

**ANNALS OF SURGICAL ONCOLOGY
BRITISH JOURNAL OF SURGERY
SURGICAL ENDOSCOPY**

Marzo – Abril – Mayo 2011

Jose A. Córdoba Sotomayor

Servicio de Cirugía General 1. Hospital Clínico San Carlos. Madrid



***Ann Surg Oncol* (2011) 18:1335–1341**

Duodenopancreatectomía laparoscópica: Una revisión de 285 casos publicados

Andrew A. Gumbs, MD1, Angel M. Rodriguez Rivera, MD2, Luca Milone, MD, PhD1, and John P. Hoffman, MD1

Mercy Catholic Medical Center, Philadelphia, PA

RESUMEN

Antecedentes. Teniendo en cuenta la dificultad de la duodenopancreatectomía mínimamente invasiva (DPMI), existen pocos datos para su comparación con la duodenopancreatectomía abierta. A medida que la técnica se va difundiendo, se deben tratar las cuestiones relativas a la adecuación de los márgenes oncológicos y los ganglios linfáticos extraídos.

Métodos. Fueron examinados todos los casos publicados de DPMI. Las variables analizadas incluyeron tasas de conversión, tiempo de intervención, pérdida estimada de sangre, duración de estancia hospitalaria, seguimiento, complicaciones, mortalidad, ganglios linfáticos extraídos y los márgenes.

Resultados. Se encontraron 27 artículos que describen resultados después de DPMI, con un total de 285 casos descritos. La principal malignidad tratada fue adenocarcinoma, representando un 32% de los casos. Ochenta y siete por ciento fueron realizadas totalmente por laparoscopia, y el 13% con un enfoque mano-asistido para facilitar pasos reconstructivos del procedimiento. La tasa de conversión a cirugía abierta fue del 9%. La pérdida estimada de sangre tenía un promedio ponderado (PP) de 189 ml. La estancia media tenía un PP de 12 días y la media de seguimiento tuvo un PP de 14 meses. La tasa global de complicaciones fue del 48%, y la tasa global de mortalidad fue del 2%. El número medio de ganglios linfáticos extraídos fue de 7 a 36, con un PP de 15, y los márgenes de resección fueron informados como positivos en el 0.4% de pacientes con enfermedad maligna.

Conclusiones. Esta revisión encontró resultados similares respecto a la morbilidad y mortalidad perioperatoria en comparación con la duodenopancreatectomía abierta. Los objetivos oncológicos de resección pancreática se podrían alcanzar con la DPMI, pero son necesarios todavía un seguimiento mas a largo plazo y series más largas.

Ann Surg Oncol (2011) 18:1439–1446

Comparación entre tiroidectomía endoscópica y robótica

J. Lee, MD1, J. H. Lee, MD1, K. Y. Nah, MD1, E. Y. Soh, MD1, and W. Y. Chung, MD, PhD2

Yonsei University College of Medicine, Seoul, Korea

RESUMEN

Antecedentes. La tiroidectomía endoscópica es un procedimiento técnicamente difícil. La tiroidectomía asistida por robot se ha introducido recientemente y ofrece una mejor visión y destreza. El presente estudio comparó la tiroidectomía convencional endoscópica y la robótica en pacientes con cáncer de tiroides en términos de resultados perioperatorios y curva de aprendizaje. Todas las intervenciones fueron realizadas por el mismo cirujano.

Materiales y métodos. Entre abril de 2007 y marzo de 2010, 96 pacientes fueron sometidos a tiroidectomía endoscópica (grupo endoscópico) y 163 pacientes a tiroidectomía robótica (grupo robótico). Un enfoque transaxilar sin gas se utilizó en ambos grupos. Los 2 grupos fueron comparados en términos de características de los pacientes, resultados clínicos perioperatorios, complicaciones, y características patológicas. Las curvas de aprendizaje para los 2 procedimientos se compararon en función del número de casos necesarios para llegar a un tiempo de intervención constante.

