

● ANTE LA RECURRENCIA DE SINTOMAS DE PANCREATITIS CRÓNICA LUEGO DE SU OPERACION DEBE SOSPECHARSE UNA NEOPLASIA

Experiencia de la Clínica Mayo sobre 484 casos de pacientes operados por pancreatitis crónica.

Rochester, EE.UU.:

Debe sospecharse la presencia de una neoplasia pancreática en todo paciente con síntomas atribuibles a pancreatitis crónica, especialmente si no hay una etiología clara de la pancreatitis y además hay ausencia de calcificaciones.

Fuente científica:

[**Digestive and Liver Disease** 35:482-485 2003] –aSNC

Autores

Sakorafas GH y Sarr MG.

Muchos investigadores han descrito una asociación entre pancreatitis crónica y cáncer de páncreas (CP). La pancreatitis crónica representa un factor de riesgo para el desarrollo de CP, pero muchos pacientes con CP pueden inicialmente presentarse con síntomas y anomalías anatómicas similares a los de la pancreatitis crónica. Esta forma de iniciación de la enfermedad es particularmente relevante en las neoplasias intraductales papilares mucinosas. Por lo tanto, el médico debería mantener una alta dosis de sospecha ante todos los pacientes que presentan síntomas atribuibles a pancreatitis crónica.

En este trabajo los autores publican su experiencia recogida en la Clínica Mayo, con pacientes que presentaron CP luego de una cirugía por pancreatitis crónica. Revisaron la experiencia con 484 pacientes consecutivos con confirmación histológica de pancreatitis crónica y tratados mediante cirugía en la institución de los autores entre 1976 y 1997.

Pusieron particular énfasis en recoger de las historias clínicas, los datos demográficos, presentación clínica, evaluación diagnóstica, manejo operatorio y no operatorio, morbilidad, mortalidad y seguimiento.

El 51 % de los casos de pancreatitis crónica obedecía a alcoholismo, 33 % debido a causas no aclaradas, trauma pancreático, páncreas divisum e hiperlipidemia en 2 % cada uno, hiperparatiroidismo y colelitiasis en 1 % cada uno.

En 370 de estos pacientes lograron un seguimiento satisfactorio durante un período promedio de 7.7 años.

Durante este período de evolución, 14 de los 484 pacientes (2.9 %) presentaron CP, con nueve varones y 5 mujeres y un promedio de edad al momento de la cirugía pancreática inicial de 56 años. La principal indicación para la cirugía en los pacientes con pancreatitis crónica, fue el dolor acompañado por pérdida de peso o ictericia. Un paciente mostró ictericia indolora con pérdida de peso.

El lapso transcurrido entre el inicio de los síntomas y la cirugía inicial por pancreatitis crónica, fue en promedio de 5.3 años.

El principal síntoma de presentación del CP y que condujo a su diagnóstico, luego de la cirugía por pancreatitis crónica, fue la aparición de dolor intratable en 10 pacientes, que persistió o aún empeoró luego de la cirugía inicial para la pancreatitis. Otros síntomas de presentación fueron la ictericia (4 casos), pérdida de peso (2 casos) y fiebre con escalofríos (1 paciente).

De este conjunto de 14 pacientes con CP, 8 fueron reoperados y 6 no lo fueron ya que tenían metástasis al momento del diagnóstico. Uno de los pacientes permanece con vida luego de 14 años de realizada una pancreatectomía total. Para los restantes pacientes, la supervivencia promedio fue de 10 meses y fue más prolongada en los casos en los que el cáncer pudo ser extirpado.

La literatura recoge esta asociación probable entre pancreatitis crónica y CP y establece que entre 1.8 y 3 % de los pacientes con pancreatitis crónica desarrollan CP, luego de 10 años y 4 % lo hace luego de 20 años. Los datos encontrados por los autores son coherentes con esta información.

Estos conceptos asumen la hipótesis que el CP deriva de la inflamación crónica del parénquima pancreático, causado por una alteración preexistente. Podrían trazarse algunas analogías con el cáncer hepático formado en pacientes con cirrosis, o el colangiocarcinoma en los casos de colangitis esclerosante o el cáncer de colon en los pacientes con colitis ulcerosa.

