

Dr. Miguel A. Tanimoto

Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán", México, D.F.

Profilaxis con antibióticos e infección pos-CPRE: un abordaje secuencial en la mejoría de calidad en 11 años

Cotton PB, Connor P, Rawls E, *et al.* Infection after ERCP, and antibiotic prophylaxis: a sequential quality-improvement approach over 11 years. *Gastrointest Endosc* 2008;67:471-5.

Objetivo: Documentar la frecuencia de infección poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), según el cambio en las indicaciones de profilaxis antibiótica.

Sitio: Hospital Universitario en Carolina del Sur.

Diseño: Análisis retrospectivo.

Métodos: Se analizaron 11,484 CPRE realizadas en 11 años. Se definió colangitis/infección como fiebre inexplicada de > 24 horas de duración con manejo hospitalario. Se estratificó en leve si la infección se resolvió en > 3 días de hospitalización; moderada si requirió hospitalización por 4-9 días o de manejo endoscópico o percutáneo; y, grave si requirió > 10 días de hospitalización, con desarrollo sepsis, necesidad de cirugía o muerte. La política de profilaxis antibiótica tuvo cuatro fases: 1) 1994-1996: antibióticos intravenosos (ampicilina, gentamicina, cefalosporina) en aquellos con evidencia bioquímica y por imagen de obstrucción pancreatobiliar, inmunosupresión o candidatos a CPRE terapéutica; 2) 1997-1997: ciprofloxacina oral 500 mg por dos dosis por las mismas indicaciones que la fase 1; 3) 1998-2001: ciprofloxacina oral en aquellos con evidencia de obstrucción pancreatobiliar o inmunosupresión; y 4) 2002-2005: ciprofloxacina oral en aquellos con probabilidades de drenaje biliar incompleto e inmunosupresión, más ciprofloxacina intravenosa en drenaje fallido de obstrucción pancreatobiliar.

Resultados: La frecuencia de infección fue baja y disminuyó significativamente con el tiempo (fase 1, 0.48%; fase 2, 0.28%; fase 3, 0.24%; fase 4, 0.23%), a pesar de la reducción en la proporción de pacientes que recibieron antibióticos (fase 1, 95%; fase 2, 92%; fase 3, 46%; fase 4: 26%). Sólo siete presentaron infección moderada/grave (fase 3 y 4). Los pacientes con trasplante hepático mostraron un mayor riesgo de infección (RM 5.2, 95%, IC 2.4-11.2; $p < 0.001$) en el análisis multivariado.

Conclusiones: Las infecciones pos-CPRE pueden mantenerse al mínimo con un uso adecuado y limitado de profilaxis antibiótica.

Comentario

La CPRE precipita infecciones en la vía biliar y páncreas con una baja frecuencia (1%). Se cree que esto se debe a la manipulación de bacterias presentes en el tracto biliar (litos, estenosis, intervenciones terapéuticas) y al incremento en la presión intrabiliar al inyectar medio de contraste especialmente en aquellos donde no se logra un adecuado drenaje pancreatobiliar. El papel de los antibióticos profilácticos en CPRE es controversial.¹ Las recomendaciones están basadas en organizaciones nacionales y opiniones de expertos que por lo general no tienen una evidencia sólida.² Este estudio fue realizado en un hospital de referencia con un alto índice de éxito en el drenaje de la vía biliar lo que no podría ser comparable en centros con menor volumen de procedimientos ni con su tasa de éxitos en drenaje pancreatobiliar. Es un estudio retrospectivo donde las infecciones tardías y complicaciones asociadas podrían haber sido subdiagnosticadas. El mayor riesgo para infección en este trabajo fue para pacientes con trasplante hepático, lo cual fue estadísticamente significativo y podría ser secundario a la inmunosupresión, así como al cambio en la composición y flujo biliar. La mayoría de las infecciones pos-CPRE son prevenibles si son utilizadas las técnicas de desinfección endoscópicas.³ Finalmente hay que señalar que en la actualidad, el drenaje incompleto pancreatobiliar es la principal indicación para la administración de antibióticos profilácticos en CPRE.

Referencias

1. Harris A, Chan AC, Torres-Viera C, *et al.* Meta-analysis of antibiotic prophylaxis in endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Endoscopy* 1999;31:718-24.

