



Volumen 7, Número 4, Noviembre 2004

## Informes SIIC

### ANORMALIDADES VASCULARES QUE PREDICEN LA SEVERIDAD DE LA PANCREATITIS

#### *Estudio con tomografía helicoidal*

Boston, EE.UU. :

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

Fuente científica:

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

Autores

Mortelé K, Mergo P, Taylor H y colaboradores

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

---

## GUIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMESIS POR RADIOTERAPIA

### *Según área tratada y factores del paciente*

Berlin, Alemania:

Las nuevas guías para tratamiento de los vómitos por radioterapia tienen en cuenta el área irradiada y los factores de riesgo del paciente

Fuente científica:

[**Acta Oncologica** 43(Supl. 15):5-8, Sep 2004] – aSNC

Autores

Feyer P

Las náuseas y vómitos inducidos por la terapia radiante (NVR) afectan la calidad de vida de los pacientes. Más aún, si los pacientes son expuestos a regímenes de radioterapia fraccionados, alrededor de 40 en un período de 6 a 8 semanas, estos síntomas se pueden prolongar. Si no se tratan, la emesis puede llevar a deshidratación, alteración del balance hidroelectrolítico, desnutrición y caquexia. Además, los pacientes pueden experimentar ansiedad y aislamiento social. Muchas de estas consecuencias pueden también afectar la función cognitiva en forma negativa y esto puede ser más pronunciado en los ancianos. La aparición de NVR depende de varios factores como los relacionados con la radioterapia y los factores de riesgo del paciente. Por ejemplo, a mayor área de tratamiento radiante y a mayor dosis de radiación, el paciente tiene más probabilidad de presentar NVR. Existe una clasificación del potencial emético (PE) según el área tratada: corporal o ganglionar total, muy alto; hemicuerpo superior o abdominal total, alto; hemicuerpo inferior, torácica inferior o pelvis, moderado; cabeza y cuello, extremidades o áreas extraabdominales, bajo. Con respecto a los factores de riesgo del paciente, las mujeres y los pacientes menores de 55 años tienen más riesgo de NVR. A su vez, los ancianos pueden presentar deterioro cardiovascular, interacciones de drogas o síndrome de malabsorción. La administración de quimioterapia reciente, la alteración del estado psicológico (ansiedad), y el antecedente de NVR pueden incrementar el riesgo de emesis. Por otro lado, los pacientes que consumen grandes cantidades de alcohol, tienen menor tendencia de presentar vómitos. Las guías para tratamiento de NVR recomiendan el uso de antagonistas del receptor 5-HT<sub>3</sub> (AR 5-HT<sub>3</sub>) cuya eficacia antiemética puede potenciarse con la adición de corticoides. Las guías deben considerar no sólo el potencial emetizante de la radioterapia sino también los factores de riesgo del paciente: edad >55 años(0), 100 g/d(0),

## **CONTROVERSIAS Y FUTURAS PERSPECTIVAS EN EL MANEJO DE LOS CALCULOS BILIARES**

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

Barcelona, España :

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

Fuente científica:

[HPB 6(3): 140-143, 2004] – aSWC

Autores

Targarona E, Bendahan G

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

---

## UN INDICE DE MASA CORPORAL BAJO SUGIERE DESNUTRICION SEVERA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

### *Uso en combinación con otras variables antropométricas*

Créteil, Francia :

La combinación de un índice de masa corporal menor a 20 y un descenso de la circunferencia del brazo y del pliegue tricípital parecen ser útiles para detectar desnutrición en pacientes internados.