Lo que hace al CP único en su condición, es que podría ser que el CP se presente inicialmente con síntomas y anomalías anatómicas similares o indistinguibles de aquellos asociados a pancreatitis crónica.

Esta íntima asociación tiene importantes consecuencias prácticas. El cirujano debería mantener un alto índice de sospecha sobre una posible neoplasia encubierta, en el momento de evaluar a un paciente con presunta pancreatitis crónica, especialmente cuando una masa "inflamatoria" está presente y muy particularmente, si está asociada con estrechez aislada del conducto pancreático principal o del colédoco.

La ausencia de una etiología clara como el alcoholismo, en pacientes mayores de 50 años, con pancreatitis crónica de reciente comienzo, y la ausencia de calcificaciones, debería despertar las sospechas sobre una etiología neoplásica. A pesar de la existencia de numerosos y sofisticados métodos de diagnóstico, siempre existirá un alto porcentaje de pacientes, en los cuales no será posible determinar antes de la operación, si una masa pancreática es de naturaleza inflamatoria o tumoral. Esta dificultad del diagnóstico diferencial puede persistir aún para el cirujano experimentado, en la misma sala de operaciones.

● LA EDAD AVANZADA INFLUIRÍA NEGATIVAMENTE EN LAS DECISIONES MEDICAS EN CANCER COLORRECTAL

Análisis retrospectivo de 12 776 pacientes con cáncer colorrectal registrados en Escocia

Aberdeen, Reino Unido:

La edad avanzada parecería modificar la conducta médica en materia de cáncer colorrectal y a medida que la misma aumenta, puede observarse una menor proporción de tratamientos quirúrgicos, quimioterapia y verificación de la histología tumoral.

Fuente científica:

[*Scottish Medical Journal* 48(1): 17-20 2003] – aSNC

Autores

Austin D y Russell EM.

Las estadísticas nacionales (de Escocia) indican que la supervivencia a los 5 años en cáncer colorrectal (CCR), son peores en pacientes de mayor edad, aún cuando las mismas estén corregidas conforme a expectativa de vida. Una investigadora resumió las disparidades observadas en los distintos grupos de edad en cuanto al tratamiento y el resultado en cáncer. Revisó las evidencias existentes para las decisiones de tratar o abstenerse de tratamiento, que estuvieron basadas en la edad del enfermo, pero no pudo llegar a conclusiones respecto de las causas subyacentes.

Los médicos son habitualmente entrenados con la idea que la decisión terapéutica debe basarse exclusivamente en las necesidades del paciente y por lo tanto las limitaciones al tratamiento, no deberían establecerse basadas en la edad del enfermo.

Utilizando los datos registrados rutinariamente, los autores intentaron definir, si las decisiones basadas en la edad de los pacientes estaban clínicamente justificadas, o no. Eligieron para ello, el CCR como parámetro e investigaron, si las decisiones terapéuticas tomadas ante esta patología, seguían los lineamientos definidos para la buena práctica clínica.

Una reciente revisión sobre el CCR mostró que si bien, la supervivencia disminuía con la edad, no existía diferencia significativa en la mortalidad vinculada con el cáncer, dependiente de la edad, en aquellos pacientes que fueron sometidos a cirugía curativa. Tampoco pudo comprobarse una comorbilidad mayor con el aumento de la edad. Las evidencias disponibles actualmente indicarían que la edad del paciente por sí sola, no sería un predictor de supervivencia o complicaciones luego de la cirugía y las personas de edad avanzada responderían a la quimioterapia de la misma forma que enfermos de menor edad. No obstante, debería tenerse en cuenta que los enfermos de mucha edad, están poco representados en los ensayos clínicos sobre toxicidad.

