

Resúmenes SIIC

● LA GASTROSTOMIA REDUCE LA INCIDENCIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS CON PARALISIS CEREBRAL

Oxford, Reino Unido

La realización de gastrostomía, ya sea endoscópica percutánea o por cirugía abierta, reduce la incidencia de infecciones respiratorias en niños con trastornos neurológicos que no pueden proteger su vía aérea durante la deglución.

Archives of Disease in Childhood 91(6):478-482, Jun 2006

Autores:

Sullivan PB, Morrice JS, Vernon-Roberts A

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Paediatrics, University of Oxford

Título original:

Does Gastrostomy Tube Feeding in Children with Cerebral Palsy Increase the Risk of Respiratory Morbidity?

Título en castellano:

¿Aumenta el Riesgo de Morbilidad Respiratoria en Niños con Parálisis Cerebral por Efecto de la Alimentación a través de Gastrostomía?

Introducción

Los niños con enfermedades neurológicas tienen elevado riesgo de padecer trastornos del crecimiento y deficiencias nutricionales. La alimentación por gastrostomía (GTT) ha permitido aumentar el peso corporal, reducir el tiempo de alimentación y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. A pesar de ello, suele ser difícil para los profesionales a cargo decidir si los beneficios de esta conducta superan a los riesgos potenciales. Los niños con parálisis cerebral (PC) tienen menor expectativa de vida, y se ha mencionado a la alimentación por sonda como factor de riesgo que incrementa la mortalidad. En un estudio se encontró que en esta población tan minusválida, la causa principal de muerte fue la aparición de enfermedades respiratorias, en especial las infecciones pero, además, muchos de los niños con PC presentan disfunciones orales y faríngeas que producen la aspiración de secreciones y alimentos, por lo cual se observa hipoxemia durante la alimentación. Por el contrario, la conservación del mecanismo deglutorio preserva de las complicaciones respiratorias.

Se ha informado que la alimentación por GTT reduce la supervivencia en niños con discapacidades. En un estudio sobre 4 921 pacientes se estimó que el riesgo relativo de mortalidad es de 2.1, que disminuyó cuando había traqueostoma instalado y en los casos más graves en comparación con los que no lo eran tanto. Este hecho fue aparentemente paradójico, por la tendencia a sobrealimentar a estos pacientes que podría haber dado lugar a una mayor tasa de infecciones pulmonares debidas a broncoaspiración. Los autores manifiestan que su experiencia no concuerda con estas observaciones. Al revisar en forma retrospectiva una serie propia de 81 pacientes con PC a quienes les realizaron GTT, encontraron que en los 12 meses siguientes se redujeron las infecciones torácicas bacterianas de 45.7% a 30.9%. Por ese motivo se propusieron realizar un estudio

prospectivo, para comprobar si la GTT para alimentación se asocia o no con aumento de la morbilidad en niños con deterioro neurológico grave.

Metodología

Se trató de un estudio longitudinal, prospectivo, no controlado, multicéntrico y de cohortes llevado a cabo entre diciembre de 1999 y diciembre de 2002, destinado a investigar los resultados de la alimentación por GTT en niños con discapacidades graves. La razón de la falta de grupo control fue una decisión deliberada de los autores, porque haberlo conformado les hubiera significado enfrentar un conflicto ético por privar de un gesto terapéutico a algunos pacientes cuando lo consideraban verdaderamente necesario.

Los niños presentaban PC y problemas nutricionales secundarios a disfunciones motoras bucales, y se les había indicado GTT. Los criterios para llevarla a cabo abarcaron: 1. disfunción motora grave de la boca que comprometiera el estado nutricional, estimado por el peso, el espesor del pliegue cutáneo en la región tricípital y ambos en relación con la edad; 2. signos clínicos de desnutrición; por ejemplo, sugerida por alteraciones cutáneas; 3. dependencia prolongada de la sonda nasogástrica (más de 3 semanas); 4. tiempo de alimentación mayor de 3 horas por día. Los criterios de exclusión comprendieron: 1. enfermedad metabólica, genética o neurodegenerativa y 2. tratamiento actual con corticoides u hormona de crecimiento.

En el preoperatorio se realizó un estudio contrastado de videodeglución para determinar el grado de protección de la vía aérea y la seguridad al deglutir, y determinación del pH del esófago inferior para identificar la existencia de reflujo. Los pacientes que carecían de reflujo fueron sometidos a GTT percutáneas; de lo contrario, en el momento de la GTT se practicó funduplicatura laparoscópica.

Los niños fueron evaluados de la siguiente manera: visita 1, previa a la GTT; visita 2, a los 6 meses; visita 3, a los 12 meses. En la primera visita se confeccionó la historia clínica detallada con el diagnóstico neurológico preciso, tipo y grado de incapacidad motora, presencia y magnitud de los trastornos de la alimentación, antecedentes de infecciones respiratorias y tratamientos antibióticos recibidos en los 6 meses precedentes. En las visitas 2 y 3 se interrogó sobre las posibles complicaciones derivadas de la GTT, la presencia de reflujo y los antecedentes de infecciones respiratorias que hubieran requerido antibióticos u hospitalizaciones.

Resultados

Participaron en el estudio 57 pacientes con una media de edad de 4 años y 4 meses. La razón principal para indicar GTT fue el mal estado nutricional. Cuarenta y tres de los 57 niños presentaban cuadriplejía espástica asociada con parálisis cerebral; otros diagnósticos incluyeron PC mixta, hemiplejía, ataxia, trastornos extrapiramidales y discapacidad neurológica grave no tipificada. Sólo 12% podía sentarse por sus propios medios, 5% podía caminar sin ayuda y 53 de los 57 pacientes no podía utilizar sus manos para alimentarse. A 53 niños se les practicaron GTT percutáneas endoscópicas y a 4, GTT a cielo abierto. Además, a 18 se les realizó la funduplicatura laparoscópica debido a la presencia de reflujo gastroesofágico. Cuatro de los 57 niños fallecieron durante el estudio, 1 de ellos antes de la GTT. La sospecha de broncoaspiración se confirmó en 16 casos mediante el estudio dinámico contrastado bajo fluoroscopia.

Luego del procedimiento se produjo una disminución abrupta de las hospitalizaciones debidas a infecciones torácicas y una reducción no significativa en la cantidad de antibióticos consumidos. En este aspecto, no influyó haber realizado funduplicatura porque los resultados fueron iguales en los pacientes en quienes no fue necesario llevar a cabo esta intervención.

Discusión

Hay antecedentes en la literatura referidos al aumento de mortalidad por broncoaspiración en niños con trastornos neurológicos que se alimentan a través de sondas. Dado el aumento de la frecuencia con que se indica la sonda, los autores consideran que el tema debe ser tratado como de importancia práctica. Además, señalan que el presente estudio es el primero que enfoca esta complicación sobre la morbilidad respiratoria antes y luego de la de la GTT. No hallaron pruebas de que ésta hubiera aumentado en los 12 meses que siguieron al procedimiento sino que, por el contrario, se observó una reducción significativa de la cantidad de antibióticos empleados para tratar infecciones respiratorias.

