



Volumen 7, Número 4, Diciembre 2004

Resúmenes SIIC

ESTRATEGIA PARA IDENTIFICAR FAMILIAS CON RIESGO DE CÁNCER COLORRECTAL

Oxford, Reino Unido

El abordaje basado en la búsqueda de casos según los registros de los médicos generales y un cuestionario de historia familiar parece eficaz para identificar familias con riesgo alto de presentar cáncer colorrectal y, por ende, pasibles de vigilancia específica.

British Journal of General Practice 54(501):267-271, Abr 2004

Autores:

Rose PW, Murphy M, Munafo M y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Primary Health Care, Oxford University, Institute of Health Sciences, Oxford, Reino Unido

Título original:

[Improving the Ascertainment of Families at High Risk of Colorectal Cancer: A Prospective GP Register Study]

Título en castellano:

Mejor Identificación de Familias con Riesgo Elevado de Cáncer Colorrectal: Estudio Prospectivo a Partir de Registros de Médicos Generales

Introducción

Los avances en genética han comenzado a alterar la práctica clínica en atención primaria. Existe controversia en relación con la utilidad precisa de la historia familiar como herramienta de rastreo en prevención primaria pero de hecho muchos médicos generales consideran este dato. Más aun, un estudio identificó que el 3.2% de la población adulta presentaba historia familiar significativa de cáncer colorrectal, mientras que otra investigación detectó 4.4% de pacientes con riesgo elevado de presentar estas neoplasias o cáncer de mama en función de los antecedentes. Los autores recuerdan que el cáncer colorrectal es el tercer tumor más frecuente en el Reino Unido y se sabe que existe un componente hereditario importante. Sin embargo, el valor de la vigilancia epidemiológica en familias con riesgo elevado de presentar cáncer aún no se ha probado con certeza. El *Department of Clinical Genetics* del *Churchill Hospital* en Oxford lleva una base de datos de familias con riesgo alto de cáncer en virtud de los antecedentes. Sin embargo, en 1997 se puso de manifiesto que la información de dicha fuente no determinó aproximadamente un 60% del número de familias con condiciones autosómicas dominantes respecto de la cantidad esperada en función de la prevalencia conocida. Asimismo, otra patología autosómica dominante –la hipercolesterolemia familiar– fue subdiagnosticada en la práctica rutinaria; un análisis de distintos métodos de rastreo de esta entidad demostró que la forma más ventajosa para identificar casos era mediante la búsqueda en cascada de los miembros familiares. La aplicación de la misma estrategia a la identificación de individuos con riesgo de presentar cáncer colorrectal significa detectar pacientes con diagnóstico de la neoplasia y con una historia familiar significativa. De esta forma se podrá ofrecer a los familiares el beneficio de la vigilancia y del rastreo genético, cuando están indicados. En este trabajo, los expertos analizan la viabilidad del abordaje de búsqueda de casos a través de los registros de los médicos generales, como paso inicial del proceso.

Método

El *Department of Colorectal Surgery* del *John Radcliffe Hospital*, en Oxford, lleva un registro de pacientes con cáncer colorrectal desde 1992, a partir del cual se utilizaron los 100 casos más recientes. Aunque en el 75% de los casos había información sobre la historia familiar, en muchas circunstancias era incompleta. En un paso posterior, los enfermos en quienes la neoplasia se diagnosticó antes de los 65 años fueron invitados a participar en la investigación. Aquellos que accedieron completaron un cuestionario de antecedentes familiares. Los pacientes que respondieron fueron considerados como casos índice y sus familias se clasificaron en categorías de riesgo alto (según criterios de Amsterdam modificados), moderado (un caso en la familia con diagnóstico de cáncer colorrectal antes de los 45 años, dos parientes de primer orden del mismo lado familiar o dos parientes cercanos con una edad promedio inferior a los 60 años en el momento del diagnóstico) o bajo. Los casos índice fueron informados acerca de la categoría de riesgo familiar de manera tal de poder discutir la derivación al servicio de genética. Las consecuencias psicológicas fueron evaluadas con la escala de ansiedad *Spielberg* (STAI) y con la escala de influencia de eventos (IES).