Por lo expuesto, sobre la base de la evidencia existente, no hay razones a priori para tratar a los mayores, de una forma diferente, exclusivamente por su edad. El mejor enfoque sería la selección adecuada de los pacientes, sobre la base de su estado clínico y no con el preconcepto, que los enfermos de más edad siempre evolucionarán peor y por lo tanto no deben someterse a tratamientos agresivos. Gracias al método unificado de registro de los egresos hospitalarios en Escocia, que ha imperado en los últimos 20 años, existe una oportunidad poco común para analizar la atención dispensada a los enfermos, independientemente de quien haya sido el efector. Los autores analizaron los tratamientos dispensados a todos los pacientes con CCR en todos los hospitales de Escocia, para determinar si las diferencias del mismo, basados en criterios de edad, pudieran estar justificadas sobre bases clínicas. Revisaron para ello, todos los casos de personas mayores de 17 años con cáncer, incorporadas al registro escocés del CCR entre 1992 y 1996. Participaron, de esta forma, 12776 pacientes. Los resultados fueron ajustados en función de las condiciones de comorbilidad que pudieran afectar la sobrevida y por ende la elección del tratamiento. Tuvieron en cuenta los siguientes elementos: diabetes, hipertensión, coronariopatía isquémica, otras enfermedades cardíacas, patología cerebrovascular, enfermedad respiratoria y artritis. La ubicación del tumor, que es uno de los factores clínicamente importantes y que muestra variaciones con la edad, también fue tenida en cuenta. La internación de emergencia en cáncer colorectal, es un elemento conocido como indicador de mal pronóstico y también fue incluido entre los factores considerados por los autores.

La edad media de la población observada fue de 71 años, con mayor prevalencia de los cánceres del colon derecho y en sitios no especificados en los pacientes de mayor edad. Los resultados observados por los autores, mostraron un significativo incremento de la comorbilidad y las internaciones de urgencia con el incremento de la edad. También a medida que aumentaba la edad, disminuían las posibilidades que el paciente fuera sometido a una cirugía definitiva, potencialmente curativa.

Después del ajuste estadístico por los otros factores importantes, la edad continuaba como un factor predictor negativo en cuanto a ser intervenido quirúrgicamente.

En conclusión, el trabajo muestra una sorprendente asociación entre edad y diferencias en el estudio y tratamiento del cáncer colorrectal.

● EL TRASPLANTE HEPATICO SERIA EL UNICO TRATAMIENTO EFICAZ PARA LAS LESIONES INTRAOPERATORIAS DE VIAS BILIARES

Estudio retrospectivo en 8 pacientes con enfermedad hepática terminal por secuelas operatorias.

Buenos Aires, Argentina

Para los pacientes que presentan insuficiencia en estadio terminal del hígado debido a lesiones intraoperatorias de las vías biliares, el trasplante hepático representa el único tratamiento eficaz a largo plazo, a pesar de las potenciales complicaciones del proceso quirúrgico y del alto costo de la inmunosupresión.

[HPB 4(3): 111-115, 2002 – SIIC]

Las lesiones intraoperatorias de las vías biliares ocurren usualmente en pacientes jóvenes durante el transcurso de intervenciones quirúrgicas de enfermedades benignas y representan complicaciones potencialmente severas con resultados impredecibles a largo plazo. En los últimos años, han sido de utilidad para resolver esas complicaciones obstructivas biliares, la endoscopia y los procedimientos percutáneos, pero a pesar de esas técnicas, los pacientes con lesiones severas desarrollan enfermedad irreversible del hígado. En este estudio, se concluye que el único tratamiento eficaz a largo plazo de dichas lesiones es el trasplante hepático.

Fueron estudiados en forma retrospectiva 8 individuos con una edad media de 41 años. Todos ellos habían recibido un trasplante hepático debido a secuelas de lesiones por colecistectomía en 5 casos, 2 por tratamiento de quiste hidatídico y 1 por una exploración común de las vías biliares.

Si bien las nuevas técnicas y los avances tecnológicos permiten una mayor solución para las lesiones derivadas de los actos operatorios, el futuro de esos pacientes no está

todavía definido. Muchos de ellos sufren endoscopias o tratamientos percutáneos como terapéutica inicial para evitar la cirugía reparadora, pero dichos procedimientos no han probado su efectividad a largo plazo.

Algunos individuos presentan episodios de colangitis y colestasis persistente con elevación sostenida de fosfatasas, lo que indica un grado variable de obstrucción biliar, mecanismo que genera enfermedad crónica progresiva e irreversible en un 8 a 10% de los casos. Una de las causas más frecuentes de cirrosis biliar secundaria y de colangitis esclerosante secundaria, es la constricción benigna de las vías biliares, la que es debida generalmente a lesiones operatorias.

