REVISTA DE REVISTAS

Índice ganglionar es un factor pronóstico independiente en pacientes con cáncer de recto y linfonodos positivos tratados con radioquimioterapia preoperatoria más resección curativa. Zeng WG et al. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15:5365-9.

Antecedentes: El índice ganglionar (IG) ha mostrado ser un importante factor pronóstico en el cáncer colorrectal. Sin embargo, los estudios del IG en cáncer del recto sometidos a radioquimioterapia (RQT) neoadyuvante son limitados. **Objetivo:** Investigar el IG en pacientes con cáncer de recto que reciben RQT preoperatoria seguido de resección curativa. **Material y Método:** Se incluye un total de 131 pacientes consecutivos con cáncer de recto sometidos a RQT neoadyuvante y resección total del mesorrecto. Los pacientes se dividen en 2 grupos de acuerdo al IG (86 casos con IG igual o menor de 0,2 vs 45 casos con IG > 0,2) para ver el efecto pronóstico en la sobrevida global (OS) y la sobrevida libre de enfermedad (DFS). **Resultados:** El promedio de

ganglios cosechados y con metástasis fue 14 (extremos 1-48) y 2 (extremos 1-10), respectivamente. La mediana del IG fue 0,154 (extremos 0,04-1). En el análisis multivariado, el IG es un factor pronóstico independiente para la OS (HR: 3,778; IC 95%: 1,741-8,198; $p = 0,001$) y la DFS (HR = 3,637; IC 95%: 1,838-7,195; $p < 0,001$). Un aumento en el IG se asocia con un peor pronóstico en la OS y la DFS tanto en los pacientes con una cosecha ganglionar < 12 linfonodos como en aquellos con una cosecha > 12 ($p < 0,05$). Por otra parte, IG tiene una relevancia pronóstica en OS y DFS en los pacientes con tumores N1 ($p < 0,001$). **Conclusiones:** IG es un factor pronóstico independiente en tumores de recto ypN+, independiente del recuento ganglionar (mayor o menor a 12). El IG ofrece un valor pronóstico superior al estadio pN y debiera ser un factor pronóstico adicional en este tipo de tumores.

Dr. Guillermo Bannura C.

*Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Universidad de Chile. Santiago, Chile.*

Volumen Hospitalario y Mortalidad Operatoria en la Era Moderna. Reames BN et al. *Ann Surg*. 2014;260:244-51.

Hay evidencia que el volumen del hospital influye en los resultados en un gran número de cirugías mayores. Esto ha servido para identificar elementos tales como mejores prácticas y estandarizaciones del cuidado, que han permitido elevar los resultados quirúrgicos en hospitales con resultados inferiores. El hecho es que en la reciente década la mortalidad quirúrgica ha disminuido en todo los Estados Unidos de Norteamérica. Por lo mismo, algunos piensan que ya la relación entre volumen y resultados no sería tan clara. Para salir de la duda, estos autores evaluaron prospectivamente los resultados quirúrgicos (años 2000 a 2009) en pacientes de entre 65 y 99 años sometidos a alguna cirugía digestiva mayor (colectomía, esofagectomía o pancreatectomía), a alguna cirugía cardíaca (reemplazo valvular aórtico, reemplazo mitral o puente aortocoronario) o algún procedimiento vascular, sea la reparación de un aneurisma aórtico o una endarterectomía carotídea). Para este análisis se consideró como medida primaria de resultado quirúrgico la mortalidad operatoria, definida como la tasa de muerte ocurrida en el hospital, independiente del tiempo de permanencia (puesto que las complicaciones usualmente prolongan la hospitalización) o hasta los 30 si ya había sido dado de alta. Se trata de un estudio que incluyó a 3.282.127 pacientes, todos beneficiarios de Medi-

care o Medicaid y que fueron sometidos a alguna de las 8 cirugías mencionadas. Se incluyeron pacientes intervenidos en forma abierta como los por métodos menos invasivos.

Para la comparación, el universo de pacientes operados se separó en quintiles, según el volumen de cada centro, yendo de centros de muy bajo volumen, bajo, mediano, alto y muy alto. La cirugía coronaria, la colectomía y la endarterectomía fueron las cirugías más frecuentes. Para todos los grupos la mortalidad fue ajustada de acuerdo a las características y factores de riesgo. En la década se observó una disminución en la mortalidad asociada a todas las cirugías analizadas, siendo mayor para la esofagectomía (13,6% el año 2000 y 9,8% el 2009) y para la pancreatectomía (10,2% y 6,8% respectivamente). Al analizar la influencia del volumen hospitalario se comprobó una relación inversa entre éste y la mortalidad en cada uno de los procedimientos siendo mayor para las pancreatectomías.

Con estos resultados los autores reafirman el efecto del volumen sobre la mortalidad operatoria, identificando la mortalidad como una valiosa medida de calidad en cirugía, aunque no es la única. La mortalidad como indicador es muy útil para procedimientos menos frecuentes, como lo es la tasa de complicaciones y resultados funcionales para procedimientos frecuentes.

Dr. Ricardo Espinoza G.

Universidad de los Andes. Santiago, Chile.