Resultados

Se identificaron 758 pacientes con cáncer colorrectal a partir de los registros; 341 de ellos con diagnóstico de la neoplasia antes de los 65 años. Entre el 66% que respondió se identificaron 10 familias de riesgo alto y 47 familias de riesgo moderado. El índice de prevalencia de todos los casos de cáncer colorrectal, independientemente de la edad en el momento del diagnóstico, fue de 172/100 000 enfermos. Antes del estudio, el 57.1% de los pacientes habían discutido con otros miembros de la familia la posibilidad de contraer cáncer de intestino; el 28.5% de los sujetos había analizado este aspecto con un profesional de la salud. En el 11.6% de ellos (n: 23) se había aconsejado el rastreo a los parientes (en 9, 13 y 1 el riesgo se estableció como bajo, moderado y alto, respectivamente). Trece enfermos con riesgo moderado o elevado fueron derivados al *Oxford Clinical Genetics Department* como consecuencia del estudio pero, hacia el final de la investigación, cinco pacientes con riesgo alto aún no habían sido derivados a dicho departamento. Treinta y siete de 47 casos índice de riesgo moderado y 8 de 10 de los de riesgo alto refirieron tener, respectivamente, 153 y 34, parientes de primer orden (con exclusión de los padres); estos familiares serían candidatos para considerar en un programa de vigilancia regular con colonoscopia. El análisis estadístico no reveló efecto significativo del tiempo o interacción del riesgo valorado y tiempo. Hubo una influencia marginal del riesgo sobre el nivel de ansiedad. Aunque el estado de ansiedad aumentó a través de los tres grupos diagnósticos de riesgo, las pruebas *post hoc* indicaron que a los 6 meses, las diferencias habían desaparecido.

Discusión

El estudio muestra que es factible identificar un número sustancial de pacientes con cáncer colorrectal a partir de los registros de atención primaria y utilizar posteriormente un cuestionario de historia familiar para identificar aquellas familias con mayor riesgo de ser portadoras de mutaciones genéticas asociadas con mayor susceptibilidad para presentar la neoplasia. Estas familias pueden luego ser consideradas para análisis genético y vigilancia; la intervención no parece ocasionar ningún daño psicológico a los participantes. La identificación de pacientes de riesgo alto en esta investigación alcanzó un 28%, muy favorable en comparación con el 3.2% y el 4.4% en estudios que aplicaron un rastreo de población. Hasta tanto se disponga de métodos eficaces de búsqueda de cáncer de colon tipo no poliposo hereditario y para otras mutaciones significativas para amplios grupos, la estrategia que incluye el registro del médico general y la valoración del riesgo familiar parece apropiada. Un punto de preocupación, señalan los autores, tiene que ver con el índice de respuesta moderado que se obtuvo. Este fenómeno podría reflejar que un grupo considerable de enfermos no desea considerar el rastreo de la patología o que encuentra muy difícil discutirla con sus familiares. Cualquiera de estos factores puede sin duda afectar la eficacia global del procedimiento. Otra limitación de esta estrategia es que puede no ser tan exitosa en áreas en las cuales no se dispone de un sistema computarizado de registro de la información. Por su parte, puede ser necesario que los profesionales reciban algún entrenamiento para llevar adelante el proceso adecuadamente y sin pérdida de tiempo. La metodología sólo parece ocasionar ansiedad transitoria en familias de riesgo alto. El estudio describe los pasos iniciales en un proceso de rastreo en cascada destinado a identificar sujetos con riesgo alto de presentar cáncer colorrectal. La investigación futura deberá establecer la viabilidad y la relación

costo-eficacia de este abordaje en el ámbito de la medicina primaria. En caso de confirmarse su utilidad, podría aplicarse a otras patologías potencialmente hereditarias, concluyen los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál fue el rendimiento del abordaje en cascada a partir de la identificación de casos en los registros de los médicos generales como procedimiento de rastreo de familias de riesgo de presentar cáncer colorrectal?

- A. 10%
- B. 4.4%
- C. 3.2%
- D. 28%

[Respuesta Correcta](#)

ENFERMEDAD ULCEROSA PEPTICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL

Taichung, Taiwán

El análisis retrospectivo de 465 pacientes que recibieron trasplante renal revela que los factores de riesgo asociados con enfermedad ulcerosa péptica fueron el empleo de pulsos de metilprednisolona y el antecedente de enfermedad ulcerosa previa al trasplante.

Clinical Nephrology 62(1): 14-20, Jul 2004

Autores:

Chen KJ, Chen CH, Cheng M y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Division of Nephrology, Department of Internal Medicine, Taichung Veterans General Hospital, Taichung, Taiwán

Título original:

[Risk Factors for Peptic Ulcer Disease in Renal Transplant Patients – 11 Years of Experience from a Single Center]

Título en castellano:

Factores de Riesgo para la Enfermedad Ulcerosa Péptica en Pacientes con Trasplante Renal: 11 Años de Experiencia en una Institución

Introducción

Se sabe que la enfermedad ulcerosa péptica (EUP) afecta con frecuencia a los pacientes que recibieron trasplante renal y que conlleva un riesgo elevado de problemas médicos y quirúrgicos. Su incidencia en este grupo de pacientes varía entre el 4% y 16%, lo que depende de los protocolos de inmunosupresión empleados, los regímenes de profilaxis antiulcerosos, los episodios de rechazo agudo, de factores genéticos y de los métodos de pesquisa. Diversos factores pueden contribuir a la formación de úlceras, como la cirugía y el uso de corticosteroides y drogas antiinflamatorias no esteroides. La introducción de ciclosporina A (CsA) ha disminuido

notablemente la incidencia de EUP, lo cual es probable que se deba fundamentalmente a la reducción significativa del número de episodios de rechazo agudo. Los objetivos propuestos por los autores de este trabajo fueron el análisis retrospectivo de los factores de riesgo para EUP y de los resultados clínicos en la institución donde se efectuó el estudio. Los resultados revelaron una incidencia extraordinariamente elevada de EUP, lo que justifica un régimen antiulceroso mayor en estos pacientes.