La colestasis persistente causa estasis biliportal y centrolobular; de todas maneras, para que se establezca una cirrosis, dicha colestasis debe persistir por un periodo considerable de tiempo, y aún así, la enfermedad hepática no se desarrolla en todos los casos. Este comportamiento variable puede suceder aunque la naturaleza de la obstrucción sea completa o incompleta, debido a la existencia de canales biliares accesorios o por la reperusión debida a la formación de nuevos conductos que rodean a la obstrucción.

Complicaciones como prurito intratable, colangitis recurrente que pone en peligro la vida, alteración severa de la calidad de vida, ascitis intratable, episodios repetidos de sangrado por várices esofágicas o ictericia progresiva, son todos indicadores de la necesidad de reemplazo del hígado. Es recomendable la referencia temprana a los centros de trasplante para evitar la malnutrición severa y las complicaciones infecciosas antes del procedimiento, una situación que tiende a empeorar con los largos periodos de espera para la disponibilidad de un hígado.

En los pacientes con desnutrición, infección concomitante, prurito y colangitis aguda, los procedimientos biliares percutáneos son de utilidad. En estos casos, el trasplante es técnicamente más complejo que lo usual, debido a adherencias intraabdominales, esclerosis del pedículo hepático, hipertensión portal severa y coagulopatía.

El índice de sobrevida a los 5 años para el trasplante de hígado por estas enfermedades benignas excede el 80%, con una excelente calidad de vida. Por esta razón, opinan los autores, el uso de este procedimiento para tratar la enfermedad hepática terminal debida a secuelas de lesiones operatorias de las vías biliares, va a incrementarse en el futuro y, para un óptimo resultado del implante, debe efectuarse inmediatamente después de la aparición de la secuela.

El advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, concluyen, ha llevado a la reaparición de las lesiones intraoperatorias y, además, dichas lesiones han probado ser más severas y mas complejas que las causadas durante una colecistectomía común. Tienden a estar localizadas más proximalmente y pueden combinarse con fístulas biliares externas que resultan en conductos biliares de pequeño calibre en el momento de la cirugía inicial reparadora. Los resultados a corto plazo pueden ser, por lo tanto, pobres luego de la reparación, mientras que la lesión vascular concomitante empeora aún más la situación. Todos esos factores llevan a pensar que las lesiones de vías biliares por colecistectomía laparoscópica resultarán en un incremento en la demanda de trasplantes hepáticos en el futuro, a pesar de las complicaciones del proceso operatorio y el costo ocasionado por la inmunosupresión necesaria.

ISQUEMIA MESENTERICA EN PACIENTES EN HEMODIÁLISIS

Resultados de un estudio de casos y controles desarrollado en Francia

París, Francia:

La isquemia mesentérica debe ser sospechada sistemáticamente en pacientes que experimentan dolor abdominal durante o luego de las sesiones de diálisis. El diagnóstico rápido y el oportuno tratamiento favorecen en general un mejor pronóstico.

Fuente científica:

[Nephrology Dialysis Transplantation 18:911-917 2003] –aSNC

Autores

Bassiliou N, Menoyo V, Berger A y colaboradores

La isquemia mesentérica (IM) no es infrecuente en pacientes en diálisis y se incrementó en la última década. Los factores de riesgo para la isquemia mesentérica son poco claros y el pronóstico para los pacientes luego de este tipo de accidente isquémico no está bien definido.

La IM puede aparecer con mayor frecuencia en los pacientes en diálisis que en la población no sometida a este procedimiento; un número de publicaciones recientes indicaron que la frecuencia de IM fue mayor en pacientes en hemodiálisis.

El intestino puede presentar injuria hipóxica causada por diferentes tipos de insuficiencia vascular. Estas lesiones se designan como isquemia mesentérica.

Investigadores del Departamento Radiológico del Chu Pitié-Salpêtrière desarrollaron un estudio para la determinación de casos de IM observados en una amplia institución de diálisis, durante un periodo de once años, para la descripción de las comorbilidades así como de los factores de riesgo predisponentes y de la sobrevida de los pacientes afectados.

