



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Plenarios AGA

## Avances en cirugía Sesiones plenarias de la Sociedad de Cirugía del Tracto Alimentario

Victoriano Sáenz Félix,<sup>1</sup> Guillermo Arturo Galindo Vázquez,<sup>2</sup> Humberto Hurtado Andrade<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Asociado Depto. de Cirugía General del Hospital Ángeles del Carmen. Guadalajara, Jalisco.

<sup>2</sup>Adscrito al Depto. de Cirugía General del IMSS. Guadalajara, Jalisco.

<sup>3</sup>Médico Asociado al Depto. de Cirugía General del Hospital Español de México. México, D. F.

Se presentó un total de 40 trabajos, de los cuales se seleccionaron los siguientes:

Renato y colaboradores<sup>1</sup> estudiaron a 229 pacientes operados por acalasia en el periodo de 2001 a 2009. Se registraron los síntomas y se realizaron esofagograma, endoscopia y manometría esofágica antes y seis meses después del tratamiento quirúrgico. Las manometrías se clasificaron en tres grupos: 1) sin presión esofágica distal (amplitud de ondas < 30 mmHg), 80 pacientes; 2) presión compartamentada de progresión rápida (presión panesofágica > 30 mmHg), 126 pacientes; y 3) presión de progresión rápida atribuible a contracción espástica, 23 pacientes. El seguimiento promedio fue de 31 meses. Las fallas del tratamiento quirúrgico fueron: grupo 1: 11.3%; grupo 2: 3.2%; y grupo 3: 26.6% ( $p = 0.001$ ). Los únicos factores predictivos de buena evolución fueron el patrón manométrico ( $p = 0.001$ ), la presión en reposo del esfínter esofágico inferior > 30 mmHg ( $p = 0.001$ ) y una puntuación baja del dolor torácico inferior ( $p = 0.002$ ). En relación con la evolución quirúrgica de los tres subtipos manométricos de acalasia, los autores concluyeron que los pacientes con presurización panesofágica y sin presurización esofágica distal tienen una mejor evolución después de la miotomía de Heller-Dor.

Khandelwal y colaboradores<sup>2</sup> estudiaron a 111 pacientes entre 1994 y 2008 para definir la

prevalencia, patogenia y efecto de la miotomía de Heller sobre los síntomas respiratorios en la acalasia; el objetivo era determinar la prevalencia y gravedad de los síntomas o asma y neumonía. Todos los individuos tuvieron disfagia y 63 (57%) enfermedad respiratoria o síntomas antes de la operación. Todos se sometieron a miotomía de Heller y 51/63 (81%) tuvieron además un procedimiento antirreflujo (funduplicatura de Dor o Toupet). Después de un seguimiento promedio de 71 meses, 55 (87%) mostraron mejoría de la disfagia y la frecuencia y la gravedad de los síntomas disminuyeron en grado significativo. Veinticuatro (82%) de los 29 pacientes que tuvieron neumonía preoperatoria no volvieron a presentarla. Estos especialistas señalaron que la acalasia se vincula con una prevalencia elevada de síntomas y enfermedades respiratorias y que mejoran con la miotomía de Heller.

Louie y colaboradores<sup>3</sup> presentaron un trabajo de 58 pacientes mayores de 70 años de edad sometidos a operación por hernias paraesofágicas gigantes (> 5 cm o tipos II-IV) de 2003 a 2009. La calidad de vida se midió con las escalas *Quality of Life in Reflux and Dyspepsia Questionnaire* (QOLRAD), el GERD-HRQoL y el índice de gravedad de disfagia. Nueve de los 58 pacientes se presentaron como urgencias. No hubo mortalidad hospitalaria. Nueve presentaron morbilidad mayor y nueve

morbilidad menor. En un seguimiento promedio de 1.2 años, 81% estaba completamente asintomático ( $p < 0.0001$ ). El QOLRAD a las cuatro a seis semanas posoperatorias mejoró de 5.1 a 6.1 ( $p = 0.002$ ) y cuando se midió por lo menos un año después de la operación mejoró de 4.8 a 6.6 ( $p < 0.001$ ). Las puntuaciones de GERD HRQoL mejoraron de 14 a 3.84 ( $p = 0.003$ ) y no hubo diferencia en el índice de gravedad de disfagia, por lo cual consideraron que estas hernias pueden repararse en los ancianos con mínima mortalidad, aceptable morbilidad y con mejoría de la calidad de vida, sea en situaciones electivas o de urgencia.

Zehetner y colaboradores<sup>4</sup> valoraron la angiografía con tinción fluorescente asistida por láser (AAL) para determinar la perfusión del injerto en la esofagectomía y la reconstrucción con estómago y para correlacionar las anomalías de perfusión con las complicaciones anastomóticas en 70 pacientes. Al comparar los resultados de la perfusión buena con la comprometida se identificaron cicatrización normal (7% vs. 41%), estenosis (23% vs. 41%) y fístula (2% vs. 18%), por lo que concluyeron que la AAL transoperatoria es útil para determinar la perfusión y predecir la probabilidad de una complicación anastomótica.