Materiales y métodos

Desde el año 1990 y hasta el 2000 se efectuó el seguimiento de 465 pacientes (275 hombres y 190 mujeres) que recibieron trasplante, con controles periódicos en la institución de origen por más de 3 meses. Se definió EUP pretrasplante como la patología diagnosticada por endoscopia al menos 6 meses antes del trasplante. Para definir el empleo crónico de aspirina o de antiinflamatorios no esteroides se requirió que su uso superara los 3 meses. La mayoría recibió regímenes de inmunosupresión basados en corticosteroides y CsA; en aproximadamente un tercio se empleó mofetil micofenolato. Mediante la revisión de los registros médicos se identificaron los pacientes con EUP comprobada por vía endoscópica, la cual se realizó a los pacientes con síntomas de dolor epigástrico, prueba positiva de sangre oculta en materia fecal, hematemesis o anemia de causa no aclarada. Los resultados obtenidos fueron analizados con el programa de computación SPSS. Para el análisis multivariado se empleó la prueba de regresión logística. Un valor de p menor de 0.05 fue considerado significativo desde el punto de vista estadístico.

Resultados

Entre todos los pacientes estudiados, 181 (38.9%) presentaron EUP. No se hallaron diferencias significativas en lo que respecta a sexo, edad en el momento del trasplante, factor sanguíneo, tipo de donante y duración del tratamiento con hemodiálisis previo al trasplante entre los pacientes con EUP y los que no la presentaron. En los pacientes con EUP, se halló una prevalencia más elevada de esta afección antes del trasplante ($p < 0.0001$), menor prevalencia de trasplante con donante vivo ($p < 0.05$), mayor valor de creatinemia al final del seguimiento (3.7 ± 3.0 versus 2.6 ± 2.4 mg/dl, $p = 0.0002$), más episodios de rechazo agudo ($p < 0.0001$), duración más corta del seguimiento ($p < 0.05$) y mayor prevalencia de disfunción crónica del injerto – definida como el valor de creatinina sérica igual o mayor de 2.5 mg/dl durante al menos 3 meses—. En cuanto al tipo empleado de inmunosupresión, los pulsos de metilprednisolona, la inyección de globulina antitimocítica y la azatioprina se asociaron con EUP; pero no así el consumo de antiinflamatorios no esteroides, aspirina, CsA, prednisolona, tacrolimus y mofetil micofenolato. La EUP ocurrió con mayor frecuencia dentro de las 4 semanas posteriores al empleo de metilprednisolona (125 de 181 pacientes, 69.1%, $p < 0.0001$) y en promedio a los 12.6 ± 6.0 días luego del tratamiento con pulsos de esta droga. Los tipos de patología más frecuentes fueron gastritis, úlcera gástrica, úlcera duodenal, esofagitis, duodenitis y úlcera esofágica. Se identificó *Helicobacter pylori* en el 21.5% de los pacientes con EUP; entre éstos, el 77% eran positivos para esta bacteria antes del trasplante. La mayoría de los casos (93.3%) fueron tratados con éxito sólo con terapia médica, que incluyó bloqueantes de los receptores H_2 o inhibidores de la bomba de protones. Doce pacientes necesitaron la combinación de tratamiento médico y quirúrgico por presentar EUP perforada. Ocho pacientes fallecieron debido a perforación o hemorragia masiva incontrolable. En el análisis multivariado, la administración de pulsos de metilprednisolona (*odds ratio* [OR] = 3.954, intervalo de confianza del 95% 3.154 - 8.312, $p = 0.03$), el recuento de plaquetas y el antecedente de patología anterior al trasplante (OR = 7.599, IC 95% 1.211 - 12.905, $p < 0.0001$) fueron factores de riesgo independientes para EUP postrasplante.