Destacan la dedicación especial del estudio a señalar la relación entre la seguridad en la deglución

y el papel de la aspiración anterógrada (AA) en la morbilidad respiratoria de niños con PC. La disfunción motora oral es una complicación habitual en niños con compromiso neurológico grave, tanto es así que más del 90% de los casos con PC la presentan. La AA se encuentra en 38% de los niños con PC en cualquier etapa del proceso deglutorio; precisamente por esa razón, como la GTT evita la ingestión por boca, también reduce las posibilidades de infecciones debidas a broncoaspiración.

El reflujo gastroesofágico también es frecuente en niños con PC y, en algunos pacientes, la GTT puede exacerbarla. Un tercio de los participantes de esta serie requirió un procedimiento antirreflujo practicado al mismo tiempo en que se realizó la GTT. Esta proporción refleja el nivel de discapacidad y los trastornos motores de la población con PC que debieron tratar los autores. Sin embargo, destacan que no se observó diferencia significativa en el número de infecciones entre quienes fueron sometidos a procedimientos antirreflujo y los que no los requirieron. Esta situación los motiva a inferir que la enfermedad respiratoria a la que estos niños son vulnerables es más probablemente la consecuencia de una AA que del reflujo gastroesofágico.

Conclusiones

La GTT de alimentación demostró ser una intervención efectiva para la nutrición de niños con trastornos neurológicos, pero puede exacerbar el reflujo. A pesar de las afirmaciones previas, no se reconoció incremento de la morbilidad respiratoria en los 12 meses consecutivos a la realización del procedimiento. Debido a que los pacientes ingieren menor cantidad de alimentos por boca, concluyen los autores, se reducen las infecciones pulmonares en quienes degluten de modo inseguro y no pueden proteger su vía aérea durante la alimentación.

Autoevaluación de Lectura

¿A qué obedecen las infecciones respiratorias frecuentes en los niños con trastornos neurológicos del tipo de la parálisis cerebral?

- A. Disfunción deglutoria y broncoaspiración de saliva y alimentos.**
- B. Enfermedad por reflujo gastroesofágico.**
- C. Trastornos de la inmunidad e infección de las secreciones retenidas por falta de fuerza muscular para toser.**
- D. En casos de traqueostomía, producción de fístula traqueoesofágica por manguito-balón de alta presión en la cánula.**

Respuesta Correcta

● MEJOR SUPERVIVENCIA POSOPERATORIA EN PACIENTES CON CANCER DE COLON EN ESTADIO III CON QUIMIOTERAPIA ADYUVANTE

Seattle, EE.UU.

Los carcinomas de colon resecaados en estadio III tienen mejor supervivencia si los pacientes completan una terapia adyuvante. La probabilidad de que finalicen este tratamiento depende de factores etarios, sociales, psíquicos y otros que, al ser identificados en cada caso, podrían permitir que se implementen gestos destinados a prevenir la interrupción de la terapia.

Journal of the National Cancer Institute 98(9):610-619, May 2006

Autores:

Dobie SA, Baldwin LM, Dominitz JA

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Family Medicine, University of Washington

Título original:

Completion of Therapy by Medicare Patients with Stage III Colon Cancer

Título en castellano:

Finalización del Tratamiento en Beneficiarios de Medicare con Cáncer de Colon en Estadio III

Introducción

A finales de la década de 1980 y comienzos de los años noventa, varios ensayos clínicos aleatorizados demostraron que los tratamientos adyuvantes con esquemas que contienen fluoropirimidina mejoran la supervivencia en casos de cáncer de colon (CC) en estadio III (EIII), si se la compara con la de los grupos de pacientes sin tratamiento posoperatorio. Sobre la base de estos resultados, el Panel de Consenso sobre Cáncer Colorrectal del Instituto Nacional de la Salud de los EE.UU. recomendó el empleo rutinario de quimioterapia (QT) para tumores de esa localización y estadio.

A pesar de estas recomendaciones, no todos los pacientes con EIII de CC inician QT adyuvante. Por ejemplo, se observó que personas afroamericanas, de edad avanzada, con mayores comorbilidades, sin pareja, o habitantes de ciertas regiones de los EE.UU. inician QT con menor probabilidad que los pacientes jóvenes, blancos, casados o con mejor estado de salud. El inicio de la QT es, desde luego, el primer paso para mejorar la supervivencia. Habrá una desventaja agregada si por las características particulares de ciertos grupos, la probabilidad de iniciar QT es menor y también lo es la posibilidad de completarla. Los autores reconocen que se han publicado trabajos sobre tasas de finalización de QT pero no, en cambio, sobre los factores predictivos que auguren esta situación. Por ello han evaluado una población de pacientes de edad avanzada, portadores de CC en EIII, para investigar la hipótesis de que las mismas características capaces de predecir diferencias en la iniciación de QT adyuvante también predecirían la probabilidad de prosecución de este tratamiento hasta completarlo. Con este objeto, identificaron a los pacientes cuyos datos se encontraban en los registros correspondientes a vigilancia, epidemiología y resultados finales (VERF) del *National Institute of Health* de los EE.UU. Además, se obtuvo información sobre los datos correspondientes a demanda asistencial al sistema de cobertura *Medicare* por parte de personas que se encontraban en la situación en estudio. De este modo, consideraron que al identificar los factores que predecirían la finalización del tratamiento se podría proveer información para programar intervenciones que condujeran a que los pacientes observaran la terapia y, en consecuencia, se incrementaran las tasas de supervivencia correspondientes.

Metodología

Los autores vincularon información de pacientes con CC en EIII proveniente del programa VERF entre 1992 y 1996, con la de la base de datos de *Medicare*, entre enero de 1991 y diciembre de 1998. Consideraron que los datos acopiados representaban a la población, porque el referido sistema de cobertura médica asegura al 97% de las personas mayores de 65 años.

Fueron identificados 9 796 pacientes de 66 años o más con adenocarcinomas de colon y rectosigmoides. Fueron excluidos los casos que no respondían a las pautas establecidas en las bases del estudio, por lo que restaron para su análisis 5 778, que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se definió como iniciación de la QT a la demanda asistencial de por lo menos una administración de las drogas citotóxicas del programa. El análisis ulterior se limitó a los 3 193 pacientes del grupo que completaron la QT.

El criterio principal residió en haber recibido un curso completo de QT adyuvante. El tiempo que se prolongó el tratamiento durante el período que insumió el estudio varió entre 6 y 12 meses. Como los oncólogos adoptaron regímenes de 6 meses, esta duración se tomó como estándar.

Se definió como ciclo de QT a las aplicaciones diarias durante una semana, cada 21 o 28 días, y al régimen de un día por semana, por 6 semanas, seguido de 2 semanas sin terapia y administración con bomba. El tratamiento de 5 meses o más fue establecido como curso completo de QT.