Fuente científica:

[**Clinical Nutrition** 23(4):551-559, Ago 2004] – aSNC

Autores

Campillo B, Paillaud E, Uzan I y otros

La mala nutrición debe ser reconocida en los pacientes internados ya que es frecuente y afecta los resultados y los costos y pocos pacientes reciben el apropiado soporte nutricional. El diagnóstico de nutrición inadecuada se basa en la asociación de pérdida de peso reciente, ingesta deficiente de nutrientes, bajo índice de masa corporal (IMC) y un estado nutricional deteriorado por la enfermedad. Un valor de IMC

---

## DISMINUCION DE LA MORTALIDAD POR SANGRADO DE VARICES ESOFAGICAS

### *Estudio retrospectivo de las dos últimas décadas*

Paris, Francia :

La mortalidad por hemorragia de vórices esofágicas disminuyó en las dos últimas décadas, en relación con el uso combinado de terapia farmacológica y endoscópica y con el uso profiláctico de antibióticos.

Fuente científica:

[**Hepatology** 40(3):652-659, Sep 2004] – aSNC

Autores

Carbonell N, Pauwels A, Serfaty L y otros

La hemorragia de vórices esofágicas (HVE) es una causa importante de muerte en pacientes con cirrosis. Para su tratamiento se emplean escleroterapia y ligadura con bandas endoscópicas, agentes vasoactivos como terlipresina, somatostatina y octeotride, y profilaxis antibiótica. Los autores realizaron un estudio retrospectivo para evaluar los cambios en la mortalidad por HVE en relación con la introducción de estas modalidades terapéuticas en las dos últimas décadas. El resultado fue que la mortalidad intrahospitalaria de pacientes con HVE disminuyó tres veces. En los pacientes Child A y B al ser admitidos, la mortalidad se anuló, y en los Child C se redujo de 70 a 32%. La terapia endoscópica ha revolucionado la atención de pacientes con HVE. La escleroterapia de emergencia detiene la hemorragia en el 80 a 90% de los pacientes. Aunque la ligadura con bandas puede ser dificultosa en la hemorragia activa, se ha asociado con mayor eficacia para controlar el sangrado y con menor número de complicaciones que la escleroterapia. La terlipresina, la somatostatina y el octeotride permiten comenzar el tratamiento tan pronto como se sospecha el

diagnóstico de HVE, aún antes de la endoscopia diagnóstica. Estos agentes vasoactivos parecen ser tan efectivos como la terapia endoscópica. El uso combinado de somatostatina o análogos con terapia endoscópica mejora el control de la hemorragia y disminuye la tasa de resangrado. La administración temprana de terlipresina en la fase prehospitalaria mejora el control de la hemorragia y la sobrevida. Todos los pacientes de la cohorte 2 000 fueron tratados con drogas vasoactivas; un tercio las recibió antes de ser internados. El tratamiento endoscópico, ligadura con bandas en la mayoría de los casos, se realizó en 81% de los pacientes en las primeras 24 horas. Estas intervenciones se asociaron con una mejoría en el control de la hemorragia, como se demuestra por una disminución del uso de taponamiento con balón y cirugía o TIPS (puente transyugular intrahepático portosistémico) como terapia de salvataje, y un descenso de la tasa de resangrado de 47 a 13%. Se observó una caída importante en la mortalidad asociada con hemorragia incontrolable, desde 30% en 1 980 a 6% en 2 000. La terapia endoscópica predice la ausencia de resangrado y sobrevida. Otra causa de morbilidad y mortalidad es la infección bacteriana, que es común luego de la HVE. Además, la infección se ha asociado con falla para controlar la hemorragia. El uso de antibióticos en forma profiláctica disminuyó la frecuencia de infecciones bacterianas, de 38% en 1 980 a 14% en 2 000. La profilaxis antibiótica es un predictor independiente de la sobrevida. Los autores concluyen que la mortalidad por HVE disminuyó en las dos últimas décadas, en relación con el uso combinado de terapia farmacológica y endoscópica y con el uso profiláctico de antibióticos.

---

Trabajos Distinguidos, Gastroenterología , integra el Programa SIIC-Sociedad Argentina de Gastroenterología (SAG) de Educación Médica Continuada