Entre enero 1988 a junio 1999 en 15 pacientes en hemodiálisis de una institución, que presentaron IM, se observaron los aspectos clínicos, biológicos y radiológicos. Para la identificación de los factores de riesgo para la isquemia mesentérica cada paciente (caso) fue seleccionado con otros dos pacientes en hemodiálisis sin isquemia (controles) y se establecieron las curvas de sobrevida para ambos grupos.

Entre los resultados de la investigación se observó un episodio de hipotensión marcada en 7 de los 15 pacientes considerados como casos (47%), durante las sesiones de diálisis que precedieron la isquemia mesentérica. El dolor abdominal, fiebre y la hiperleucocitosis estuvieron presentes en 13 de 15 pacientes (87 %).

Una tomografía computada abdominal con un enema opaco permitió un rápido diagnóstico en 6 pacientes. El ciego fue el segmento afectado con mayor frecuencia (47%).

Doce pacientes fueron quirúrgicamente tratados y los tres restantes recibieron soporte médico.

Los dos grupos (casos y controles) no presentaron diferencias entre los factores de riesgo cardiovasculares, las comorbilidades y las drogas administradas o en las características principales de la hemodiálisis.

La sobrevida media del grupo de casos fue 600 días, en tanto que el 80% del grupo control sobrevivió más allá de este periodo ($p=0.0132$). Once casos de pacientes sobrevivieron más de 3 meses luego de la isquemia mesentérica y presentaron una sobrevida de 1500 días, igual a los pacientes comparados del grupo control.

El estudio representó la investigación más amplia de casos y controles para la identificación de isquemia mesentérica en pacientes en hemodiálisis.

La IM puede ser de difícil diagnóstico y la presentación clínica varió en relación con la severidad, la extensión y la rapidez de la agresión isquémica, así como por la resistencia de la pared del intestino a la hipoxia y su habilidad intrínseca para la protección de sí misma contra la invasión bacteriana.

El dolor fue el único síntoma permanente y apareció usualmente 8-12 horas luego de la última sesión de hemodiálisis. La isquemia mesentérica debió sospecharse fuertemente a la luz de la asociación entre dolor, fiebre, leucocitosis y defensa, en especial cuando el dolor se localizó en la fosa ilíaca.

En relación con los análisis de laboratorio el lactato del suero pudo ser de ayuda como marcador biológico para la isquemia mesentérica pero desafortunadamente este parámetro no fue medido sistemáticamente en los pacientes y en la población estudiada

no pudo evaluarse la importancia de esta medición.

El diagnóstico rápido radiológico fue esencial durante las condiciones clínicas que evocaron la isquemia mesentérica; las radiografías de rutina abdominales mostraron las características de la dilatación del colon y los signos radiológicos correspondientes al edema de la mucosa o a la hemorragia.

Los autores concluyeron que la IM no fue infrecuente en los pacientes en hemodiálisis y se incrementó en la última década.

La IM constituyó una emergencia quirúrgica, con síntomas inespecíficos y el diagnóstico precoz antes de la formación de necrosis transmural fue difícil de establecer. En estas circunstancias un diagnóstico definitivo fue usualmente tardío.

La isquemia mesentérica debe ser sospechada en todo paciente en hemodiálisis con dolor abdominal.

El diagnóstico rápido de isquemia es esencial en las primeras 24 horas para el pronto tratamiento y el logro de un mejor pronóstico.

DESTACAN LA EFICACIA DEL ACEITE DE MENTA EN LOS ESPASMOS COLONICOS PRODUCIDOS POR ENEMAS DE BARIO

Estudio en 383 pacientes con examen previo de sangre oculta en materia fecal.

Maebashi, Japón.:

La solución de bario mezclada con el aceite de menta, resultó segura y efectiva para los espasmos colónicos que se producen durante la enema de bario con doble contraste; su utilización podría reemplazar a la habitual administración de un agente anticolinérgico por vía sistémica.

Fuente científica:

[*Clinical Radiology* 58(4): 301-305 Abr 2003] –aSNC

Autores

Asao T, Kuwano H, Ide M y colaboradores.

El monitoreo para el cáncer colorrectal en el Japón es efectuado mediante el testeo inmunológico de sangre oculta en materia fecal, utilizando anticuerpos antihemoglobina humanos.