Se recabaron datos sobre edad, raza, estado civil y sexo. Las comorbilidades se midieron sobre la base de un índice resultante de considerar 18 afecciones, como infarto de miocardio, insuficiencia

cardíaca congestiva y enfermedad pulmonar crónica. También se incluyeron, entre los datos a ser evaluados, el estadio de la enfermedad, los ganglios regionales y el grado tumoral. Otra información que los autores consideraron importante fueron las posibles rehospitalizaciones. Entendieron que las tempranas pudieron haber obedecido a complicaciones operatorias, mientras que las tardías quizá debían atribuirse a la acción de los fármacos. El medio habitacional (urbano o rural) y las características de los profesionales tratantes responsables (si eran especialistas, estaban certificados o no, y hasta su raza) fueron otros factores que se tomaron en cuenta para elaborar los resultados. Se tuvo cuidado especial en no incluir pacientes tratados debido a recurrencias del tumor primario resecado.

Resultados

De los 5 778 pacientes iniciales, 3 193 (55.3%) recibieron terapia adyuvante. Los participantes afroamericanos constituyeron el grupo étnico tratado en menor proporción; por el contrario, los varones casados, menores de 75 años, con menos rehospitalizaciones posoperatorias y un nivel económico relativamente elevado mostraron la mayor probabilidad de recibir tratamiento adyuvante. Del total de 4 177 pacientes diagnosticados entre enero de 1991 y diciembre de 1995, 45.9% no fueron tratados, 21% comenzaron la terapia pero no la finalizaron y 42% completaron el tratamiento adyuvante. El riesgo de mortalidad relacionado con cáncer fue significativamente menor entre quienes completaron el tratamiento respecto de los pacientes que no recibieron todo el curso de la terapéutica. Por lo general, los participantes que completaron el tratamiento fueron varones menores de 75 años, casados, sin internaciones posoperatorias y con mayores ingresos económicos que los de los grupos restantes.

La mayoría de los pacientes fueron asistidos por oncólogos clínicos (95.1%), varones (91%), entre 40 y 49 años (54%) y médicos integrantes de equipos profesionales (74%).

Las mujeres y las personas viudas tuvieron menores probabilidades de completar los tratamientos.

Discusión

En este estudio se halló una tasa de finalización muy elevada (78.2%) entre los pacientes que iniciaron el tratamiento de QT adyuvante, en quienes se observó mejoría franca de la supervivencia. Para que el tratamiento pudiera completarse debían influir factores clínicos y demográficos, aunque los autores reconocen no haber tomado en cuenta otros como la intensidad tumoral, las comorbilidades, la recurrencia neoplásica y las drogas que integraron los esquemas de terapia adyuvante, sus dosis y el modo de administración.

Consideran que el factor predictivo más importante de interrupción de la QT es el ingreso hospitalario durante el curso del tratamiento. Se observó una tasa de finalización menor en las mujeres, dato que los autores interpretan como una mayor susceptibilidad a los efectos tóxicos de las drogas, en especial, el 5-fluoruracilo. A ello se agrega el factor etario, que influye en proporción inversa sobre la probabilidad de completar tratamiento, debido a la mayor toxicidad de las drogas cuanto mayor es la edad y la propia endeblez de las personas ancianas, más propensas a comorbilidades. La viudez puede explicar los menores recursos con que se cuenta para atender a la salud.

Las características de los médicos a cargo de los tratamientos no permitieron establecer relaciones estadísticas con la posibilidad de que sus pacientes completaran el tratamiento adyuvante prescripto o no.

Conclusiones

Los autores consideran que este estudio permite identificar cuáles serían los factores que pueden predecir la interrupción de un tratamiento quimioterápico adyuvante para CC en EIII que impide que se complete la dosis establecida en pautas terapéuticas aceptadas por consenso. Señalan que son importantes el deterioro físico individual, el bajo nivel social, la falta de apoyo que al paciente puede brindarle su entorno y las complicaciones que se presenten durante el tratamiento. Sobre la base de estos hallazgos podrían implementarse los recursos específicos destinados a proveer apoyo físico, psíquico y social, en aras de mejorar los resultados terapéuticos, concluyen los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿Con qué droga se elaboran los esquemas de quimioterapia adyuvante empleados con mayor frecuencia en el cáncer de colon?

- A. Blocamicina.
- B. Doxorubicina.
- C. Carboplatino.
- D. Cinco-fluoruracilo.

[Respuesta Correcta](#)

EL DIAGNOSTICO TEMPRANO DE ENFERMEDAD DE CROHN EN NIÑOS REDUCE LA NECESIDAD DE TRATAMIENTO QUIRURGICO

San Francisco, EE.UU.

El tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn, que consiste en resecciones intestinales, es menos frecuente si el proceso se descubre en edad más temprana, cuando las lesiones se encuentran menos extendidas y todavía pueden esperarse resultados de los fármacos. La presencia de complicaciones aumenta el riesgo del requerimiento de cirugía.

Gastroenterology 130(4):1069-1077, Abr 2006

Autores:

Gupta N, Cohen SA, Bostrom AG

Institución/es participante/s en la investigación:
UCSFChildren's Hospital, University of California

Título original:

Risk Factors for Initial Surgery in Pediatric Patients with Crohn's Disease

Título en castellano:

Factores de Riesgo para Cirugía Inicial en Pacientes Pediátricos con Enfermedad de Crohn

Introducción

El tratamiento quirúrgico es frecuente en pacientes con enfermedad de Crohn (EC). Estudios previos informaron que la incidencia acumulada de resección intestinal fue de 44%, 61%, 71% y 82% al año, a los 5, a los 6 y a los 20 años del diagnóstico. Los resultados varían según las publicaciones, hecho que los autores atribuyen a las diferentes poblaciones analizadas y a las distintas definiciones de cirugía.

Señalan que en pocas oportunidades se investigaron los factores de riesgo para la primera operación indicada, razón por la que se propusieron determinar la incidencia acumulada de tratamiento quirúrgico necesario para la EC. Esta terapéutica fue definida a estos efectos, como la resección intestinal. Para evaluar mejor los resultados encararon un estudio multicéntrico de varias poblaciones pediátricas.