Discusión

Si bien los avances en los regímenes de inmunosupresión y en la atención de los pacientes son importantes, la EUP persiste como causa significativa de mortalidad y morbilidad en pacientes que recibieron trasplante renal. En la serie estudiada, la mortalidad asociada con la EUP fue de 4.4%, a pesar del tratamiento médico intensivo y de la intervención quirúrgica; no obstante, esta cifra se encuentra muy por debajo del valor informado –del 23% al 60%– en revisiones previas efectuadas durante la época en que se administraba ciclosporina. La incidencia de EUP fue relativamente elevada en esta serie (38.9%), en comparación con informes previos, en los que fue del 4% al 16%. Debido a que la EUP puede aparecer en cualquier momento luego del trasplante, un seguimiento prolongado puede estar relacionado con mayor incidencia de esta patología. La mediana de la duración del seguimiento realizado en este estudio fue de 6 años, aunque este

factor puede no ser el único asociado con esta incidencia elevada. Otro factor posible es el menor empleo de regímenes efectivos contra esta patología. El número de casos de EUP se incrementó notablemente a los 2 a 3 meses luego del trasplante, por lo que los investigadores recomiendan una profilaxis prolongada (por ejemplo, de 1 a 2 meses) luego del trasplante. En segundo lugar, la patogénesis de la EUP en pacientes receptores de trasplante renal puede ser diferente a la de la población general. Sólo el 6.6% de los pacientes con EUP de esta investigación tenía antecedentes de ingesta crónica de drogas antiinflamatorias no esteroideas, por lo cual estas últimas fueron factores patogénicos no significativos. Es importante señalar que entre los agentes inmunosupresores empleados con mayor frecuencia como tratamiento de mantenimiento, sólo la azatioprina estuvo asociada con EUP. Por último, la mayoría de los pacientes fueron tratados con éxito con terapia médica (93.3%), cifra similar a la encontrada en informes previos y que no difiere de las presentes en la población general. Los autores demostraron una prevalencia relativamente elevada de EUP en su grupo de pacientes. Para mejorar la supervivencia y la calidad de vida, la profilaxis efectiva anti-EUP que cubre al menos los primeros meses postrasplante está indicada en todos los pacientes, especialmente en aquellos con antecedentes de enfermedad ulcerosa antes del trasplante y empleo de pulsos de metilprednisolona durante los episodios de rechazo agudo. Los expertos recomiendan firmemente la erradicación de *Helicobacter pylori* antes del trasplante.

Autoevaluación de Lectura

Según la revisión retrospectiva realizada en un centro de Taiwán ¿cuáles de las siguientes drogas se asociaron con mayor incidencia de enfermedad ulcerosa péptica en pacientes que recibieron trasplante renal?

- A. Aspirina y drogas antiinflamatorias no esteroideas.**
- B. Ciclosporina y mofetil micofenolato.**
- C. Pulsos de metilprednisolona y azatioprina.**
- D. Prednisolona y tacrolimús.**

[Respuesta Correcta](#)

DIVERTICULITIS: CUANDO Y COMO OPERAR

Cleveland, EE.UU.

Las diverticulitis agudas no complicadas son pasibles de tratamiento médico. Las indicaciones quirúrgicas incluyen los episodios recurrentes y las complicaciones de la enfermedad. La indicación y el momento de la cirugía están determinados por el estadio de la enfermedad.

Digestive and Liver Disease 36(7): 435-445, Jul 2004

Autores:

Aydin HN, Remzi FH

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Colorectal Surgery, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, EE.UU.

Título original:

[Diverticulitis: When and How to Operate?]

Título en castellano:

Introducción

La diverticulosis colónica se encuentra entre las enfermedades más frecuentes de los países desarrollados del mundo occidental. Su prevalencia es difícil de determinar en virtud de que la mayoría de los individuos con este trastorno son asintomáticos. Sin embargo, se considera que su prevalencia podría estar en aumento a partir del análisis de una cantidad de estudios clínicos, radiológicos y epidemiológicos, así como de varias series de autopsias. Su patogenia se atribuye a un conjunto de factores genéticos y ambientales; el que más se relaciona es una dieta pobre en fibras junto con obesidad, disminución de la actividad física, corticosteroides, AINE, consumo de alcohol, cafeína y tabaco y la enfermedad por riñón poliquístico. Entre los factores epidemiológicos se encuentran la edad, lugar de residencia, el estilo de vida y la raza, lo cual posiblemente aumente la incidencia de enfermedad diverticular, los ataques relacionados y las complicaciones subsiguientes. Los divertículos se producen generalmente en el colon izquierdo (50% a 90%), especialmente en el colon sigmoide, en las sociedades occidentales; mientras que se encontró predominio de la afección del lado derecho en países asiáticos, con una tasa de incidencia de 76%. Estudios recientes confirmaron la prevalencia predominante en las naciones industrializadas en alrededor de 5% a 10% en la población de 50 años de edad, 30% en sujetos con más de 50 años, 50% en mayores de 70 y del 66% en mayores de 85 años. Mientras que la mayor parte de los individuos con enfermedad diverticular permanecen asintomáticos, entre 5% y 25% de los pacientes con diverticulosis progresarán en última instancia a diverticulitis y el 15% de éstos desarrollarán complicaciones importantes. La incidencia actual de inflamación asintomática se desconoce pero se estima alrededor del 1% al 2%. No obstante, la enfermedad diverticular y sus complicaciones son responsables del 41% de las admisiones de emergencia en los hospitales tratantes de patologías del intestino grueso en EE.UU. Entre 10% y 20% de estas internaciones requerirán finalmente un procedimiento quirúrgico. Aquellos que sobrevivan a un ataque sin la necesidad de cirugía tienen un riesgo estimado del 2% de desarrollar nuevos ataques. Por lo general, el 1% de los individuos con divertículos serán intervenidos quirúrgicamente debido a alguna complicación en algún momento de sus vidas.

