

# Sesiones Plenarias de la Sociedad de Cirugía del Tracto Digestivo (SSAT)

Dr. Héctor Orozco Zepeda\*

\* *Director de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. México, D.F.*

En esta reunión se llevaron a cabo tres sesiones plenarias el lunes 22 de mayo del 2006, dos sesiones el martes 23 y dos sesiones el miércoles 24.

Once presentaciones sobre el páncreas, Seis presentaciones sobre reflujo gastroesofágico, Ocho presentaciones sobre colon y recto, Del hígado y vías biliares hubo siete presentaciones, obesidad mórbida tuvo dos presentaciones, uno sobre cáncer gástrico, uno sobre cáncer de esófago, un trabajo experimental sobre nutrición enteral y sepsis en ratas, una presentación experimental en puercos sobre la colocación de marcapasos diafragmáticos a través de endoscopia y abertura transgástrica para entrar a cavidad abdominal con el fin de mejorar los problemas respiratorios de pacientes que se encuentran en la Unidad de Cuidados Intensivos y dependiendo de ventiladores mecánicos. Para esta publicación fueron seleccionados dos trabajos sobre páncreas, tres sobre reflujo gastroesofágico, dos sobre cáncer colorrectal, enfermedades inflamatorias del Intestino y tres sobre hígado y vías biliares.

## PÁNCREAS

En el primer trabajo se refiere a si el dejar drenaje o Stents en el conducto pancreático después de la reconstrucción pancreatoyeyunal en pacientes con pancreatoduodenectomía, disminuye el porcentaje de fístulas pancreáticas en el postoperatorio. Éste fue un estudio prospectivo aleatorio del grupo de John L. Cameron del John Hopkins Hospital y en el cual participaron tres instituciones.

El estudio se hizo sabiendo que la fístula pancreática es de las complicaciones más frecuentes de la operación de Whipple. También se hizo con el fin de definir a lo que se le llama fístula pancreática después de una pancreatoduodenectomía y es cuando se presenta una secreción por los drenajes de 50 mL diarios después del tercer día de la operación y con amilasas tres veces por encima del valor serológico normal.

Para este estudio se revisaron 224 pacientes. A un grupo se le puso una férula en el conducto pancreático du-

rante el tiempo de la anastomosis pancreatoyeyunal y al otro grupo no se le dejó férula.

## Conclusiones

El grupo final fue de 220 pacientes. Las fístulas pancreáticas del todo el grupo fue de 22.7%. En 113 pacientes sin férula la fístula se presentó en el 20% y en 107 pacientes con férula la fístula se presentó en 25%. El uso de férula en la anastomosis pancreatoyeyunal no disminuye la aparición de fístulas pancreáticas. Las posibles causas de fístula son un páncreas “suave” y calibre del conducto pancreático demasiado pequeño.

El segundo trabajo fue sobre “Experiencia de una sola institución en 1,382 pancreatoduodenectomías por cáncer del páncreas”, del grupo de Charles I. Yeo en donde participaron cuatro instituciones.

Se ve que entre 1970 y 2205 se llevaron a cabo 1,382 operaciones, de las cuales 600 fueron en los últimos cinco años; 1,168 carcinomas intraductales, 93 tumores malignos neuroendocrinos, 90 IPMNs con cáncer invasivo y 31 pacientes con diferentes tipos de tumores. Los que más se estudiaron fueron los intraductales que fueron 1,168 y en ellos los principales síntomas preoperatorios fueron ictericia en 75%, pérdida de peso en 51% y dolor abdominal en 38%. El 47% de los operados tuvieron márgenes positivos al tumor. El 78% tuvieron ganglios invadidos durante el procedimiento; 52% tuvieron invasión vascular; 91% tuvieron invasión perineural. La morbilidad perioperatoria fue de 38%, las principales causas fueron: el vaciamiento gástrico retardado en 14.2%, infección de la herida quirúrgica en 8.6% y fístula pancreática en el 4.7%. La mortalidad operatoria por décadas. En la década de 1970 fue del 30.4%, en la década de 1980 fue de 4.5%, en 1990 fue de 1.9% y en el año 2000 descendió hasta 1.1%. La sobrevida media a un año de 65% y a cinco años de 17%.