Metodología

Comenzaron en enero de 2000. Fueron analizados 1 736 pacientes menores de 18 años con enfermedad intestinal inflamatoria (EII). Se registraron datos provenientes de las historias clínicas respectivas, en especial interrogatorio, examen físico, endoscopia, histología y radiología. Se

definió como día 0 a la fecha de diagnóstico inicial y se registró la fecha de la intervención quirúrgica inicial que consistió en resección. La fecha de final de estudio para pacientes no quirúrgicos fue la de la visita más reciente previa a noviembre de 2003. De la cohorte de 1 736 pacientes, fueron seleccionados 989 que cumplían los criterios de inclusión. Las variables que se presumió podrían estar relacionadas con la necesidad de resección quirúrgica fueron el centro donde se asistía a los pacientes, el año de diagnóstico, la edad, el sexo, la etnia, el diagnóstico inicial de EII, la ubicación de la enfermedad, la presencia o ausencia de granuloma en el estudio histológico, los síntomas de comienzo, la gravedad inicial de la enfermedad, los parámetros de laboratorio, los marcadores serológicos, el tratamiento y las complicaciones. Los tipos de resecciones abarcaron parcial de intestino delgado, colectomía parcial o colectomía total. El año del diagnóstico se definió como aquel en que se estableció EII. La edad se agrupó en 3 categorías: 1) 0-2 años; 2) 3-5 años; 3) 6-12 años; 4) 13-17 años. La etnia se calificó como blanco, afronorteamericano, asiático, hispano, etc. Se estableció como diagnóstico inicial de EII a una de las enfermedades compatibles con esta denominación: EC, colitis ulcerosa (CU) o colitis indeterminada. La ubicación de la enfermedad se clasificó en: 1) compromiso del intestino delgado sin afección del colon; 2) del intestino delgado con compromiso colónico; 3) del colon sin enfermedad en el intestino delgado. Se definió como granulomas a la observación de estas lesiones en el primer informe histológico. Entre los síntomas de comienzo considerados se incluyeron el dolor abdominal, la diarrea, la astenia, la fiebre, las artralgias, el ardor bucal, las náuseas, el compromiso del periné, el retardo en el crecimiento, la hemoproctorragia, las dermatopatías, los vómitos y la pérdida de peso. La gravedad se definió en relación con la magnitud de los siguientes síntomas: dolor abdominal, diarrea, hematoquecia, limitación de la actividad, enfermedad perirrectal, manifestaciones extraintestinales, etc. Los parámetros de laboratorio que se tomaron en cuenta fueron albuminemia, hematocrito, eritrosedimentación y recuentos globulares, para compararlos con los valores considerados normales. Se midieron los anticuerpos anti-*Saccharomyces cerevisiae* y antineutrófilo citoplasmático perinuclear. Se registraron 6 opciones de fármacos: mercaptopurina, metotrexato, ciclosporina, ácido 5-aminosalicílico, corticoides y antibióticos. En consecuencia, los pacientes fueron clasificados como tratados o no tratados –sin considerar en el primero de los casos por cuánto tiempo habían recibido drogas– y con complicaciones o sin ellas. Los primeros habían experimentado una o varias de las siguientes: abscesos, estomatitis aftosa, artritis, hipocratismo, fracturas óseas, eritema nudoso o pioderma gangrenoso, fístulas, estenosis, fisura perianal o retardo del crecimiento.

Resultados

La media de edad fue de 11.5 años y el tiempo de seguimiento, de 2.8 años. Ciento cincuenta y tres pacientes fueron sometidos a resecciones intestinales: 38 colectomías parciales, 13 colectomías totales, 70 exéresis de intestino delgado y 7 colectomías parciales junto con resecciones segmentarias de intestino delgado. La incidencia acumulada fue de 5.7% al año, 17% a los 5 años y 28.4% a los 10 años a partir del momento del diagnóstico.

El 19.2% fue operado durante el intervalo de edad de 0-2 años, 15.1% en el grupo de 3-5 años, 28.8% en el intervalo 6-12 y 35% entre los 13 y 17 años. El grupo de pacientes estuvo conformado por 63 varones y 65 mujeres. La incidencia acumulada fue significativamente mayor en las últimas. El tratamiento quirúrgico se practicó en 111 pacientes blancos, 13 afronorteamericanos, 1 hispano y el resto sin calificación precisa. De los 989 pacientes pediátricos, a 949 (95.1%) se les diagnosticó EC al comienzo del estudio, a 28 se los calificó como portadores de CU y a 21 con colitis inflamatoria. El riesgo de requerir cirugía fue similar en pacientes con compromiso colónico exclusivo, sólo compromiso de intestino delgado o enfermedad que afectaba ambos tramos intestinales. La presencia de granulomas en el estudio histológico inicial fue inversamente proporcional al riesgo de requerir cirugía. Sólo el retardo en el crecimiento se asoció con el riesgo de necesitar tratamiento quirúrgico, a diferencia de otras de las posibles manifestaciones clínicas de la enfermedad. No se encontró relación con la gravedad del cuadro; sí, en cambio, con el antecedente de tratamiento con ciclosporina y con la presencia de complicaciones como estrecheces intestinales, abscesos o fístulas.

Discusión

Los autores consideran que el presente estudio se fundamenta en una de las mayores cohortes pediátricas existentes hasta el momento de ser elaborado el trabajo. La incidencia acumulada de

cirugía fue menor que en trabajos previos, tanto los realizados en adultos como en niños. En esta serie, la menor edad al momento del diagnóstico se asoció con menor riesgo de cirugía. Señalan que ello puede reflejar el reconocimiento más temprano de la enfermedad y, por lo tanto, el inicio de tratamientos específicos que pudieran resultar efectivos. Destacan que, aunque publicaciones previas no informan sobre el predominio de un sexo respecto del otro, hallaron que las mujeres muestran mayor riesgo de requerir operación para el tratamiento de la EC. Igual situación sucedió en los niños a quienes inicialmente se les diagnosticó CU. En los pacientes de esta serie, cuya lesión comprometía exclusivamente el intestino delgado, el riesgo de cirugía fue 1.78 veces mayor que en el grupo integrado por sujetos con lesiones colónicas exclusivas. El retardo del crecimiento se asoció significativamente con el riesgo, al igual que lo señalado por otros expertos, mientras que la presencia de fiebre tuvo relación inversa. Según los autores del presente estudio, esto último indica que la hipertermia se comportó como signo de alarma para inducir la institución de tratamiento en forma más temprana, por lo que habría disminuido la progresión de la EC. Por causas que ignoran, los marcadores positivos se asociaron con mayor riesgo de cirugía, mientras que la ciclosporina previa a la operación se relacionó con mayor riesgo, y éste fue menor en los casos tratados con ácido aminosalicílico.

Conclusiones

El sexo femenino, los retardos en el crecimiento al tiempo de presentación, el diagnóstico inicial de CU y la presencia de abscesos, fístulas o estrecheces del intestino se asoció con aumento del riesgo de requerir resecciones intestinales en pacientes pediátricos portadores de EC, mientras que la menor edad al momento del diagnóstico, la presencia de fiebre y el tratamiento con ácido aminosalicílico se relacionaron con menor riesgo de requerir una operación, concluyen los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿En qué consiste el tratamiento quirúrgico curativo de la enfermedad de Crohn?

A. Ileo-transverso-anastomosis látero-lateral.

B. Colectomía segmentaria o resección segmentaria del intestino delgado o resección parcial de color y de delgado en continuidad.

C. Gastroenteroanastomosis en Y de Roux.

D. Resección abdominoperineal de Miles.

[Respuesta Correcta](#)

● PAPEL DE LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES

Ann Arbor, EE.UU.

En pacientes con neoplasias malignas del tracto gastrointestinal irresecables o metastásicas, la radioterapia puede aliviar los síntomas como dolor y hemorragia, con efectos colaterales en general bien tolerados.