2. Hirota WK, Petersen K, Baron TH, *et al.* Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2003;58:475-82.
3. Report of a Working Party of the British Society of Gastroenterology Endoscopy Committee. Cleaning and disinfection of equipment for gastrointestinal endoscopy. *Gut* 1998;42:585-93.

Dr. Jorge García-Leiva

Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna, Centro Médico del Potosí-Hospital Ángeles, San Luis Potosí, SLP

Colectomía laparoscópica versus abierta para cáncer de colon: resultados de un gran análisis de población nacional

Steele SR, Brown TA, Rush RM, Martin MJ. Laparoscopic vs. open colectomy for colon cancer: Results from a large nationwide population-based analysis. *J Gastrointest Surg* 2008;12:583-591.

Objetivo: Analizar los resultados de dos técnicas de resección de cáncer de colon (CC) en una base de datos nacional.

Diseño: Estudio retrospectivo.

Sitio: Centro Médico Militar en Estados Unidos.

Pacientes y métodos: Se utilizó la base de datos más grande de pacientes hospitalizados de los Estados Unidos para identificar a los enfermos admitidos por CC entre 2003 y 2004. Se incluyeron pacientes sometidos a resección electiva de CC y la principal variable fue la técnica de resección abierta vs. laparoscópica. Se analizaron variables demográficas, estadio del CC, enfermedad co-mórbida y tipo de seguro de gastos médicos. Los resultados fueron registrados con base en los cargos hospitalarios, días de estancia hospitalaria, complicaciones y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se analizaron los resultados de 98,223 pacientes con edad promedio de 69.2 años. El grupo se conformó predominantemente por caucásicos (81%), la mayoría con enfermedad localizada (63%) y seguro privado (56%). La cirugía se realizó en centros urbanos en 87% de los casos. Se realizó resección laparoscópica en el 3.3% y ésta se asoció a menor tasa de

complicaciones (18 vs. 22%), menor estancia hospitalaria (6 vs. 7.6 días) y menor mortalidad (0.6 vs. 1.4%; todas $p < 0.01$). No hubo diferencia significativa en los cargos hospitalarios entre los dos grupos. Los factores predictores de cirugía laparoscópica fueron edad < 70 años y estadio más temprano de la enfermedad. La categoría étnica y el tipo de seguro no influyeron en el tipo de resección.

Conclusiones: La resección laparoscópica del CC se asocia a mejores resultados a corto plazo sin afectar significativamente el costo.

Comentario

A pesar de la evidencia favorable,¹ la resección laparoscópica de CC sigue siendo controversial. Los resultados del estudio COST que incluyó 48 instituciones y 872 pacientes con seguimiento de tres años podrían por sí solos justificar la utilización de la laparoscopia para el tratamiento quirúrgico rutinario del CC.² Sin embargo existe resistencia al uso generalizado de esta técnica y la controversia tiene varias vertientes. Por una parte, los estudios aleatorios como el COST² o el COLOR,³ incluyeron sólo cirujanos “expertos” tras una curva de aprendizaje de al menos 20 resecciones laparoscópicas.

En los Estados Unidos el cirujano promedio realiza menos de cinco resecciones colónicas por año, lo cual hace muy difícil de cumplir la curva de aprendizaje en un tiempo razonable. En segundo lugar, el beneficio estadístico de los resultados a corto plazo puede no traducirse en un beneficio clínico real. Algunos estudios “ciegos”, han cuestionado este beneficio, encontrando en algunos mayor dolor y estancia hospitalaria más prolongada en el grupo laparoscópico.^{4,5} En tercer lugar, existe el problema de la conversión a cirugía abierta que representa el 15% de los pacientes en quienes la estancia hospitalaria se triplica⁶ y la sobrecarga se reduce.⁷

Finalmente, en la mayor parte de los estudios la cirugía laparoscópica es mucho más costosa, lo que se debe tomar en cuenta en países con limitaciones tecnológicas y económicas como el nuestro. Las razones expuestas han hecho que pese a existir evidencia de al menos una equivalencia entre la cirugía laparoscópica y la abierta para CC, su amplia utilización se encuentra muy por debajo de la aceptación de la cirugía de mínima invasión para otras indicaciones.