Resultados. Las características de los pacientes fueron similares en ambos grupos. El tiempo total de intervención medio para tiroidectomía con vaciamiento del compartimento central del cuello fue $142,7 \pm 52,1$ min en el grupo de endoscopia y $110,1 \pm 50,7$ minutos en el grupo de robot ($P = 0,041$). Ambos grupos fueron similares en términos de características patológicas, incluyendo estadificación TNM, pérdida de sangre intraoperatoria, duración de la estancia hospitalaria y tasa de complicaciones. Sin embargo, el número medio de ganglios extraídos del compartimento central fue de $2,4 \pm 1,9$ para el grupo de endoscopia y $4,5 \pm 1,5$ en el grupo de robot ($P = 0,004$). La curva de aprendizaje fue 55-60 casos en tiroidectomía endoscópica y de 35 a 40 los casos de tiroidectomía robótica.



British Journal of Surgery (2011) 98: 784–789

Estudio clínico randomizado sobre infiltración preincisional combinada e instilación intraperitoneal de levobupivacaína para el dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica

B. Hilvering¹, W. A. Draaisma¹, J.D. W. van der Bilt¹, R. M. Valk², K. E. Kofman¹ and E. C. J. Consten¹

Meander Medical Centre Amersfoort, Amersfoort, The Netherlands

RESUMEN

Antecedentes. El dolor postoperatorio es una de las principales causas de una estancia hospitalaria prolongada después de colecistectomía laparoscópica (CL). La reducción del dolor postoperatorio puede conllevar una recuperación más rápida y establecerse en la CL como un cuidado diario en el procedimiento quirúrgico. La anestesia local preoperatoria se ha sugerido para reducir el dolor postoperatorio. El objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la combinación de la infiltración subcutánea y la instilación intraperitoneal de levobupivacaína antes del inicio de la CL en el dolor postoperatorio abdominal hasta las 24 horas después de la cirugía.

Métodos. Los pacientes elegidos para cirugía electiva de CL fueron aleatorizados para recibir infiltración preincisional e instilación intraperitoneal preoperatoria de 80 ml de 0.125 % de levobupivacaína (grupo experimental) o solución salina (grupo placebo). El resultado primario

estimado fue el dolor abdominal medido por una escala analógica visual a las 0.5, 2, 4, 8 y 24 horas después de la cirugía.

Resultados. 80 de los 101 pacientes evaluados por elegibilidad fueron randomizados. No hubo reducción significativa del dolor postoperatorio con levobupivacaína comparada con placebo durante las 24 de seguimiento; la diferencia global en la escala de dolor fue de 2.2 (intervalo de confianza del 95% 4.9 a 9.3; $P=0.540$). La duración de la intervención quirúrgica, el uso de anestesia, el uso de analgesia de rescate, dolor de hombro, duración de la estancia hospitalaria y el tiempo de reanudación de actividades de la vida diaria no fue diferente entre ambos grupos.

Conclusiones. La combinación subcutánea e intraperitoneal de levobupivacaína no influyó en el dolor postoperatorio abdominal después de CL.

British Journal of Surgery (2011) 98: 811–816

Morbilidad y mortalidad después de la cirugía bariátrica para obesidad mórbida comparado con la población general

M. Plecka O" stlund¹, R. Marsk³, F. Rasmussen², J. Lagergren^{1,4} and E. Na"slund³
Karolinska Institute, Stockholm, Sweden, and King's College of Medicine, London, UK

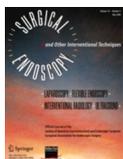
RESUMEN

Antecedentes. La cirugía bariátrica reduce la morbilidad y la mortalidad de los sujetos obesos, pero no está claro que tasas se comparan con las de la población. El objetivo fue evaluar el riesgo en el ingreso hospitalario relacionado para comorbilidades relacionadas con la obesidad y los resultados de mortalidad tras cirugía bariátrica en relación con la población general.

Métodos. A escala nacional, la cohorte de estudio poblacional a estudio se llevó a cabo de todos los pacientes que se sometieron a cirugía bariátrica en Suecia entre 1980 y 2006. Cada paciente fue controlado con 10 controles de edad y sexo randomizados del Registro Total Poblacional. Las comorbilidades en la admisión al hospital fueron identificadas a través de un Registro de Pacientes. Regresión proporcional Cox fue utilizado para calcular los cocientes de riesgo (HRs).