Gastroenterology Clinics of North America 35(1):125-130, Mar 2006

Autores:

Howell DD

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Radiation Oncology, University of Michigan School of Medicine

Título original:

The Role of Radiation Therapy in the Palliation of Gastrointestinal Malignancies

Título en castellano:

El Papel de la Radioterapia en la Paliación de las Neoplasias Malignas Gastrointestinales

Introducción

Existen diversas opciones de tratamiento paliativo para los síntomas provocados por neoplasias gastrointestinales e intraabdominales. La radioterapia (RT) es útil en ciertas situaciones clínicas en pacientes muy sintomáticos.

Esófago

Las neoplasias primarias o secundarias que afectan el esófago pueden provocar síntomas como dolor, hemorragia, odinofagia y disfagia. La extensión directa de neoplasias esofágicas avanzadas a la tráquea causa fistulas traqueoesofágicas que se asocian con síntomas como aspiración, tos y mayor riesgo de neumonía aspirativa.

En pacientes con cáncer de esófago avanzado o irreseccable, el tratamiento con RT externa o intraluminal (braquiterapia [BT]) confiere beneficios paliativos. Un esquema de RT externa puede variar entre 20 Gy en 5 fracciones a 50.4 Gy en 28 fracciones. Este tratamiento puede administrarse en conjunto con quimioterapia (QT) sistémica citotóxica. La BT intraluminal con fuentes de radiación como iridio 192 provee altas dosis terapéuticas a la luz y al tejido muscular submucoso, a la vez que limita altas dosis de radiación a los órganos adyacentes. Suele administrarse una o 2 veces por semana y se han empleado varios esquemas de fraccionamiento de dosis.

El empleo de radiación impacta sobre los síntomas. El grado de alivio depende de la intensidad inicial de los síntomas, del tamaño del tumor y del estado general del paciente. Los efectos de la terapia paliativa pueden notarse pronto, a la semana, pero se requiere un curso de tratamiento completo para obtener respuesta. La RT focal suele ser bastante bien tolerada con efectos colaterales razonables.

La RT puede causar esofagitis aguda. Durante la tercera o cuarta semana de tratamiento, los pacientes pueden referir la aparición de odinofagia o síntomas de pirosis. En los sujetos tratados con QT concomitante, estos síntomas se presentan una semana antes en promedio.

Para el tratamiento de la esofagitis con RT puede emplearse una mezcla de difenhidramina, magnesio y lidocaína. En los pacientes que no responden a este esquema se utilizan analgésicos o narcóticos. También puede aparecer irritación por reflujo ácido, para lo que será útil el empleo de inhibidores de la bomba de protones en forma profiláctica o para aliviar los síntomas.

Los riesgos a largo plazo de la RT externa o BT sobre el esófago incluyen estenosis o perforación, cuya incidencia es relativamente baja. El riesgo depende de la dosis total de radiación empleada, de la dosis por fracción, la extensión tumoral y el volumen del esófago irradiado.

Estómago

Las neoplasias del estómago localmente avanzadas, irreseccables y con metástasis pueden producir síntomas como melena, dolor, náuseas, vómitos y hematemesis. En estos casos, para paliar los síntomas puede emplearse RT, en general externa, con QT citotóxica o sin ella. Se debe tratar de limitar la dosis de radiación a otros órganos intraabdominales y, en especial, mantener lo más baja posible la dosis que puede alcanzar los riñones y el intestino delgado.

Un curso de RT paliativa puede variar de 30 Gy en 10 fracciones a 54 Gy en 30 fracciones. En general, la hemorragia se controla dentro de la primera semana de tratamiento. Los síntomas dependen de factores como la histología y la extensión de la enfermedad, la profundidad del compromiso de la pared gástrica y el volumen del estómago afectado. La radiación puede agravar temporariamente los síntomas como náuseas y vómitos; además, la RT gástrica se asociaría con morbilidad, que simularía o agravaría algunos de los síntomas relacionados con neoplasias. Los efectos colaterales de la radiación comprenden dolor abdominal, náuseas y vómitos, gastritis y

úlceras gástricas. En pacientes tratados con altas dosis, sobre todo en el estómago, el compromiso de las células parietales puede reducir la secreción ácida y provocar dispepsia. Por lo tanto, las técnicas actuales emplean radiación gástrica parcial cuando es posible, que se asocia con menor morbilidad. Para el control de los síntomas pueden emplearse antiácidos, bloqueantes H₂ y diversos esquemas antieméticos, y para el dolor, narcóticos y combinaciones de analgésicos.

Hígado

Hasta el momento, el tratamiento de las metástasis hepáticas se basaba en la RT, pero ha surgido una amplia gama de posibilidades terapéuticas.

Las metástasis hepáticas provocan plenitud del abdomen superior, distensión, dolor local y referido. Al emplear radiación debe tenerse en cuenta el volumen del órgano tratado y la dosis total para estimar la morbilidad potencial del tratamiento. Por lo general, se emplean de 20 Gy en 8 a 12 fracciones hasta 40 Gy en 4 semanas, de acuerdo con el volumen del hígado a tratar, entre otros factores. En algunos centros se ha utilizado la RT para el tratamiento focal de las metástasis hepáticas o hasta dos tercios de hígado. En estos casos, pueden emplearse técnicas especiales para proteger al menos una porción del órgano.

Los efectos colaterales de la RT hepática incluyen mal estado general, náuseas, vómitos y, cuando se emplean dosis elevadas sobre gran volumen del hígado, enfermedad hepática inducida por radiación.

Intestino delgado

Si bien las neoplasias primarias en este órgano son infrecuentes, el intestino delgado es una causa relevante de morbilidad en pacientes que reciben radiación en el abdomen y en la pelvis, dado que limita la dosis. La incidencia y gravedad de la morbilidad provocada por la toxicidad sobre el intestino delgado depende de la dosis total de radiación administrada, de la dosis por fracción y del volumen del intestino delgado incluido en los campos de RT. La toxicidad aumenta con el empleo concomitante de QT, el antecedente de cirugía abdominal o pélvica y la enfermedad vascular. Los síntomas de la toxicidad del intestino delgado varían entre diarrea o dolor y procesos crónicos como isquemia, obstrucción, ulceración y fibrosis.

El tratamiento de los efectos colaterales agudos es sintomático, con antidiarreicos y antieméticos. Además, los síntomas pueden mejorar con empleo de dietas reducidas en residuos y en grasas y libres de lactosa. Respecto de la obstrucción, el tratamiento comprende el reposo intestinal y, si es grave, la resección quirúrgica, la derivación del segmento obstruido o la adhesiolisis.