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

La enfermedad diverticular puede clasificarse en no complicada sintomática, sintomática recurrente y complicada. Las indicaciones quirúrgicas de la diverticulitis incluyen los ataques recurrentes y las complicaciones de la enfermedad diverticular, como abscesos, perforaciones, fístulas y obstrucción. La determinación temprana del estadio de la enfermedad es crucial para establecer la modalidad terapéutica. Los ataques recurrentes son los que probablemente tengan menos respuesta al tratamiento médico y tienen una elevada tasa de mortalidad. Muchos autores concuerdan en que las indicaciones de cirugía programada o semiprogramada incluyen: pacientes con dos o más episodios agudos previos tratados de manera conservadora; pacientes con un ataque asociado a complicaciones; pacientes con sospecha de carcinoma colónico que no pudo ser excluida; y lo más controvertido, pacientes de menos de 50 años con un único episodio que requieran internación. Las indicaciones para la cirugía de urgencia incluyen los pacientes con estado avanzado de contaminación peritoneal, obstrucción colónica significativa, inmunocomprometidos o con caquexia extrema.

Evaluación inicial y modalidades diagnósticas

La mayor parte de los pacientes presentan dolor en el cuadrante inferior izquierdo (93% a 100%), fiebre (57% a 100%) y leucocitosis (69% a 83%). Otras manifestaciones incluyen náuseas, vómitos, constipación, diarrea, disuria y aumento de la frecuencia miccional. También se debe considerar como diagnóstico diferencial el cáncer de colon, la enfermedad inflamatoria del intestino, el síndrome del intestino irritable, la colitis isquémica, la obstrucción intestinal y las enfermedades ginecológicas y urológicas. La evacuación inicial también puede incluir un análisis completo de laboratorio (sangre y orina) y rayos X de abdomen. En casos de dudas diagnósticas se puede recurrir a la tomografía computarizada (TC), radiología por contraste y ecografía. Por lo general, la endoscopia no se utiliza en cuadros agudos debido al riesgo de perforación del colon inflamado tanto por la insuflación como por la instrumentación. Sin embargo, es una prueba

diagnóstica útil para realizar 4 a 6 semanas después de la resolución del episodio agudo. Ante la duda diagnóstica también es útil el sigmoidoscopio flexible utilizado con un mínimo de insuflación.

Objetivos quirúrgicos y estadificación

Los objetivos fundamentales del procedimiento quirúrgico son controlar o prevenir la sepsis, eliminar las complicaciones, remover el segmento colónico afectado y restaurar la continuidad intestinal. Los sistemas de estadificación evalúan el grado de inflamación intraabdominal y sus complicaciones asociadas en cuatro categorías: peritonitis local; absceso paracólico o pelviano local; peritonitis generalizada tras ruptura del absceso paracólico o pelviano, y peritonitis generalizada secundaria a perforación colónica. Hinchey sugirió la siguiente estadificación: estadio I, diverticulitis con absceso paracólico confinado; estadio II, diverticulitis con absceso pelviano o retroperitoneal distante; estadio III, diverticulitis con peritonitis purulenta, y estadio IV, diverticulitis con peritonitis fecal. El punto diagnóstico fundamental es enfatizar las diferencias entre los dos últimos estadios, mientras que el III se considera "no comunicante" con la luz intestinal, el estadio IV sí lo es a través de la perforación del divertículo. Existen otras modificaciones a las estadificaciones mencionadas, pero tienen la desventaja de que sólo son capaces de determinar el estadio en forma intraquirúrgica o posquirúrgica. Hansen diseñó un sistema que permite la estadificación prequirúrgica a través del examen clínico, estudios de contraste, colonoscopia y TC. En asociación con éstos se utilizan sistemas de puntaje que cuantifican los riesgos como el de la *American Society of Anesthesiologists* (ASA), el APACHE II y el Índice de Peritonitis de Mannheim (MPI). Este último incluye entre sus parámetros edad, sexo, insuficiencias orgánicas, cáncer, peritonitis prequirúrgica de más de 24 horas, peritonitis generalizada difusa, el sitio del foco primario y la naturaleza del tipo de fluido exudativo peritoneal. Un MPI de menos de 21 puntos indica mejor pronóstico que uno de 21 o más puntos.