Resultados. Un total de 13273 pacientes fueron sometidos a cirugía bariátrica entre 1980 y 2006. Después de la cirugía, el total ajustado al HRs permaneció aumentado para infarto de miocardio (HR 1,56, IC 95 por ciento de confianza intervalo de 1,35 a 1,81), angina de pecho (HR 2,05, 1,84 a 2,31), accidente cerebrovascular (HR 2,13, 1,88 a 2,42), hipertensión arterial (HR 2,80, 2,61 a 3,01), diabetes (HR 2,44, 2,23 a 2,67) y muerte (HR 1,24, 1,15 a 1,34) en estos pacientes en comparación con la población en general. Los 4161 pacientes sometidos a bypass gástrico ya no tenían un mayor riesgo de diabetes (HR 1,23, 0,88 a 1,72) o infarto de miocardio (HR 0,78, 0,42 a 1,45), mientras que la morbilidad continuó en aumento después de la cirugía restrictiva en 7855 pacientes. La mortalidad ajustada se mantuvo más alta después de ambos, bypass gástrico y cirugía restrictiva.

Conclusiones. El bypass gástrico, pero no la cirugía restrictiva, en pacientes con obesidad mórbida parece reducir el riesgo de diabetes e infarto de miocardio a los niveles de población, pero el riesgo de muerte sigue siendo mayor.



Surg Endosc (2011) 25:1127–1135

Seguridad, eficacia, y coste-efectividad de los procedimientos laparoscópicos comunes

Manish M. Tiwari • Jason F. Reynoso • Robin High • Albert W. Tsang • Dmitry Oleynikov

RESUMEN

Antecedentes. La cirugía laparoscópica ha demostrado ofrecer unos resultados quirúrgicos superiores para la mayoría de procedimientos quirúrgicos abdominales. Sin embargo, apenas hay evidencia en resultados quirúrgicos con la estratificación de riesgo en los pacientes. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados de la laparoscopia común y de procedimientos quirúrgicos abiertos para una severidad variable de enfermedad.

Métodos. Un análisis retrospectivo de resultados quirúrgicos en seis procedimientos comunes incluyendo colecistectomía, apendicectomía, cirugía de reflujo, bypass gástrico, reparación de hernia ventral y colectomía fue creada usando el University Health System Consortium (UHC) Clinical Database/Resource Manager (CDB/RM). La descarga de datos de tres años para los 6 procedimientos laparoscópicos comunes fueron analizados para el estudio de medidas que incluyen la mortalidad observada, morbilidad general de los pacientes, admisión en unidad de cuidados intensivos (UCI), readmisión a los 30 días, duración de la estancia hospitalaria y los costes.

Resultados. En este estudio, 208.314 pacientes se sometieron a uno de los seis procedimientos quirúrgicos, ya sea en cirugía abierta o por laparoscopia. En general, el

abordaje laparoscópico mostró una mortalidad significativamente menor, una morbilidad reducida, menos ingresos en UCI y reingresos en los 30 primeros días, menor estancia hospitalaria, y unos costes hospitalarios significativamente reducidos para todos los procedimientos. En la estratificación por gravedad de la enfermedad, el grupo laparoscópico mostró resultados mejores o comparables en todos los grupos de severidad de enfermedad. Sin embargo, la mortalidad fue comparable para los pacientes con severidad menor y moderada entre cirugía laparoscópica y abierta para la mayoría procedimientos. La tasa de readmisión a los 30 días para pacientes de severidad mayor/extrema fue comparable entre los dos grupos para la mayoría de procedimientos.

Conclusiones. Este estudio demostró la superioridad de la laparoscopia sobre la cirugía abierta convencional en todos los grupos de gravedad para los procedimientos quirúrgicos comunes. Los resultados en general muestran que la cirugía laparoscópica es segura, eficaz y coste-efectiva comparada con la cirugía abierta y sugieren que la cirugía laparoscópica debe ser el procedimiento de elección para todos los procedimientos quirúrgicos comunes, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

COMENTARIO

Este estudio viene a reflejar lo ya citado en la numerosa literatura científica a este respecto: las ventajas de la laparoscopia en cuanto a coste-efectividad, sin reducir la seguridad en lo que respecta a técnica quirúrgica, lo cual nos debe hacer pensar en cirugía mínimamente invasiva como primera posibilidad, independientemente de la gravedad de la enfermedad.