Páncreas

La mayoría de las neoplasias de páncreas son incurables al momento del diagnóstico y pueden presentarse con síntomas como dolor, anorexia, ictericia y pérdida de peso. En estos casos, la RT suele emplearse para intentar suprimir la enfermedad local y paliar los síntomas asociados. La radiación se administra mediante múltiples técnicas de campo con dosis entre 45 y 50.4 Gy en 5 a 5.5 semanas sobre el páncreas y el tejido adyacente. Si bien suele reducir el dolor en forma significativa, el pronóstico es adverso. Los efectos colaterales pueden asemejarse a los asociados con la RT del estómago, que incluyen náuseas y vómitos. Como el volumen de intestino delgado que recibe radiación es pequeño, la diarrea es menos frecuente. Pueden administrarse antieméticos o bloqueantes H₂ en forma profiláctica o para tratar los síntomas en pacientes que reciben radiación en esta área.

Arbol biliar

La mayoría de los pacientes con neoplasias del tracto biliar requieren procedimientos paliativos quirúrgicos o endoscópicos para aliviar los síntomas obstructivos. El empleo de RT externa con QT citotóxica sistémica o sin ella puede aliviar sustancialmente el dolor y, en ciertos casos, asociarse con supervivencia a largo plazo. También se ha descrito el empleo de BT intraluminal. Es infrecuente el control permanente de la enfermedad y de sus síntomas.

Intestino grueso

Los síntomas del cáncer de colon recurrente –dolor local o hemorragia– pueden controlarse con radioterapia local. Se debe tener presente el lugar y tamaño de la recurrencia y el empleo previo de radiación en esta región, dado que son factores que pueden limitar la dosis total a administrar.

Para incrementar la respuesta también puede utilizarse terapia sistémica. Debido a la ubicación del intestino grueso en el abdomen y la pelvis, la morbilidad potencial de la terapia depende de la ubicación de la enfermedad recurrente o irresecable y la dosis empleada.

Recto

Una de las situaciones clínicas más difíciles que deben enfrentar los oncólogos es la recurrencia pélvica de las neoplasias rectales. Los pacientes pueden experimentar dolor difícil de tratar, de acuerdo al tamaño y a la ubicación de las recurrencias. Los síntomas asociados con neoplasias rectales localmente avanzadas e irresecables incluyen hemorragia, dolor local, obstrucción y fístulas. La radiación paliativa varía entre 40 Gy en 20 fracciones a 54 Gy en 30 fracciones. Para aumentar la respuesta suele administrarse en forma concomitante QT citotóxica sistémica. En la tercera semana de tratamiento se produce alivio de la hemorragia.

La RT del recto puede provocar síntomas como hemorragia y tenesmo y la lesión de la mucosa rectal, conducir a hemorragia, úlceras, estenosis y fistulas. Para tratar los síntomas de urgencia y tenesmo se emplea difenoxilato y atropina o loperamida. El dolor local se controla con narcóticos o analgésicos y, en ocasiones, con supositorios con opiáceos y belladona. Para la proctitis crónica se indican enemas de esteroides y, en casos avanzados, procedimientos endoscópicos o quirúrgicos.

Conclusiones

La RT puede aliviar los síntomas en pacientes con neoplasias del tracto gastrointestinal irresecables o metastásicas. Aunque no suele lograrse el control de la enfermedad a largo plazo, pueden controlarse los síntomas como dolor y hemorragia. Los efectos colaterales asociados suelen ser bien tolerados y pueden controlarse con medidas conservadoras.

El autor concluye que el objetivo de proveer alivio al paciente comprende emplear el menor tiempo posible, con morbilidad reducida y extensión de la respuesta.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué sustancias suelen emplearse para tratar la esofagitis por radioterapia?

- A. Difenhidramina.**
- B. Magnesio.**
- C. Lidocaína.**
- D. Todas son correctas.**

Respuesta Correcta

MAYOR RIESGO DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA CON INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACION DE SEROTONINA

Copenhague, Dinamarca

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina causarían la hemorragia digestiva alta por acción sinérgica con antiinflamatorios no esteroides o aspirina en dosis reducidas.

CNS Drugs 20(2):143-151, 2006

Autores:

Dalton SO, Sørensen HT, Johansen C

Institución/es participante/s en la investigación:

Institute of Cancer Epidemiology, Danish Cancer Society

Título original:

SSRIs and Upper Gastrointestinal Bleeding: What is Known and How Should it Influence Prescribing?

Título en castellano:

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina y Hemorragia Gastrointestinal Alta. Qué se Sabe y en Qué Medida debe Tener Influencia sobre la Prescripción

Introducción

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se encuentran entre las drogas más empleadas en el mundo. Tienen eficacia similar en el tratamiento de la depresión que los antidepresivos tricíclicos y un favorable perfil de seguridad y tolerabilidad. No obstante, los efectos adversos de baja frecuencia pueden adquirir mayor prevalencia debido al uso amplio que se hace de estas drogas. Desde 1990, diversos informes de casos señalaron complicaciones hemorrágicas luego del inicio de ISRS.

La liberación de serotonina por parte de las plaquetas desempeña un papel en la respuesta hemostática a la lesión vascular, con vasoconstricción y agregación plaquetaria. Las plaquetas no sintetizan serotonina sino que la toman de la circulación. Los ISRS impiden esta captación, por lo que inhiben el único mecanismo de almacenamiento plaquetario de serotonina. Las dosis terapéuticas de fluoxetina u otros ISRS, con 90% de reducción del contenido plaquetario de serotonina luego del tratamiento por 2 semanas, bloquean este mecanismo, que podría subyacer al incremento de riesgo de hemorragia en pacientes que reciben ISRS.

Por ello, los autores realizaron una revisión para examinar los datos epidemiológicos sobre la asociación entre el empleo aislado de ISRS y el riesgo de hemorragia digestiva alta (HDA), los efectos sinérgicos con otras drogas (antiinflamatorios no esteroideos [AINE], corticoides, anticoagulantes orales y antiplaquetarios, que incluyen bajas dosis de aspirina) y la consecuencia en pacientes con elevado riesgo de hemorragia gastrointestinal (GI).

Los AINE se asocian con un incremento de 4 veces en el riesgo de hemorragia gastrointestinal que, sumado a su uso muy difundido, determinan que sea la clase de fármacos relacionados con más frecuencia con HDA. Los otros fármacos mencionados incrementan el riesgo de sangrado entre 2 y 3 veces, además de tener interacción con los AINE, lo que a su vez aumenta el riesgo de HDA en más de 10 veces.

Revisión de la bibliografía

Los autores realizaron una búsqueda en MEDLINE de trabajos publicados entre 1966 y 2005 sobre hemorragia GI e ISRS.

Fueron identificados 4 estudios que evaluaron la asociación potencial entre empleo de ISRS y HDA. También fueron incluidos otros 2 trabajos que evaluaron el riesgo de hemorragia en general en usuarios de ISRS que incluía a la HDA. Todos los estudios eran observacionales, con 3 investigaciones de casos y controles y 3 trabajos de cohorte retrospectivos. Todos eran estudios poblacionales e incluyeron muestras significativas de pacientes.