Opciones terapéuticas basadas en los sistemas de estadificación

La resección primaria con anastomosis sin un estoma protector se denomina procedimiento de un solo paso y es el procedimiento de elección en pacientes sin inmunocompromiso que se presentan con diverticulitis no complicada o con Hinchey I o II. El drenaje percutáneo de los abscesos intraabdominales disminuye las tasas de morbilidad y mortalidad cuando se las compara con el drenaje abierto y, de ser posible, siempre deben intentarse. Se informa que es una técnica exitosa en 70% a 90% de los casos de abscesos estadio I y con mejor pronóstico que los abscesos localizados en la pelvis o en cualquier lugar de la cavidad abdominal. Un procedimiento de dos tiempos es el indicado para aquellos pacientes con contaminación fecal importante, inflamación e inmunocomprometidos. Este procedimiento doble puede incluir la técnica de Hartmann como la resección y anastomosis primaria a través de una ileostomía, las cuales pueden ser llevadas a cabo por métodos laparoscópicos sólo por sujetos muy entrenados. Las opciones quirúrgicas para la enfermedad diverticular complicada son: derivación proximal con sutura, parche omental del sitio de perforación y drenaje; resección con colostomía y fístula mucosa distal o cierre del intestino distal; resección y coloproctostomía; resección con coloproctostomía y derivación proximal. *Estadio I* En esta etapa son útiles los antibióticos i.v., que pueden ser continuados por 48 horas. Si los estudios revelan la existencia de abscesos aislados que compliquen la diverticulitis sin peritonitis asociada, y con un tamaño de menos de 5 cm, éstos por lo general resuelven únicamente con terapia antibiótica. De no resolver el cuadro, lo indicado es la realización de TC, y si ésta confirma el aumento de tamaño de los abscesos, se recurrirá al drenaje guiado con TC, cuadro que, por lo general, resuelve dentro de las 72 horas, con disminución del dolor y la leucocitosis. La ventaja de estos procedimientos es el rápido control de la sepsis, la estabilización del paciente sin necesidad de recurrir a anestesia general y la eliminación de los métodos quirúrgicos de etapas múltiples. Aquellos pacientes con abscesos que no son pasibles de drenaje guiado con TC o aquellos con signos y síntomas de peritonitis son candidatos de intervención quirúrgica. Si una cirugía es de urgencia, el método más apropiado es la resección primaria con lavaje y anastomosis. *Estadio II* De la misma manera que en el caso anterior, los abscesos pericólicos pueden resolver con antibióticoterapia y reposo intestinal. Los pacientes con grandes abscesos diverticulares pueden ser drenados tanto por vía percutánea como quirúrgicamente. En condiciones extremas, como pacientes inmunocomprometidos, intoxicados o con una marcada inflamación pelviana residual a una resección colónica, esta indicada la ileostomía de asas proximales. La resección laparoscópica de la diverticulitis puede ser realizada sin morbilidad asociada y con la disminución del tiempo de internación en pacientes en estadios I y II. *Estadio III* Esta es una emergencia quirúrgica que requiere estabilización preliminar inmediata con líquidos i.v., antibióticos de amplio espectro y

sostén cardiovascular. La mortalidad esperada de la peritonitis purulenta es del 6%, comparada con el 35% de la peritonitis fecal. Las opciones quirúrgicas para este estadio son la resección de Hartmann y la resección con anastomosis inmediata e ileostomía. *Estadio IV* La peritonitis fecal requiere una intervención quirúrgica inmediatamente después de la estabilización del paciente y, según diversos estudios, el procedimiento de elección debe ser la resección de Hartmann con drenaje. En condiciones poco comunes como las adherencias, deben considerarse el lavaje peritoneal, la derivación proximal fecal y la omentoplastia. La utilización de la laparoscopia en esta instancia, si bien demostró eficacia en casos particulares, debe ser estudiada en ensayos prospectivos aleatorizados.

Circunstancias especiales

La enfermedad diverticular es relativamente infrecuente antes de los 40 años y constituye solamente el 2% al 5% del total de sujetos con esta patología. En este grupo la enfermedad se da con más frecuencia en los varones obesos (84% a 96%), siendo éste un factor de riesgo principal. Si bien existen muchas controversias al respecto, la cirugía es generalmente el tratamiento de elección para estos pacientes. En los pacientes inmunocomprometidos las condiciones que representan a estos pacientes son infección grave, uso de esteroides, diabetes mellitus, insuficiencia renal, cáncer, cirrosis y quimioterapia e inmunosupresión. Este grupo presenta una incidencia aumentada de complicaciones y de secuelas de la enfermedad más graves. También presentan falta de respuesta inflamatoria normal y los pacientes pueden presentarse con un mínimo de signos y síntomas, lo que puede demorar el diagnóstico y el tratamiento. Ante el primer episodio es preferible someter a estos pacientes a resección primaria con derivación proximal. Si bien la diverticulitis recurrente después de la resección es poco frecuente, con una incidencia de 1% a 10%, es de suma importancia quirúrgica el grado de la resección proximal y el de la anastomosis distal. El uso del recto como margen distal disminuye la tasa de recurrencia. También se debe prestar especial atención a los diagnósticos diferenciales con síndrome por intestino irritable, enfermedad inflamatoria intestinal y la colitis isquémica. La diverticulitis del margen derecho a veces puede no distinguirse de la apendicitis. En 26% a 88% de los casos se presenta con una masa abdominal. Se reserva el tratamiento quirúrgico para los episodios complicados. Si la inflamación es muy grande y se encuentran divertículos múltiples, está indicada la hemicolectomía derecha con anastomosis primaria. En casos selectos, se puede realizar una diverticulectomía simple.