Ellos concluyen que en pacientes con márgenes negativos a tumor, sin invasión ganglionar y tumor menor a 3 cm pueden tener sobrevidas a un año de 78% y a cinco años de 38%.

## REFLUJO GASTROESOFÁGICO

Trabajo número uno fue sobre la durabilidad del procedimiento de Nissen con un seguimiento de 10 años del grupo de Graig B. Murgenthal y John Hunter de la Universidad de Emory y de la Universidad de Oregon, se hizo con base en un seguimiento de los pacientes operados con un promedio de 10.4 años y en 45 pacientes.

Las conclusiones a las que llegan es que a 10 años, la mejoría en los síntomas persistió y sin medicamentos. Se volverían a operar según encuesta practicada a los pacientes 93.2%, se encontraban muy satisfechos 97.3%, y sin medicamentos 75%.

En el trabajo número dos se compara la calidad de vida a largo plazo entre procedimientos laparoscópico, antirreflujo y procedimiento abierto antirreflujo del grupo de Aisha Violette del Henry Ford Hospital Detroit.

Se estudiaron 289 pacientes laparoscópicos y 124 pacientes operados en forma abierta. A seis semanas fueron mejores los marcadores para la cirugía laparoscópica, pero a un año los resultados se mostraron idénticos.

En el tercer trabajo de Fernando A. Herbella y cols., de la Universidad de California en San Francisco, hablan sobre la enfermedad de reflujo gastroesofágico en la obesidad mórbida y estudian la patofisiología y las implicaciones que esto implica para el tratamiento.

Encontraron que una tercera parte de obesos mórbidos tienen enfermedad por reflujo. Se estudiaron en pacientes con reflujo y diferentes índices de masa corporal lo siguiente:

- a) Esfínter esofágico inferior.
- b) Función esofágica (motilidad).
- c) Exposición esofágica al ácido gástrico.

En las conclusiones los autores encuentran que una tercera parte de pacientes con reflujo son obesos. En la mayoría de los pacientes obesos, el reflujo aparece sin importar que funcione bien el esfínter esofágico inferior o el peristaltismo sea normal. Esto hace dudar en hacer procedimientos antirreflujo en ellos, ya que como se dice anteriormente muchos de ellos aún con toda la función normal tanto de la motilidad esofágica como del esfínter esófago inferior presentan reflujo. Y lo que se recomienda es hacer procedimientos quirúrgicos encaminados a tratar a la obesidad, y así se curan los dos problemas.

## CÁNCER COLORRECTAL Y ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

En el primer trabajo de Emanuele Lezoche, de la Universidad La Sapienza, en Roma, Italia, se compara en un estudio a largo plazo aleatorio prospectivo controlado el tratamiento transanal endoscópico con microcirugía vs. resecciones laparoscópicas de tumores rectales T2 N0.

La idea con ese estudio fue ver la diferencia de resección endoscópica transanal de estos tumores con la resección anterior baja laparoscópica con resección total del mesorrecto después de quimiorradiación preoperatorio (terapia neoadyuvante). Entraron al estudio 70 pacientes, 35 en cada grupo y las conclusiones fueron que el control local y la sobrevida (seguimiento a cinco años) fueron similares con ambos procedimientos. La resección transanal endoscópica es una buena alternativa en pacientes seleccionados con cáncer de recto T2 N0.

En el segundo trabajo sobre cáncer colorrectal Angelita Habr-Gama de la Universidad de San Pablo, estudia las formas de falla local y sobrevida en pacientes en los cuales se dio terapia neoadyuvante a base de quimioterapia y radioterapia y no fueron operados, teniendo un cáncer rectal distal C0.