Estudios específicos de HDA

En un estudio realizado por de Abajo y colaboradores se tomaron datos de la *United Kingdom General Practice Research Database* entre 1993 y 1997 para identificar casos de HDA en pacientes entre 40 y 79 años ($n = 1\ 651$) y un grupo control ($n = 10\ 000$). Como resultado, el empleo actual de ISRS aumentó en forma significativa el riesgo de HDA en 3 veces. La tasa de incidencia de HDA fue de un caso por 1 300 pacientes tratados con ISRS. El uso simultáneo de ISRS y AINE se asoció con un riesgo relativo (RR) de HDA de 15.6 y el empleo de ISRS junto con bajas dosis de aspirina, con un RR de 7.2.

Van Walraven y colaboradores identificaron 317 824 usuarios de antidepresivos > 65 años de una base de datos de Ontario, Canadá, en la que se produjeron 974 internaciones por HDA entre 1992 y 1998. El RR de HDA aumentó 10% con el nivel creciente de inhibición de serotonina, principalmente en 2 grupos de riesgo: octogenarios y pacientes con antecedentes de HDA. La

diferencia de tasas fue de 4.1 por 1 000 años de tratamiento en el primer grupo y de 11.7 en el segundo, correspondiente a un número necesario a dañar de 244 y 85, respectivamente.

Dalton y colaboradores identificaron 26 005 usuarios de antidepresivos de una base de datos de Dinamarca y observaron 242 casos de HDA en esta población. El RR de HDA aumentó en forma significativa 3.6 veces durante los períodos de ingesta de ISRS con una diferencia de tasas de 3.1 por 1 000 años de tratamiento. El aumento del riesgo de HDA se limitó a los períodos de uso de ISRS. El uso combinado de ISRS y AINE se asoció con riesgo de HDA de 12.2, mientras que la combinación de ISRS con dosis reducidas de aspirina resultó en un riesgo de 5.2.

Tata y colaboradores emplearon una base de datos clínicos de Inglaterra y Gales. Identificaron 11 261 casos de HDA en adultos y 53 156 controles entre 1990 y 2003. El riesgo de HDA durante el empleo de ISRS aumentó significativamente 2.4 veces y fue levemente superior que el observado entre usuarios de antidepresivos tricíclicos. El consumo simultáneo de ISRS y AINE se asoció con un riesgo de 2.83, que indicó ausencia de sinergismo de efectos. La razón de las tasas de incidencia de hemorragia GI durante el empleo de ISRS fue de 1.71 y durante el empleo de ISRS combinados con AINE, de 3.25.

Estudios sobre sangrado no específico

Layton y colaboradores emplearon una base de datos de Inglaterra para identificar 3 cohortes: 50 150 usuarios de ISRS, 36 116 usuarios de otras drogas psicotrópicas y 50 488 usuarios de drogas no psicotrópicas. Se observaron 1 229 episodios de sangrado de todos los sitios en un lapso de hasta 6 meses posteriores a la prescripción. Para las hemorragias en general, el riesgo ajustado por edad y sexo entre usuarios de ISRS fue de 1.23 en comparación con pacientes que recibían drogas no psicotrópicas y de 1.14 en comparación con sujetos tratados con otras drogas psicotrópicas.

Meijer y colaboradores realizaron un estudio de casos y controles anidado en una cohorte de 64 000 usuarios nuevos de antidepresivos en Holanda entre 1992 y 2000. Se produjo un total de 196 internaciones por hemorragias, de las cuales 31 correspondían a HDA. El riesgo total de hemorragia fue de 1.9 y 2.6 con el empleo de ISRS de moderado y elevado grado de inhibición de la recaptación de serotonina, respectivamente, en comparación con usuarios de ISRS de bajo grado de inhibición de la recaptación de serotonina.

Discusión

La revisión de la información disponible indica que el consumo de ISRS puede desempeñar un papel causal en el sangrado a nivel del tubo digestivo. Además, 2 de 3 estudios que evaluaron el efecto conjunto de fármacos mostraron que los ISRS actuarían en forma sinérgica con otras drogas asociadas con aumento del riesgo de hemorragia.

Asimismo, los 4 estudios epidemiológicos de HDA incluyeron muestras de tamaño considerable sumado al mínimo riesgo de sesgo de selección o información, dado que todos los estudios eran poblacionales y se emplearon datos extraídos de bases administrativas.

Por otra parte, la observación de que el riesgo de HDA se incrementó durante períodos de consumo de ISRS reduce la probabilidad de factores de confusión que pudieran explicar la asociación observada.

Los patrones de riesgo en los diferentes estudios fueron específicos y relacionados temporalmente, lo que sustenta la asociación causal entre empleo de ISRS y hemorragia digestiva.

El tratamiento de la depresión con ISRS reduce el nivel de serotonina circulante en diferente grado de acuerdo con el tipo y la dosis de tratamiento y, en ciertos casos, hasta niveles indetectables.

Esto también se observa en deficiencias hereditarias de serotonina frecuentemente caracterizadas por diátesis hemorrágica. También se advirtió una asociación entre empleo de ISRS y requerimiento de transfusiones de sangre luego de la cirugía ortopédica.

La hemorragia como evento adverso del empleo de ISRS parece estar más o menos limitada al tracto GI. No obstante, debido a la escasez de estudios sobre otros sitios de sangrado, aún no puede descartarse un efecto más general sobre el riesgo de hemorragia. Este evento adverso es poco frecuente, lo que sugiere que otros factores, además de los niveles plaquetarios de serotonina, deben ser relevantes.

La tasa de hemorragia GI por ISRS fue de 3.1 por 1 000 años de tratamiento en un estudio; en otra investigación, de 4.1 por 1 000 años de tratamiento en usuarios octogenarios de antidepresivos y tan alta como 11.7 por 1 000 años de tratamiento en pacientes con HDA previa.

La HDA constituye un efecto adverso grave con tasas de mortalidad hospitalaria entre 2% y 10%.

Conclusiones

Los autores concluyen señalando que la revisión de datos sugiere que el empleo de ISRS se asocia con incremento de la incidencia de HDA. Los pacientes con mayor riesgo presentan antecedentes de hemorragia GI o úlcera, son ancianos y sujetos con comorbilidades como cáncer, alcoholismo y diátesis hemorrágica o que reciben AINE, aspirina, corticoides o anticoagulantes. Por ello, los médicos que prescriben antidepresivos deben tener en cuenta ciertas estrategias para reducir la probabilidad de eventos adversos GI altos. Estas estrategias incluyen indicar tratamientos alternativos a los ISRS, prescribir AINE con menor perfil de toxicidad GI (como ibuprofeno) o drogas gastroprotectoras concomitantes como misoprostol o inhibidores de la bomba de protones. Por último, los pacientes con alto riesgo de hemorragia deben ser advertidos de la posibilidad de HDA y recibir un seguimiento estrecho para detectar signos de sangrado.

Autoevaluación de Lectura

Señale la opción correcta respecto de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina:

- A. Se emplean para el tratamiento de la depresión.
- B. Tienen similar eficacia que los antidepresivos tricíclicos.
- C. Tienen un favorable perfil de seguridad y tolerabilidad.
- D. Pueden asociarse con complicaciones hemorrágicas.