Surg Endosc (2011) 25:1187–1191

El impacto de la elección cirujano en el coste al llevar a cabo la

apendicectomía laparoscópica

Thomas Chu • Ryan A. Chandhoke • Paul C. Smith • Steven D. Schweitzberg

RESUMEN

Mientras que la apendicectomía laparoscópica (AL) se puede llevar a cabo utilizando una gran variedad de técnicas, el coste de cada técnica varía. El propósito de este estudio es analizar los efectos de la elección de la técnica del cirujano en el coste de los principales pasos en AL.

Métodos. Las notas de quirófano de cirujano, las listas de factura de hospitales, las preferencias de instrumentación de cirujanos fueron obtenidas para todos los casos de AL en 2008 en Cambridge Health Alliante (CHA). Sólo los casos (N=89) llevados a cabo por cirujanos staff (N=8) fueron analizados. Los costos fueron calculados para los siguientes componentes de AL: Puerto de acceso, división de mesoapéndice, y manejo del muñón apendicular. El coste real de cada componente fue determinado en base a una base de datos de gestion de materiales del hospital. Los reembolsos hospitalarios para AL en 2008 fueron obtenidos de todos los contribuyentes y comparados con los disponibles caso por caso.

Resultados. Los costes disponibles por caso para los tres porciones analizadas para 126 modelos teóricos fueron calculados y se encontró un rango de 81 a 873 dólares. El cirujano con el método más coste-efectivo (299 dólares) utilizó un clip endoscópico multiuso aplicado para la división del mesoapéndice, dos lazos apretados para el tratamiento del muñón apendicular y técnica de tres trócares de 5mm como su técnica de elección. El cirujano con el método menos rentable preferido (552 dólares) utilizó dos disparos de grapadora para la división del mesoapéndice, un disparo de grapadora para el muñón apendicular y accesos de trócares de 12/5/10 mm. Los dos principales pacientes de AL fueron Medicaid y Health Safety Net, cuyo rango de reembolso total hospitalario osciló de 264 a 504 dólares y de 0 a 545 dólares por

caso, respectivamente, para pacientes dados de alta en un día.

Discusión. Los costes desechables con frecuencia superan los reembolsos del hospital. En la actualidad, no hay literatura científica que ilustre un método superior en la realización de estos pasos de la AL en los casos de rutina. Este estudio sugiere que los cirujanos deben examinar las consecuencias financieras de su práctica y encontrar maneras de proporcionar el más rentable cuidado sin poner en peligro el resultado clínico.

COMENTARIO

En la época de crisis en la que vivimos este artículo se plantea como una autocrítica a nuestra manera de abordar una patología tan frecuente en nuestra especialidad, como es la apendicitis aguda, ayudándonos a reflexionar sobre determinados gestos, que sin comprometer la seguridad del paciente, pueden hacer el abordaje laparoscópico mucho más rentable, como es simplemente el uso de ligaduras para el muñón apendicular. De este modo podríamos colaborar a una sanidad más sostenible, con el aliciente que supone sobre todo para residentes la mejora en la destreza quirúrgica que supondría dicho gesto al ser técnicamente más complejo.

**INTERNATIONAL JOURNAL OF MEDICAL ROBOTICS AND COMPUTER
ASSISTED SURGERY**

Marzo – Abril – Mayo 2011

Diego Sierra Barbosa

Servicio de Cirugía General 1. Hospital Clínico San Carlos. Madrid



Robotic-Assisted Major Pancreatic Resection and Reconstruction.

Amer H. Zureikat, MD; Kevin T. Nguyen, MD, PhD; David L. Bartlett, MD; Herbert J. Zeh, MD;
A. James Moser, MD

Arch Surg. 2011;146(3):256-261. doi:10.1001/archsurg.2010.246

RESUMEN

Hipótesis. La resección y reconstrucción pancreática asistida por robot es segura y puede reproducir los resultados perioperatorios como en cirugía abierta.

Diseño. Revisión retrospectiva institucional.

Centro. Centro de tercer nivel.

Pacientes. Pacientes a quienes se les realizó resección y reconstrucción pancreática asistido por robot, en el centro médico de la Universidad de Pittsburg (Pennsylvania), desde el 3 de Octubre de 2008 al 26 de Febrero de 2010.

Variables del resultado. Patología primaria, tiempo operatorio, sangrado operatorio, transfusión perioperatoria, fístula pancreática, morbi-mortalidad a 90 días y la tasa de reingresos.