Se recomienda a los pacientes con resultado positivo realizar en el mismo día, una enema de bario con doble contraste (EBDC), utilizando un rectosigmoideoscopio flexible.

Los espasmos colónicos que se observan durante el procedimiento pueden llevar a diagnósticos erróneos, especialmente en el ciego y el colon ascendente, en donde la distensión del intestino es escasa. Por lo tanto, usualmente se indica una inyección intramuscular o endovenosa de un anticolinérgico para lograr la relajación intestinal.

El aceite de menta es un aceite esencial aromático bien conocido que tiene un efecto directo sobre la relajación del músculo liso del colon, y que ha sido estudiado para el diagnóstico del síndrome de colon irritable. Este estudio se llevó a cabo para evaluar la eficacia de dicho aceite en la reducción de los espasmos colónicos durante la EBDC, comparado con la inyección de un anticolinérgico, en pacientes con resultado positivo luego de un monitoreo en masa de sangre oculta en materia fecal; los autores comentan que no conocen hasta hoy ningún estudio que compare los 2 tratamientos.

Los resultados demostraron que el aceite de menta mezclado con la solución de bario, puede eliminar en forma efectiva y segura dichos espasmos, y que puede ser utilizado en lugar del espasmolítico.

Los 383 pacientes evaluados fueron divididos en 4 grupos de tratamiento: con aceite de menta en la solución de bario, con aceite de menta en la tubuladura de la enema, con anticolinérgico y sin tratamiento.

Para evaluar las diferencias estadísticas se utilizaron los tests de chi cuadrado y de Mann-Whitney en U, considerándose significativo un valor de $p < 0,05$.

En el Japón, los endoscopistas están entrenados para detectar pequeños cánceres planos del colon, y se encontró que la utilización de CO₂ para eliminar las molestias y el dolor de la EBDC, era efectiva y no empeoraba la calidad de la imagen.

La eliminación de los espasmos durante el procedimiento ayuda a reducir los errores diagnósticos, y esto se logra habitualmente con la inyección de un agente anticolinérgico; dicha administración produce a veces efectos colaterales temporarios y presenta además contraindicaciones para su utilización.

Los autores comentan que han desarrollado un método para la inyección del aceite de menta directamente en la luz intestinal, basado en un sistema de bomba manual para la reducción del espasmo durante las colonoscopías, y que el efecto ocurre rápidamente y se mantiene durante un tiempo adecuado. El objetivo en el presente ensayo fue el de encontrar un agente para la reducción del espasmo del colon que pudiera ser inyectado en forma intraluminal.

En el presente análisis, el aceite de menta fue tan efectivo como la inyección sistémica del espasmolítico, e incluso su efecto fue mayor sobre el cuadrante derecho del colon. Los hallazgos permitirían suponer la presencia de algún receptor a nivel del ciego, que controlaría la motilidad total del colon.

Con el aceite de menta en la tubuladura de la enema, se encontró que la concentración de dicho aceite era mayor sobre el colon derecho, y el método fue considerado potencialmente como más efectivo que con el aceite en la solución de bario. Sin embargo, ninguno de los 2 métodos probó ser significativamente superior al otro, por lo que se indicaría mezclar el aceite de menta en el bario, ya que resulta más simple y conveniente.

En conclusión, señalan los autores, la solución de bario mezclada con el aceite de menta es de efectividad y seguridad comprobadas, para la eliminación de los espasmos colónicos durante la realización de una EBDC, y puede ser utilizada en lugar de la administración del anticolinérgico para los exámenes de rutina.

RIESGOS DE LOS INTERVALOS DEMASIADO LARGOS ENTRE SIGMOIDOSCOPIAS

Resultados observados en la sigmoidoscopia repetida 3 años después de un estudio negativo.

Pittsburg, EE.UU.:

La realización de una fibrorectosigmoidoscopia, después de transcurridos 3 años de un estudio similar con resultados negativos, permitió detectar adenomas avanzados y cáncer del colon distal. Si bien el porcentaje de anomalías detectadas fue modesto, estos datos deben despertar preocupación respecto al impacto que puede producir un intervalo demasiado prolongado, en la pesquisa cancerológica después de un estudio negativo.