Conclusión

Aunque la diverticulitis colónica es una condición benigna, a veces puede resultar dificultosa para diagnosticar y tratar. Es una enfermedad común y se la debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dolor abdominal. El aumento de la morbilidad y la mortalidad se asocia con el estadio de la peritonitis y las comorbilidades asociadas. Por lo tanto, es muy importante enfatizar que la estadificación no es sólo la clave para el diagnóstico adecuado sino la herramienta fundamental para disminuir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Autoevaluación de Lectura

En el estadio IV de la clasificación de Hinchey la enfermedad diverticular se asocia con:

- A. Peritonitis purulenta.**
- B. Peritonitis fecal.**
- C. Abscesos pelvianos.**
- D. Abscesos retroperitoneales.**

[Respuesta Correcta](#)

REVISAN EL DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LAS NEOPLASIAS QUISTICAS PANCREATICAS

Boston, EE.UU.

Estudio de revisión acerca de la fisiopatología, el diagnóstico y el manejo de las neoplasias quísticas del páncreas.

New England Journal of Medicine 351(12): 1218-1226, Sep 2004

Autores:

Brugge W, Lauwers G, Sahani D y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Gastrointestinal Unit, Massachusetts General Hospital, Boston, EE.UU.

Título original:

[Cystic Neoplasms of the Pancreas]

Título en castellano:

Neoplasias Quísticas del Páncreas

Fisiopatología

Debido a que los pseudoquistes inflamatorios constituyen la mayoría de las lesiones quísticas del páncreas, el desafío clínico es el diagnóstico diferencial y el manejo de las neoplasias quísticas, las que representan menos del 10% de las neoplasias del páncreas. Estos tumores comprenden un espectro de neoplasias benignas, malignas y fronterizas que son primariamente quísticas o producto de la degeneración quística de tumores sólidos. Entre ellos, los adenomas quísticos serosos (32% a 39%), las neoplasias quísticas mucoides (10% a 45%) y las neoplasias mucoides papilares intraductales representan la mayoría de los casos encontrados en la práctica clínica. Los hallazgos histopatológicos de los adenomas quísticos mucoides y de los papilares intraductales son casi idénticos, excepto por la presencia de un denso estroma de tipo ovárico mesenquimatoso, el que es característico de las neoplasias quísticas mucoides. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud describe tres estadios de esas neoplasias: benignas; de bajo grado de malignidad o fronterizas, y malignas (carcinoma *in situ* e invasivo). Las neoplasias quísticas mucoides con evidencia de cambios desde la benignidad hacia el carcinoma *in situ* son generalmente curables por medio de la resección quirúrgica completa. Las neoplasias mucoides papilares intraductales con evidencia de cambios hacia un estadio adenomatoso o fronterizo tienen también excelente pronóstico, si bien la presencia de carcinoma *in situ* puede ensombrecer ese pronóstico. En la resección de las neoplasias mucoides papilares intraductales es importante obtener un margen quirúrgico negativo en el conducto pancreático, aun en ausencia de adenocarcinoma invasivo, para prevenir la recurrencia del tumor.

Presentación clínica

Muchos pacientes con lesiones quísticas pancreáticas se presentan sin signos ni síntomas relevantes. Frecuentemente la lesión es detectada por medio de ecografía abdominal o de estudios con imágenes transversales, efectuados para la evaluación de otras patologías. Cuando la lesión es sintomática, el paciente puede presentar pancreatitis recurrente, dolor abdominal crónico o ictericia. Estos síntomas indican frecuentemente obstrucción del conducto biliar pancreático o comunicación entre la lesión quística y el sistema canalicular del páncreas. Las lesiones quísticas verdaderas del páncreas pueden confundirse con pseudoquistes debido a las similitudes de presentación clínica y a las características visualizadas en los estudios de diagnóstico por imágenes. Los pseudoquistes pueden aparecer luego de un episodio de pancreatitis aguda o en forma insidiosa durante la instalación de la pancreatitis crónica y se asocian frecuentemente con dolor. Los grandes pseudoquistes pueden comprimir el estómago, el duodeno o el conducto biliar,

produciendo saciedad temprana, vómitos e ictericia.

