFD, uno presentó una recurrencia a los 9 meses y el último se consideró curado a los 15 meses.

Si bien la tasa de supervivencia general de estos pacientes es muy baja por sus patologías asociadas, la TFD demostró ser una intervención efectiva y fácil de repetir, aunque todavía presenta ciertas dificultades técnicas que se deben resolver. La variación en los resultados de la TFD puede deberse a las diferentes concentraciones del fotosensibilizador en el tumor, y las posibles complicaciones son las estenosis y las perforaciones esofágicas. Estas últimas se vieron con mayor frecuencia en los pacientes que previamente habían recibido radioterapia, motivo por el cual los autores proponen a la TFD como tratamiento de primera elección y señalan la necesidad de investigar en forma comparativa los resultados de ambos enfoques terapéuticos.

Aunque deben mejorarse varios de sus aspectos técnicos, la TFD puede ser de gran utilidad para algunos pacientes con neoplasias esofágicas superficiales correctamente evaluadas, especialmente si se tiene en cuenta el riesgo de metástasis en la estadificación.