Fuente científica:

[The Journal of the American Medical Association 290: 41-48 Jul 2003] –aSNC

Autores

Schoen RE, Pinsky OF, Weissfeld JL y colaboradores.

Hay escasa evidencia disponible que permita planificar la frecuencia con la que deben repetirse los estudios para pesquisa cancerológica, en materia de colon y recto, después de un primer estudio negativo.

Una opción recomendada, por directivas provenientes de consensos, fija la repetición de la pesquisa colorrectal en 10 años. Los datos en los que estaría sustentada esta recomendación provienen de un estudio de casos y controles de sigmoidoscopia en los que observaron que la disminución de mortalidad por cáncer de colon luego de la pesquisa se mantenía por 10 años. En contraste, un estudio realizado por el sistema de salud de los veteranos de guerra de EE.UU. mostró un efecto más limitado de la endoscopia colónica: 6 años.

El intervalo recomendado para la repetición por pesquisa de una fibrosigmoidoscopia, luego de un estudio negativo es actualmente de 5 años. Los autores en este trabajo demuestran que dicho intervalo parece excesivo.

Una gran cantidad de publicaciones de pocos casos, demostraron que las cifras del intervalo más conveniente, son ampliamente variables: detectaron hasta 7 % de adenomas y 1 a 2 % de adenomas avanzados, solo 1 año después de un examen negativo.

No resulta fácil evaluar la incidencia de adenomas luego de un examen negativo debido a las mismas limitaciones inherentes a la detección endoscópica.

La colonoscopia practicada por un profesional, e inmediatamente repetida por otro médico, mostró que los adenomas, particularmente los pequeños, son fácilmente pasados por alto. El porcentaje de error fue de 13 % para adenomas menores a 1 cm y de 27 % para los menores a 5 mm. En un estudio vieron que el error podía llegar al 6 % en adenomas mayores de 1 cm.

Los autores consideran que no hay investigaciones realizadas a gran escala para evaluar

los resultados de la repetición de la endoscopia sigmoidoscópica, luego de un examen negativo.

Participaron de la investigación 9317 personas, a las que en la endoscopia original no les habían encontrado patología alguna. Al cabo de 3 años, les repitieron la fibrosigmoidoscopia y encontraron que el 13.9 % tenía un pólipo; en el colon distal el 3.1 % tenía un adenoma avanzado o un cáncer. La incidencia de adenoma avanzado (72 casos) y de cáncer (6 casos) en el colon distal fue de 0.8 % sobre los 9317 participantes. Si bien no puede asegurarse, a ciencia cierta, si estas lesiones estaban presentes en el primer examen y no fueron detectadas por error, o bien, aparecieron en el intervalo transcurrido de 3 años.

Pero los autores ponen énfasis, que el 80.6 % de los adenomas distales avanzados estaban ubicados en una porción del colon que fue muy bien estudiada en la investigación primigenia. Sin tener en cuenta si las lesiones eran nuevas o viejas y no encontradas, este trabajo permite tener una perspectiva de lo que puede encontrarse luego de transcurridos 3 años de un estudio fibrosigmoidoscópico colorrectal normal.

Resulta importante destacar que todos los participantes eran personas aparentemente sanas y que la repetición del estudio endoscópico estuvo vinculado con el protocolo de investigación y no por la aparición de síntomas.

Estudios recientes sobre colonoscopia para pesquisa, sugieren que el 1 al 2 % de las personas presentan una lesión proximal (adenoma avanzado o cáncer), detectado por la colonoscopia y que no hubiera sido detectado por la fibrosigmoidoscopia.

No obstante, a pesar del interés suscitado por la colonoscopia para la pesquisa de cáncer colorrectal, los autores nos recuerdan que su costo resulta elevado y por lo tanto en los casos de pesquisa, es probable que un uso menos frecuente, por ejemplo cada 10 años, sería una alternativa viable.