Las complicaciones de la úlcera péptica aún se presentan a pesar de las diversas medidas cada vez más satisfactorias. De Los Reyes y colaboradores<sup>5</sup> realizaron un estudio para determinar las tendencias nacionales en hospitalización, la mortalidad y los costos de atención de los pacientes con úlceras pépticas complicadas, a partir de una base de datos nacional de 1993 a 2007. El número de individuos hospitalizados por úlcera péptica complicada varió de 26 533 en 1993 a 28 706 en 2007, con un máximo de 31 522 en 1997. Los costos de tratamiento de estos sujetos aumentaron 268% de 9 235 dólares en 1993 a 24 798 dólares en 2007 ( $p < 0.001$ ). Los cargos calculados para estos pacientes aumentaron de 245 millones de dólares en 1993 a casi 712 millones de dólares en 2007. La prevalencia de úlceras pépticas complicadas varió de 77.3 a 72.6/100 000 pacientes hospitalizados y la mortalidad se redujo de 3.39% en 1993 a 1.58% en 2007 ( $p < 0.001$ ), por lo que se determinó que la disminución de la mortalidad se logró con un incremento significativo de los costos de tratamiento hospitalario, que se gastó aproximadamente un millón de dólares para salvar la vida de un paciente con úlcera péptica complicada en

2007 respecto de 1993 y que la mortalidad de la úlcera péptica complicada ha mejorado.

Lidor y colaboradores<sup>6</sup> compararon la evolución de pacientes mayores de 65 años sometidos a cirugía urgente (CU) o electiva (CE) por diverticulitis en una revisión de 66 859 pacientes de la base de datos MEDPAR (*Medicare Provider Analysis and Review*) entre 2004 y 2007. De éstos, 38 411 (47.4%) se programaron para CU y 28 448 (42.6%) para CE. Los sujetos con CU tuvieron mayor mortalidad (8.7% vs. 1.5%;  $p < 0.001$ ), mayor tasa de derivaciones intestinales (59.2% vs. 12.5%;  $p < 0.001$ ) y más reingresos en 30 días (24.0% vs. 13.2%;  $p < 0.001$ ), por lo que se concluyó que los individuos ancianos con CE por diverticulitis tienen menor riesgo de complicaciones; no obstante, en los CE las tasas de derivaciones intestinales y reingresos en 30 días son elevadas, por lo que las recomendaciones actuales de tratamiento deben reexaminarse.

La guía de práctica clínica del Reino Unido recomienda que los sujetos con pancreatitis biliar se programen para colecistectomía en las dos semanas siguientes a la pancreatitis. Bignell y colaboradores<sup>7</sup> investigaron en 218 pacientes si la colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) y la esfinterotomía endoscópica (EE) pueden ser un tratamiento definitivo. De 174 individuos incluidos, 44 (25%) se sometieron a CRE y colecistectomía y 86 (50%) con riesgo ASA II a CRE y EE. Los 44 restantes (25%) quedaron en observación. Cuatro de los 86 (4%) pacientes tuvieron una CRE fallida. Dos se trataron con colecistectomía laparoscópica y los dos restantes, no elegibles para operación, se trataron de manera expectante sin recurrencia de la pancreatitis. Setenta y seis pacientes (93%) no mostraron recurrencia de pancreatitis en un seguimiento promedio de 36 meses. Veintisiete pacientes (33%) murieron por causas no relacionadas. Cinco (7%) sujetos tuvieron recurrencia de la pancreatitis durante el seguimiento: tres de éstos se trataron con colecistectomía, uno de maneja expectante y el otro declinó la intervención. Estos especialistas señalaron que la CRE con EE, combinada con una dieta baja en grasas, es una alternativa segura para la colecistectomía laparoscópica para prevenir ataques recurrentes de pancreatitis biliar en pacientes que no son elegibles para la intervención quirúrgica.

Con el fin de identificar los factores de riesgo preoperatorios y operatorios y realizar una escala

de riesgo aplicable en el preoperatorio de individuos sometidos a pancreatoduodenectomía (PD), Kelly y colaboradores<sup>8</sup> estudiaron a 2 335 pacientes de 2005 a 2008. La morbilidad y la mortalidad fueron 28% y 1.2%, respectivamente. Las variables relacionadas con la mortalidad a 30 días fueron edad (> 60 años), enfermedad neurológica, BUN elevado (> 40 U/L) y más de tres unidades de transfusión transoperatoria. Las variables preoperatorias vinculadas con morbilidad grave fueron género masculino, índice de masa corporal, estado funcional pobre, tabaquismo, septicemia preoperatoria y trombocitosis. Las variables operatorias relacionadas con complicaciones graves fueron transfusión (más de tres unidades) y tiempo quirúrgico prolongado (> 360 min). Una escala de riesgo de complicaciones consistente en un punto por cada una de las variables preoperatorias predijo el riesgo de complicaciones graves, de tal modo que la puntuación de cero a cinco puntos determinó complicaciones graves en 15%, 21%, 26%, 35%, 67% y 100%, respectivamente ( $p < 0.0001$ ).