Respuesta Correcta

● ANALIZAN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES CON CARCINOMAS GÁSTRICOS T4 RESECADOS

Dongku, Corea del Sur

Los pacientes con carcinomas gástricos T4 se benefician si se les realiza una resección curativa; si no puede llevarse a cabo, igualmente se recomienda la extirpación porque mejora el pronóstico al prolongar la supervivencia.

ANZ Journal of Surgery 76(6): 453-457, Jun 2006

Autores:

Kim DY, Joo JK, Seo KW

Institución/es participante/s en la investigación:

Division of Gastroenterologic Surgery, Department of Surgery, Chonnam National University Medical School

Título original:

T4 Gastric Carcinoma: The Benefit of Non-Curative Resection

Título en castellano:

Carcinoma Gástrico T4: el Beneficio de una Resección no Curativa

Introducción

A pesar de que la incidencia de carcinoma gástrico (CG) ha declinado, todavía es una de las principales causas mundiales de mortalidad debida a tumores malignos. La supervivencia global a 5

años se encuentra por debajo del 20% y es de aproximadamente 30% para los pacientes operados. Cuando existe invasión de órganos adyacentes, el pronóstico es muy malo, pero poco se sabe acerca de los factores que determinan la evolución. Los autores analizaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes con CG T4 resecados, para identificar las características clínicas e histopatológicas y los indicadores que auguran determinado tipo de progresión. Asimismo, evaluaron los beneficios de las resecciones no curativas para este grupo de pacientes.

Metodología

Entre 1986 y 2000 fueron extirpados 3 342 pacientes. De ellos, fueron seleccionados 288 con CG T4. La operación considerada curativa se definió como tal sobre la base del estudio histológico de los márgenes de la pieza operatoria. Para la evaluación se tomaron en cuenta los factores siguientes: edad, sexo, tamaño, ubicación del tumor, tipo histológico, presencia de ganglios metastásicos, metástasis (MTS) hepáticas o peritoneales y la relación entre el tipo de operación realizada y la tasa de supervivencia.

Las intervenciones se llevaron a cabo cuando el órgano era extirpable y no se preveían complicaciones vitales. Los autores definieron como operaciones curativas a aquellas con las características siguientes: 1) resección completa de MTS distantes; 2) ausencia de invasión neoplásica de los márgenes; 3) resección combinada de la invasión a órganos adyacentes y 4) ausencia de tumor residual macroscópico. En la mayoría de los pacientes, los ganglios fueron disecados por encima de la estación D2. La invasión pancreática se trató mediante resección de parte de la glándula comprometida, por pancreatectomía distal o duodenopancreatectomía. Cuando la cabeza del páncreas encontraba invadida se practicó la última de las operaciones mencionadas para lograr una curación posible y prolongar la supervivencia. La pancreatectomía distal se realizó para invasiones del cuerpo o la cola de la glándula.

Resultados

De los 228 pacientes se realizó resección curativa en 95 (30%). A 193 se les practicó exéresis paliativa. Sesenta y siete sujetos del primer grupo y 131 del segundo eran varones. No se observó diferencia estadística en el tamaño o la localización de los tumores entre los 2 grupos. Tampoco se verificó en la diferenciación histológica, pero sí en la presencia de MTS ganglionares, peritoneales y hepáticas, significativamente más frecuentes en el grupo de los pacientes sometidos a resecciones no curativas.

El pronóstico de los individuos con invasión suprarrenal o MTS hepáticas fue significativamente peor que los que carecían de estos signos de diseminación neoplásica. El número de órganos comprometidos no tuvo influencia en la supervivencia. Los factores que sí influyeron fueron la edad, la existencia de compromiso linfático, la presunción de curación, la diseminación peritoneal y la extensión del vaciamiento ganglionar. La tasa de supervivencia global de los pacientes con resección no curativa fue de 5.4%, mientras que la de aquéllos con resección curativa alcanzó el 19.9%. La supervivencia global fue de 11.6%; en los pacientes resecados fue significativamente mayor que en quienes no se realizó exéresis (2.5%), independientemente de la posibilidad de curación.

Discusión

La tasa global de supervivencia de pacientes con CG operado es de sólo el 20% a 30%. Aun después de una resección curativa, sólo 30% a 50 % de los pacientes permanecen vivos después de 5 años. La causa más frecuente de fracaso es la recurrencia local. El tratamiento quirúrgico de los CG T4 genera debates porque los beneficios de las operaciones ampliadas todavía son dudosos. Cuando se encuentra invasión de los órganos y tejidos vecinos, la resección curativa puede verse dificultada y, por consiguiente, el pronóstico es adverso.

Se considera que el compromiso ganglionar es un factor de pronóstico importante y, probablemente, lo sea más el grado histológico de las MTS que su magnitud o extensión. En la presente serie, los órganos más frecuentemente invadidos fueron el colon/mesocolon, páncreas, hígado, peritoneo y bazo, en el orden enumerado. En los casos con compromiso de colon/mesocolon que los autores pudieron extirpar, la supervivencia a 5 años fue de 7.5% en los 168 pacientes que se encontraban en esas condiciones. Sin embargo, notan que la colectomía no afectó la supervivencia en comparación con la registrada en el grupo de sujetos no resecados.

Según los expertos, si bien en trabajos previos se observó que la invasión esofágica se asoció con un comportamiento más agresivo de los tumores y con mayor potencialidad de originar MTS, no encontraron que tal propagación tumoral influyera sobre el pronóstico.

La esplenectomía en estadios III y IV influye sobre la supervivencia en algunas series y no en otras, por lo que su realización también permanece como tema de discusión.

En la experiencia de los autores, los resultados a largo plazo en pacientes con CG T4 fue mejor cuando se llevó a cabo una resección que en casos no extirpados, aunque aquella no hubiera sido curativa. Sin embargo, muestran las dificultades que se encuentran para estadificar la lesión antes y durante el acto quirúrgico, debido a la reacción desmoplástica de los tejidos peritumorales y a las múltiples adenomegalias inflamatorias que a veces sugieren que la resección será imposible. Por ello, y debido a que se ha informado que hasta el 11% de los casos se asigna un estadio más alto que el que corresponde, podría aconsejarse al cirujano la extirpación del estómago y los órganos adyacentes que parezcan comprometidos por la neoplasia aunque después se demuestre que no había verdadera propagación.

Conclusiones

Los resultados a largo plazo de pacientes con CG T4 resecados fueron mejores que los de quienes no se les extirpó la lesión. A pesar de que la resección curativa no pueda ser llevada a cabo, los autores recomiendan practicar la exéresis de carcinomas localmente avanzados independientemente de la presunta curación que para el caso se infiera.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué órgano de los que se enumeran a continuación no se extirpa en forma total o parcial cuando se realizan operaciones ampliadas para carcinomas gástricos T4 localmente propagados?

- A. Bazo.**
- B. Páncreas.**
- C. Colon transverso.**
- D. Ciego.**

[Respuesta Correcta](#)