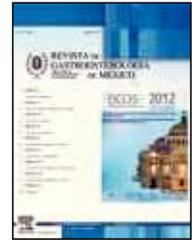


REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



LO MEJOR DE LOS CONGRESOS INTERNACIONALES

## Lo mejor de la reunión del Colegio Americano de Cirujanos (*American College of Surgeons*)

### *The Best of the Meeting of the American College of Surgeons*

G. Torres-Villalobos<sup>a</sup>, A. Svarch<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Cirujano adscrito y Jefe del Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía Experimental, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

El *American College of Surgeons* es el congreso más grande de cirugía en Estados Unidos y tal vez en el mundo. La diversidad de especialidades representadas incluye todas las ramas de la cirugía. Se recibieron 2,000 resúmenes y 275 videos para presentación. De los trabajos más destacados expuestos en el congreso 97° del *American College of Surgeons* sobresalen los siguientes.

La incidencia del adenocarcinoma de colon se ha duplicado en individuos menores de 40 años. Los tumores de células en anillo de sello son raros, ocurren en alrededor de 1% de los cánceres de recto, se relacionan con estadios más avanzados del diagnóstico y tienen un peor pronóstico. Los investigadores de la Universidad de Minnesota en Minneapolis presentaron un estudio<sup>1</sup> en el cual demuestran que la histología de células en anillo de sello es cinco veces más frecuente en los menores de 40 años (4.63% vs 0.78%,  $p = 0.001$ ), lo que podría explicar el fenotipo más agresivo en esta población. Asimismo, demostraron que el aumento de la incidencia de cáncer de recto en pacientes jóvenes también se vincula con un incremento del fenotipo histológico de células en anillo de sello. Para demostrar esto condujeron un estudio en 117,813 pacientes con diagnóstico de cáncer de recto entre 1980 y 2007 a partir de la base de datos conocida como *Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) cancer registry*. Estos investigadores encontraron que a pesar de que la incidencia de cáncer de recto para todas las edades en conjunto permaneció estable entre 1980 y

2007, se registró un aumento de casi el doble después del año 2000 en individuos menores de 40 años. En este grupo, la incidencia se elevó en forma lineal de 0.4 a 1.2 personas por cada 100,000 habitantes. Con estos datos concluyeron que, debido al aumento de la prevalencia del cáncer de recto en pacientes jóvenes y su mayor agresividad, cuando existan síntomas gastrointestinales en esta población no debe asumirse que son afecciones benignas y debe descartarse la naturaleza maligna.

Alrededor de 80% de los pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas tiene metástasis<sup>2</sup>, lo que afecta en grado significativo su sobrevida. En la Universidad de California en San Diego desarrollaron una técnica laparoscópica que utiliza luz fluorescente para mejorar la estadificación y el tratamiento del cáncer de páncreas<sup>3</sup>. Los investigadores usaron dos anticuerpos que se expresan con regularidad en el cáncer de páncreas y los unieron a marcadores fluorescentes. Además, en vez del laparoscopia común, utilizaron un laparoscopia con LED (*light emitting diode*) de tal forma que los tumores emitieron luz en rojo o verde. De esta manera fue posible identificar metástasis con una sensibilidad del 96% y se registraron menos falsos positivos en comparación con la laparoscopia común. De modo adicional fue posible identificar metástasis < 1 mm, las cuales casi nunca son visibles con un laparoscopia común. Otra ventaja de esta técnica es que suministra una mejor visión de los bordes del tumor, lo que permite una resección con bordes adecuados y

\*Autor para correspondencia: Vasco de Quiroga 15, Colonia Sección XVI, Tlalpan, México, D. F., México. C.P. 14000. Teléfono: 5487 0900 ext. 2501, 2503.

Correo electrónico: torresvgm@yahoo.com.mx (G. Torres-Villalobos).

reducir la recurrencia local. Este estudio se efectuó en ratones sin identificar efectos colaterales vinculados con los marcadores fluorescentes, por lo que el objetivo es trasladar esta técnica a los seres humanos en el corto plazo. Los investigadores mencionan que esta técnica podría usarse también para el cáncer de colon que expresa los mismos anticuerpos que el cáncer de páncreas.