Diagnóstico

Las lesiones quísticas del páncreas se descubren cada vez con más frecuencia debido al empleo masivo de ecografía abdominal, tomografía computarizada y resonancia magnética para la detección de distintas patologías. La tomografía computarizada es un método excelente para esas lesiones quísticas, no solamente para la detección inicial de la lesión, sino también para la caracterización de esas lesiones por medio de la visualización de la calcificación de la pared, del tabique o de los nódulos murales y de los hallazgos que sugieren pancreatitis. La resonancia magnética presenta la ventaja adicional de brindar mejor caracterización de los datos morfológicos del quiste y la posibilidad de mostrar una comunicación potencial entre el quiste y el conducto pancreático. La ecografía transabdominal puede ayudar para la diferenciación entre las lesiones quísticas y sólidas, si bien es frecuentemente dificultosa la evaluación completa del páncreas debido a la presencia de burbujas de gas en suspensión.

Manejo

El manejo de las neoplasias quísticas del páncreas no está estandarizado y continúa evolucionando. Se indica la resección quirúrgica para la mayoría de esas lesiones en pacientes asintomáticos y para quienes el riesgo quirúrgico es bajo. La evaluación adecuada y el manejo subsecuente de la patología en los pacientes sin síntomas aún no han sido totalmente definidos. Resultan particularmente importantes la detección segura del tipo de tumor y la evaluación pronóstica, ya que más de la tercera parte de las lesiones quísticas se descubren accidentalmente. Por una parte, una política global de resección para todas las lesiones llevaría a la remoción de algunas neoplasias quísticas potencialmente malignas productoras de mucina, antes de que los pacientes se tornen sintomáticos y presenten menor índice de curación. Por otra parte, ese abordaje podría también llevar a la cirugía de algunos pacientes con adenomas quísticos serosos y con otras lesiones benignas que probablemente nunca causarán trastornos. Además de la presencia o ausencia de síntomas, otros factores para ser considerados en el manejo de las neoplasias quísticas del páncreas incluyen la edad del paciente, el grado de riesgo quirúrgico para cada paciente y la localización y el tamaño del tumor. Se debe efectuar tomografía computarizada de alta resolución o resonancia magnética como parte de esa planificación en todos los casos. La ecografía endoscópica, en comparación con la tomografía computarizada y con la resonancia magnética, proporciona mayores detalles de las características morfológicas de la lesión, así como una oportunidad para obtener muestras de la pared y del contenido líquido del quiste, los que brindan información adicional acerca de la naturaleza de la lesión, particularmente para la diferenciación entre las lesiones mucoides, no mucoides y pseudoquistes. Sin embargo, la ecografía endoscópica no está indicada cuando se planea la cirugía, independientemente de la evolución del estudio, como por ejemplo en un paciente sintomático de bajo riesgo quirúrgico. En los casos intermedios, la ecografía endoscópica y la aspiración por medio de aguja fina, resultan de utilidad para guiar el manejo hacia la observación cuando las lesiones muestran mínimo potencial para enfermedad maligna o hacia la resección cuando se observa riesgo sustancial. El pronóstico de los pacientes que han sufrido la resección de neoplasias quísticas mucoides sin evidencia de invasión transmural es excelente (cercano al 100%). Aun para las neoplasias mucoides papilares intraductales que contengan un carcinoma (que constituyen casi el 60% de los tumores reseccionados), el índice de supervivencia a los 5 años es superior al 50%. Algunos aspectos del manejo de las neoplasias quísticas permanecen sin establecerse. Las recomendaciones de los autores para el manejo de esta patología son limitadas debido a la dificultad para distinguir adecuadamente entre las lesiones benignas y las malignas o potencialmente malignas mucoides antes de la resección, y por la comprensión incompleta de la evolución natural de esas neoplasias. Si fuera posible predecir la posibilidad o el índice de progresión hacia el carcinoma invasivo en un paciente dado, se le podría ofrecer potencialmente la observación expectante o no efectuar la resección. Sin embargo, se encuentra disponible muy poca información acerca del índice de crecimiento de los adenomas quísticos serosos y sobre la posibilidad de que esas lesiones produzcan síntomas. El desarrollo de nuevos tratamientos para los tumores quísticos del páncreas, concluyen los autores, tales como la ablación con etanol y por radiofrecuencia, e incluso el empleo de los inhibidores de la ciclooxigenasa para detener la progresión de los adenomas hacia el cáncer, agregan, continúa a la espera de una mayor comprensión de la biología de las neoplasias quísticas.

Autoevaluación de Lectura

La mayoría de las lesiones quísticas que se observan en el páncreas corresponden a:

- A. Adenomas quísticos serosos.**
- B. Neoplasias quísticas mucoides.**
- C. Neoplasias mucoides papilares intraductales.**
- D. Seudoquistes inflamatorios.**

[Respuesta Correcta](#)

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