Resultados. Treinta pacientes con edad media de 70 años (rango, 32-85 años) fueron sometidos a resección y reconstrucción pancreática asistida por robot. Los procedimientos fueron pancreatoduodenectomía asistida por robot sin preservación del píloro (n = 24), pancreatectomía central asistida por robot (n = 4), y el procedimiento de Frey asistido por robot (n = 2). La media operatoria fue 512 minutos (rango, 327-848 minutos). La media de pérdida de sangre fue de 320 ml (rango 50-1000 ml), con una media de estancia hospitalaria de 9 días (rango, 4-87 días). El diagnóstico final fue de adenocarcinoma periampular (n = 7), adenocarcinoma ductal pancreático (n = 6), tumor neuroendocrino pancreático (n = 5), neoplasia mucinosa papilar intraductal (n = 4), neoplasia quística mucinosa (n = 3), cistoadenoma seroso (n = 2), pancreatitis crónica (n = 2), y neoplasia sólida pseudopapilar (n = 1). Hubo una muerte postoperatoria. La tasa global de fístula pancreática fue del 27% (n = 8). La tasa de fístula pancreática clínicamente significativa (Grupo Internacional de Estudio sobre la fístula pancreática grados B y C) fue del 10% (n = 3). Ocurrieron complicaciones Clavien grado III y IV en 7 pacientes (23%), mientras que Clavien grado I y II se produjeron en 8 pacientes (27%).

Conclusiones. La cirugía pancreática compleja asistida por robot puede ser realizada con seguridad en un centro de tercer nivel con alto volumen de páncreas, con resultados perioperatorios comparables a los de cirugía abierta. Los avances en tecnología robótica y la experiencia cada vez mayor pueden mejorar mucho los tiempos de operación.

Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Prior to Laparoscopic Cholecystectomy. A Common and Potentially Hazardous Technique That Can Be Avoided

Bilal Alkhaffaf, MBChB, MRCS; Edward Parkin, MBChB, MRCS; David Flook, MBChB, FRCS
Arch Surg 2011;146(3):329-333

RESUMEN

Objetivo. Determinar en qué medida la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) preoperatoria es practicada por un grupo representativo de cirujanos en el Reino Unido, y determinar su seguridad y eficacia cuando se compara con una política de colangiografía (RIOC), de rutina intraoperatoria sin CPRE preoperatoria, en una única unidad de cirugía.

Diseño. Estudio comparativo entre pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica y pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica con RIOC.

Centro. Cuatro hospitales en los Hospitales Pennine acute NHS Trust, en el noreste de Inglaterra.

Pacientes. Un total de 1622 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscopia durante el

período de 2005 a 2007.

Resultados. De los 1.622 pacientes incluidos en el análisis, 463 tuvieron un RIOC. De los restantes 1159 pacientes, a 188 (16,2%) se les sometió a una CPRE preoperatoria por sospecha de cálculos en el colédoco, de los cuales 107 (56,9%) tuvieron resultados negativos. Tres pacientes, dos de los cuales no tenían cálculos en el colédoco, desarrollaron pancreatitis post-CPRE. La mediana de duración entre la CPRE y la colecistectomía laparoscópica fue de 75 días. De los 463 pacientes que se sometieron a RIOC, 36 (7,8%) tuvieron coledocolitiasis, 18 (50% de los casos de coledocolitiasis, el 3,9% del total de 436 casos de RIOC) de los cuales no tenían marcadores preoperatorios para coledocolitiasis. No hubo lesiones del conducto biliar entre los pacientes que se sometieron a un RIOC.

Conclusiones. La CPRE preoperatoria es ampliamente utilizada en el Reino Unido, pero con frecuencia da lugar a resultados negativos y por lo tanto no es necesaria. Se asocia con morbilidad significativa, que puede evitarse cuando se emplea una política de RIOC.



Technical Modifications in Laparoscopic Appendectomy

Ali Aminian, Faramarz Karimian, Karamollah Toolabi, Rasoul Mirsharifi
Department of General Surgery, Imam Khomeini Hospital Complex, Tehran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran.