Es hecho ya conocido que la quimiorradiación neoadyuvante es importante para el cáncer rectal distal. En algunos casos, debido a que hay una respuesta patológica total, se ha propuesto que éste sea el único tratamiento y evitar la cirugía; sin embargo, el riesgo de recurrencia y falla local, aún no se ha determinado si se sigue esa conducta. Para ello se estudiaron 361 pacientes y después de la terapia neoadyuvante se hizo una valoración a las ocho semanas de tratamiento. En todos los que hubo respuesta clínica total no se les operó. A los que no tenían tumor, a los 12 meses se les consideró como estadio 0, y a los que se les detectó respuesta incompleta antes de los 12 meses se le llevó a cirugía radical. En 99 pacientes hubo una respuesta total en el seguimiento para 27.4%, y en 262 tuvieron respuesta incompleta (72.6%), por lo que fueron llevados a cirugía radical. Los de respuesta total se siguieron por 60 meses y se encontró recurrencia en 12 de estos pacientes para 12.1%. Cinco endorrectales, seis sistémicos y uno mixto. Los cinco endorrectales fueron llevados a cirugía radical.

En las conclusiones, estos autores dicen que en pacientes con respuesta total a quimiorradiación neoadyuvante, se les puede seguir y si la recurrencia es endorrectal se pueden "salvar" con cirugía.

## HÍGADO Y VÍAS BILIARES

En este primer estudio se estudia el porcentaje y las formas de recurrencia en pacientes con metástasis solitarias hepáticas de origen colorrectal después de haber sido tratados unos con radiofrecuencia percutánea y otros con resección en cuña por cirugía abierta del Dr. Yumang Fong del Memorial Sloan-Kettering de Nueva York.

Se revisaron en forma retrospectiva 30 pacientes con resección en cuña para metástasis solitaria, 21 pacientes con radiofrecuencia percutánea y el seguimiento fue de 62 y 13 meses, con sobrevida a un año de 100% en los que se resecaron por medio de cirugía y de 52% en los cuales se aplicó radiofrecuencia percutánea.

Se concluyó que es más frecuente la recurrencia después de radiofrecuencia percutánea y éstos se pueden rescatar con cirugía en un centro especializado.

En el segundo trabajo sobre vías biliares, se habla de la esteatocolecistitis como una explicación para el aumento de las colecistectomías en los últimos años del Dr. Henry A. Pitt de la Univesidad de Indiana.

Se sabe que en la última década han aumentado el número de colecistectomías y el de colecistitis acalculosas. En el mismo periodo la obesidad se ha hecho endémica. En ratones obesos aumentan los depósitos de grasa en la pared de la vesícula biliar, algo que ya se ha demostrado en el laboratorio. Es posible que en comparación con pacientes con vesícula normal, los pacientes con colecistitis con o sin cálculos tengan aumento de grasa e inflamación en la vesícula biliar. Se hicieron tres grupos para estudiar este problema: el primero fue de 11 pacientes con vaciamiento retardado de vesícula y colecistitis crónica acalculosa sintomática, los cuales fueron operados. El segundo grupo fue de 12 pa-

cientes asintomáticos de la vesícula que fue extirpada durante cirugía hepática o pancreática y el tercer grupo fue de 13 operados con colecistitis crónica litiásica sintomáticos.

A las conclusiones que llegaron fue:

1. Los pacientes con colecistitis acalculosa fueron gente joven (41 años) y sí se encontró aumento de grasa en la pared vesicular.
2. En pacientes con colecistitis calculosa tenían aumento de grasa en pared vesicular e inflamación.
3. En pacientes con aumento de grasa en pared de vesícula biliar es posible que se provoque un vaciamiento retardado y síntomas vesiculares.

El tercer trabajo relacionado con vías biliares fue un trabajo del Dr. Philip R. de Reuver de Ámsterdam Medical Center, en el cual se pregunta si está justificado para una lesión de vías biliares por cirugía laparoscópica el llevar a cabo una reparación de la vía biliar extrahepática, en forma de reconstrucción del conducto término-terminal.

Se recuerda que la reconstrucción del hepatocolédoco en forma término-terminal con o sin sonda en "T", después de una lesión laparoscópica del mismo se ha hecho con frecuencia, pero está asociada a frecuente estenosis de la anastomosis. La recomendación ideal sería una cirugía más complicada como la hepático-yeyunoanastomosis con "Y" de Roux. Se propone una vez hecha la reconstrucción término-terminal manejarlos en centros especializados con endoscopia y férulas o drenajes percutáneos, y en los que esto falle llevarlos a cirugía posteriormente.