En las últimas décadas se ha experimentado un aumento progresivo de los microorganismos multirresistentes en los pacientes que ingresan a la terapia intensiva quirúrgica (TIQ)<sup>4</sup>. Investigadores de la Universidad de Virginia llevaron a cabo un estudio que demuestra que, si bien la prevalencia de microorganismos resistentes ha aumentado, la mortalidad general en la TIQ ha disminuido<sup>5</sup>. La razón exacta de este comportamiento inverso no se ha determinado del todo. Para este estudio identificaron en forma prospectiva todas las infecciones de la TIQ durante un periodo de 10 años. Se reconoció un total de 799 patógenos. Al comparar con los pacientes infectados con patógenos sensibles a antibióticos, los que presentaban infecciones por microorganismos resistentes tenían mayor IMC ( $p = 0.007$ ), índice APACHE mayor ( $p < 0.001$ ), mayor número de transfusiones ( $p < 0.001$ ), mayor uso de hemodiálisis ( $p < 0.001$ ), periodos más prolongados con antibióticos ( $p < 0.001$ ), mayor tiempo de internamiento ( $p < 0.001$ ) y mayor tasa de mortalidad (33% vs 23%;  $p < 0.001$ ). Los patógenos resistentes identificados con más frecuencia fueron *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (55%) y *Pseudomonas aeruginosa* (27%). Aunque los pacientes con infecciones resistentes tuvieron mayor mortalidad, la mortalidad general de la TIQ se redujo en grado significativo de 9.3% en el 2000 a 5.4% en el 2009. Con estos hallazgos, concluyeron que las infecciones por gérmenes resistentes contribuyen sólo en una pequeña proporción a la mortalidad general de la TIQ.

Las hernias posincisionales representan un problema común y en muchos casos de difícil solución, debido en especial al alto porcentaje de recidiva. El índice de recurrencia varía según sea el tipo de reparación. Con el cierre primario, la incidencia de recurrencia es del 54%, con la colocación de malla sintética mediante técnica abierta la recidiva es del 25%, con separación de componentes del 22%, mientras que la reparación laparoscópica con malla tiene una cifra de 5%. Investigadores de la Universidad de Pittsburgh realizaron un estudio en el que evaluaron a 218 pacientes sometidos a la separación de componentes reforzada con malla biológica, en comparación con individuos en quienes sólo se efectuó separación de componentes. El seguimiento tuvo una duración de cuatro años y las características demográficas fueron similares. En el grupo con refuerzo de

malla biológica, la recidiva fue significativamente menor (4.4%) que en el grupo sin refuerzo (18.6%) ( $p = 0.001$ ). Sin embargo, el porcentaje de complicaciones de herida quirúrgica fue significativamente mayor ( $p = 0.005$ ) en el grupo con la malla biológica (25.2%), respecto del que no la utilizó (8.5%). El factor de riesgo más importante para recurrencia fue el tabaquismo, que eleva prácticamente al triple el riesgo de recidiva. En los pacientes con tabaquismo se encontró una disminución del 41% del riesgo de recidiva cuando se empleó un refuerzo con malla biológica.<sup>7</sup>

Dentro de los múltiples trabajos presentados, cabe destacar que los estudios que se relacionan con temas de biología molecular y tecnología son cada vez más frecuentes, por lo que con el paso de los años seguramente serán los predominantes.

## Financiamiento

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este trabajo.

## Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Tawadros P, Paquette I, Hanly A, et al. Adenocarcinoma of the rectum in patients under age 40 is increasing: Impact of signet ring cell histology. *J Am Coll Surg*. 2011;213:s24.
2. Dandona M, Linehan D, Hawkins W, et al. Influence of obesity and other risk factors on survival outcomes in patients undergoing pancreaticoduodenectomy for pancreatic cancer. *Pancreas*. 2011;40:s935.
3. Metildi C, Kaushal S, Hardamon C, et al. Staging of metastatic pancreatic cancer in orthotopic mouse models by fluorescence laparoscopy is improved by an LED light source. *J Am Coll Surg*. 2011;213:s131.
4. Philip G, Andrew M. Pro/con debate: Should antimicrobial stewardship programs be adopted universally in the intensive care unit? *Critical Care*. 2010;205:s78.
5. Rosenberger L, LaPar D, Sawyer R, et al. Infections caused by multi-drug resistant organisms are not associated with overall, all-cause mortality in the surgical intensive care unit: A 20,000 foot view. *J Am Coll Surg*. 2011;213:s51.
6. Larson GM. Ventral hernia repair by the laparoscopic approach. *Surg Clin North Am*. 2000;80:s1340.
7. Unadkat J, Dudash C, Draper R, et al. Complex abdominal hernia reconstruction using component separation of parts with acellular dermal matrix. *J Am Coll Surg*. 2011;213:s94.