Sería posible que los personas obtengan mayores beneficios de estudios fibrosigmoidoscópicos más frecuentes en lugar de colonoscopias menos frecuentes. Esto podría resultar particularmente útil para personas entre 50 y 65 años, en quienes el riesgo de neoplasia proximal es más bajo que en los mayores de 65

LA CITOLOGIA PERITONEAL TENDRIA VALOR PRONOSTICO TRAS LA RESECCION POR CANCER COLORRECTAL *Estudio retrospectivo en pacientes que sufrieron resección curativa por cáncer avanzado de colon y recto.*

Tokio, Japón.:

La citología peritoneal convencional sería un nuevo marcador pronóstico en los pacientes operados de carcinoma avanzado colorrectal, y parece ser un elemento diagnóstico de utilidad para predecir recurrencias, especialmente de localización peritoneal.

Fuente científica:

[Japanese Journal of Clinical Oncology 33(1): 33-37 2003] –aSNC

Autores

Yamamoto S, Akasu T, Fujita S y Moriya Y.

La remoción completa del tumor es el tratamiento primario más efectivo para el carcinoma de colon y de recto. Sin embargo, las recurrencias luego de la resección curativa de un tumor aparentemente localizado son inevitables, y está ampliamente aceptado que el hígado, los pulmones, la pelvis y el peritoneo, son los lugares más comunes de aparición de metástasis.

A pesar de los avances recientes en el conocimiento de los datos clínicos, biológicos y anatomopatológicos que correlacionan el pronóstico del tumor, el grado de penetración cancerígena en la pared del intestino y la diseminación hacia los nódulos linfáticos, han sido evaluados como los mejores elementos pronósticos en este tipo de pacientes, utilizándose como base para la clasificación en estadios TNM.

Se ha informado que la citología peritoneal podría ser de utilidad en la predicción del pronóstico de malignidades gástricas, pancreáticas y ginecológicas.

Recientemente, varios estudios analizaron, en pacientes con carcinoma colorrectal, la incidencia de células malignas libres en la cavidad peritoneal en el momento de la cirugía, y su significado pronóstico por medio de la citología convencional y la inmunocitología.

Los resultados de este estudio demostraron que la citología convencional es de utilidad como un nuevo marcador pronóstico, luego de resección curativa en pacientes con cáncer colorrectal de grados T3 y T4.

Se incluyeron 189 individuos entre 1987 y 1991, en quienes se llevó a cabo la citología por lavado peritoneal intraoperatorio.

Los parámetros clinicopatológicos se evaluaron estadísticamente comparándolos mediante los test t de Student y el test exacto de Fisher, mientras que las curvas de supervivencia y ausencia de enfermedad se estimaron mediante la técnica de Kaplan-Meier. Para identificar los factores pronósticos independientes de supervivencia, se emplearon análisis de tipo univariado y multivariado, y un valor de $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

Ensayos previos, mostraban una controversia sobre la presencia de células malignas en la cavidad peritoneal y su significado pronóstico. En el presente análisis, se utilizó solamente la citología convencional para detectar las células cancerosas, debido a que es un método universal y de poco costo, que puede ser empleado en cualquier institución del mundo. Sin embargo, uno de los problemas de la técnica es que la inflamación peritoneal puede enmascarar la distinción entre las células malignas atípicas y las células reactivas mesoteliales en los fluidos corporales.

Recientemente, varios estudios demostraron que la inmunocitología presentaba mayor sensibilidad para la detección y mayor especificidad concerniente al pronóstico en el cáncer colorrectal, aunque dicho método no se utilizó durante el período de evaluación de este análisis, incluyéndose las evidencias microscópicas sospechosas de malignidad en el grupo con citología positiva, lo que podría ser la causa del índice del 45.5% de falsos positivos de recurrencias en el grupo con citología positiva.

Los avances técnicos más recientes, permiten la detección molecular de las micrometástasis en los nódulos linfáticos y en la médula ósea de los pacientes con este tipo de carcinoma invasivo.

En conclusión, señalan los autores, este ensayo demuestra que la citología peritoneal convencional es útil como un nuevo método universal para establecer el pronóstico luego de la resección curativa de los cánceres colorrectales de grado T3 y T4, durante un período medio de seguimiento de los pacientes en el estudio de 103 meses, prediciendo además la aparición de recurrencias, especialmente de tipo peritoneal; por otra parte, sería de utilidad para decidir la aplicación de quimioterapia adyuvante peritoneal y/o sistémica.

Sin embargo, se impone la utilización de nuevos métodos desarrollados, tales como la inmunocitología y la tecnología molecular, en investigaciones adicionales.