Con el fin de dilucidar si las neoplasias papilares intraductales (NPID) del conducto pancreático principal (CPP) sufren una transformación maligna más rápida a partir de la detección respecto de las del conducto pancreático secundario (CPS), Moriya y Traverso<sup>9</sup> estudiaron 210 casos de NPID en el periodo de 1989 a 2009 en los que se practicó una resección y se determinó el grado de displasia y la localización (CPP  $\pm$  CPS o sólo CPS). El tiempo de detección se consideró la aparición del primer síntoma de NPID (88%) o, si era asintomático, la primera imagen de NPID (12%). Casi todos fueron asintomáticos (CPP, 94%; CPS, 77%;  $p = 0.06$ ). El tiempo promedio entre la detección (sintomática o por imagen) y el diagnóstico histopatológico (operación) fue de  $18.6 \pm 36.0$  meses y la frecuencia actuarial de aparición de malignidad fue más rápida para CPP en comparación con CPS, por lo que concluyeron que las lesiones en el CPP evolucionan con mayor rapidez al cáncer, que deben resecarse y que las lesiones de CPS deben vigilarse con precaución, ya que casi 20% puede ser maligno un año después de la detección.

En el cáncer pancreático localmente avanzado con resección marginal suscita duda si una resección R1 es mejor que una operación derivativa biliar. Keck y colaboradores<sup>10</sup> estudiaron a 324 pacientes operados entre 1995 y 2008, de los cuales 151 se sometieron a pancreatoduodenectomías

(PD) R0, 60 PD R1 y 93 con una o dos derivaciones paliativas (DP). En los grupos R0, R1 y DP la morbilidad (34%, 32%, 21%) y la mortalidad (5%, 4%, 3%) no fueron significativamente diferentes. La supervivencia mediana fue de 18, 14 y seis meses, respectivamente ( $p < 0.05$ ). Ningún paciente con DP sobrevivió cinco años, mientras que con R0 y R1 la supervivencia a cinco años fue de 11% y 20%, respectivamente, y en un análisis de subgrupo los pacientes sometidos a DP en etapas avanzadas de enfermedad tumoral tuvieron significativamente el peor pronóstico y sobrevivieron menos de tres meses. Los autores concluyeron que la supervivencia aumenta de manera significativa después de la resección de tumores localmente avanzados, aun cuando sólo se practique una resección R1. Por otra parte, los resultados son muy malos con las derivaciones paliativas cuando hay metástasis o carcinomatosis peritoneal y deben por lo tanto sustituirse por cuidados intervencionistas.

## Referencias

1. Salvador R, Constantini M, Zaninoto G, et al. The preoperative manometric pattern predicts the outcome of surgical treatment for esophageal achalasia. Presidential plenary A. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 288.
2. Khandelwal S, Petersen R, Tatum RP, et al. Improvement of respiratory symptoms following Heller myotomy for achalasia. Quick shots session I. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week; 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 599.
3. Louie BE, Blitz M, Orlina J, et al. Repair of symptomatic giant paraesophageal hernias in elderly (> 70 yrs) patients results in improved quality of life. Plenary session III: Quality, outcomes & risk assessment. Presentada en SSTA 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week; 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 425.
4. Zehetner J, DeMeester SR, Hagen JA, et al. Intraoperative assessment of perfusion in gastric grafts for reconstruction after esophagectomy: predicting anastomotic complications. Quick shots session I. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week; 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 593.
5. De Los Reyes A, Jacob S, Maker VK, et al. 15-year trend of peptic ulcer complications in the US: a decline in mortality, but at what price? Quick shots session II. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 796.
6. Lidor AO, Schneider EB, Sheer A. Elective surgery for diverticulitis is associated with high risk of intestinal diversion and hospital readmission in older adults. Plenary session III: Quality, outcomes & risk assessment. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 424.
7. Bignell M, Dearing MP, Hindmarsh A, et al. ERCP and sphincterotomy (ES): a safe and effective definitive management of gallstone pancreatitis with the gallbladder left in situ? Quick shots session III. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 984.
8. Kelly KJ, Wan Y, Rettammel RJ, et al. Risk stratification for distal pancreatectomy utilizing ACS-NSQIP: Preoperative factors correlate with morbidity. Plenary session III: Quality, outcomes & risk assessment. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 429.
9. Moriya T, Traverso LW. Time course for malignant degeneration of pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasms (IPMN) based on 210 resected cases. Plenary sesión V. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 793.
10. Keck T, Wellner UF, Tittelbach-Helmrich, et al. Resection or palliative bypass for locally advanced pancreatic cancer? Quick shots session I. Presentada en SSAT 51st Annual Meeting, Digestive Disease Week, 2010, may 1-5, New Orleans, LA. USA. Abstract 601.