Estudio prospectivo de los resultados de la reparación electiva de hernias incisionales.*Helgstrand F et al. J Am Coll Surg 2013;216:217-28*

Este estudio danés da cuenta de los resultados inmediatos y alejados de la reparación electiva de hernias incisionales. Se trata de una serie de 3.258 cirugías efectuadas entre los años 2007 y 2011, registradas en la base nacional de datos, que incluye pacientes del ámbito público y privado, logrando un 100% de seguimiento de entre 10 y 35 meses, con una media de 21 meses.

De la serie, el 54,1% de las reparaciones fue laparoscópica y el restante 45,9% (1.495 pacientes) fue reparación abierta. El tamaño medio del defecto herniario fue 7 cm, existiendo un significativo mayor tamaño para las hernias que fueron operadas vía laparoscópica (media de 8 cm), comparado con la media de 5 cm para las reparaciones abiertas.

Los resultados precoces demostraron una mortalidad a los 30 días de 0,5%, una readmisión de 13,3% y una tasa de reoperación de 2,2%. No se observaron diferencias al comparar el grupo abierto con el laparoscópico. Se observó que la edad avanzada, los grandes defectos y el origen de la hernia en una incisión vertical se asociaron a una peor evolución.

Para las reparaciones abiertas, también los grandes defectos, la incisión vertical primaria, la fijación de la malla con *tack* y no con sutura y la reparación con material absorbible cuando no se usó malla se identificaron como factores asociados a una peor evolución. El análisis univariado no demostró factores específicos de riesgo precoz para las cirugías laparoscópicas.

Los resultados alejados mostraron que un 9,5% de los pacientes experimentó una reparación por recurrencia de la reparación inicial. El riesgo acumulado de recurrencia de la reparación después de la primera cirugía reparativa, a 48 meses, fue de un 21,1% y 15,5% para cirugía abierta y laparoscópica, respectivamente.

El ser un paciente joven (de entre 18 y 50 años), haber tenido una reparación abierta y haber tenido un defecto mayor de 7 cm, se identificaron como factores de riesgo de recurrencia de la reparación. Para las reparaciones abiertas, el análisis multivariado demostró que la colocación de la malla en posición intraperitoneal e *inlay* se asociaban a peores resultados tardíos.

Dr. Ricardo Espinoza G.
Universidad de los Andes
Santiago, Chile.

GIST del recto: resultados del tratamiento quirúrgico y multimodal en la era del Imatinib. *Jakob J. et al. Ann Surg Oncol. 2013;20:586-92.*

Antecedentes: El recto es un sitio poco frecuente de los *gastrointestinal stromal tumor* (GIST) y los factores determinantes de la sobrevida a largo plazo son poco claros. Se presentan los resultados del tratamiento de los GIST del recto de 2 centros de referencia. **Método:** Un total de 39 pacientes fueron diagnosticados entre 2002 y 2012. Se evalúa las características de los pacientes y de los tumores, así como los resultados del tratamiento luego de un seguimiento promedio de 41 meses (extremos 3-110). **Resultados:** Hubo predominancia del sexo masculino (29/10). La edad promedio fue 53 años (extremos 32-80). La cohorte incluye 12 pacientes de bajo riesgo, 26 de alto riesgo y 1 con enfermedad metastásica. De los 38 sin metástasis, 36 fueron sometidos a una resección por vía abdominal (15) o una resección local (21). Veintiún pacientes recibieron Imatinib como terapia neoadyuvante o postoperatoria. Los pacientes sometidos a neoadyuvancia con Imatinib

(16/36) tuvieron una mayor tasa de resecciones R0 ($p = 0,02$). Cinco pacientes presentaron una recidiva local. Todos ellos tenían márgenes positivos y no habían recibido terapia con Imatinib. Otros 5 pacientes tuvieron metástasis a distancia, todos del grupo de pacientes de alto riesgo sometidos a cirugía sin tratamiento perioperatorio con Imatinib. En el seguimiento fallecen 3 pacientes por la enfermedad. La terapia perioperatoria con este fármaco mejoró la sobrevida libre de enfermedad, la sobrevida global y el riesgo de recidiva local ($p < 0,01$, $p = 0,03$ y $p < 0,01$, respectivamente). La sobrevida libre de recidiva local mejoró significativamente con márgenes de resección negativos ($p < 0,01$). **Conclusiones:** Se recomienda la resección completa para alcanzar un control local adecuado. La neoadyuvancia con Imatinib se asocia con una mejoría de los márgenes libres de tumor. El tratamiento perioperatorio con el fármaco mejora la tasa de recidiva local, la sobrevida libre de enfermedad y la sobrevida global.

Dr. Guillermo Bannura C.
Hospital San Borja Arriarán
Santiago, Chile.