World Journal of Laparoscopic Surgery, January-April 2011;4(1):1-43

RESUMEN

La técnica de la apendicectomía laparoscópica se ha modificado varias veces en los últimos 20 años. En este informe, se describen las modificaciones de los autores respecto a la posición de los puertos y el cierre de la base del apéndice. Tres cirujanos realizaron con éxito la apendicetomía laparoscópica en 108 casos con estas modificaciones durante el período de 3 años. El primer puerto de 10 mm es colocado en la región periumbilical. El segundo y tercer puerto de 10 mm y 5 mm se insertan en el lado izquierdo y derecho del abdomen por debajo de la línea del vello púbico, respectivamente. A continuación, el telescopio se transfiere desde el puerto periumbilical al puerto suprapúbico izquierdo. Este modo de acceso conduce a una óptima ergonomía y estética. Para la fijación de la base del apéndice, un solo clip de Hem-o-lok (clip de polímero no absorbible) es aplicado en cada lado. El uso de clips Hem-o-lok es simple, seguro y reduce el tiempo y costos de una apendicetomía laparoscópica.

Laparoscopic versus Open Management of Hydatid Cyst of Liver

Falih Mohssen Ali

Basrah Teaching Hospital, Iraq

World Journal of Laparoscopic Surgery, January-April 2011;4(1):7-11

RESUMEN

Antecedentes. El abordaje quirúrgico de la hidatidosis hepática sigue siendo un tema controvertido. Este estudio muestra los resultados del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos hepáticos durante un período de 5 años.

Métodos. Estudio prospectivo de 32 pacientes operados en un período de 5 años (1999-2003) en Dubrava, Hospital de la Universidad de Zagreb, Croacia, con quiste hidatídico hepático. Todos los pacientes fueron tratados con albendazol antes de la operación. En 32 pacientes se realizó periquistectomía total sin necesidad de abrir la cavidad del quiste por vía laparoscópica.

Resultados. No hubo mortalidad después de 5 a 6 meses de seguimiento, pero en un paciente, en el grupo de periquistectomía parcial abierta, se produjo recurrencia de la enfermedad después de 2 a 3 años. Cuando se realizó vía laparoscópica, no hubo complicaciones o recurrencia. La mediana de duración de la cirugía abierta fue 100,0 minutos (rango de 60,0 a 210,0) y para la cirugía laparoscópica 67,5 minutos (rango de 60,0 a 120,0). La duración media de hospitalización por cirugía abierta fue de 8,0 días (rango, 7,0-14,0) y para la cirugía laparoscópica 5,0 días (rango 4,0 a 7,0).

Conclusión. La periquistectomía total sin necesidad de abrir la cavidad del quiste, precedido por el tratamiento preoperatorio con albendazol es el método de elección para el tratamiento de quiste hidatídico hepático. A pesar del pequeño grupo de pacientes, nuestros primeros resultados muestran que la periquistectomía total laparoscópica, sin apertura de la cavidad del quiste, es el tratamiento de elección del quiste hidatídico hepático.



Outcomes of pancreatoduodenectomy with robotic surgery versus open surgery

Falih Mohssen Ali

Zhou NX, Chen JZ, Liu Q, Zhang X, Wang Z, Ren S, Chen XF

Institute of Hepatobiliary Gastrointestinal Disease, General Hospital of PLA Second Artillery, No 16 Xijiekouwai Avenue, Xicheng District Beijing China 100088.

Int J Med Robot 2011; 7: 131–137.

RESUMEN

La duodenopancreatectomía (PD) para tratar el cáncer de páncreas es un reto para muchos cirujanos. No hay mucha información relativa a la ventaja de utilizar el sistema robótico Da Vinci sobre la cirugía convencional abierta para la PD. Por lo tanto se realizó una comparación de los resultados de la PD utilizando el sistema robótico Da Vinci, con los resultados mediante cirugía abierta.

Métodos. Entre enero de 2009 y diciembre de 2009, dieciséis pacientes fueron sometidos a PD, ocho recibieron cirugía asistida por robot usando el sistema quirúrgico robótico Da Vinci (Grupo I) y ocho pacientes fueron tratados con la cirugía abierta convencional (Grupo II).

Resultados. No hubo diferencias significativas en la tasa de resección radical (R0) entre los dos grupos, el 87,5% vs. 100%, $P = 0,05$. El tiempo operatorio en grupo I fue mayor que en el grupo II, 718 ± 186 vs. 420 ± 127 min, $P = 0,011$, mientras que la pérdida de sangre en el grupo I fue menor que en el grupo II, 153 ± 43 vs. 210 ± 53 ml, $p = 0,045$. La duración del tiempo de estancia hospitalaria después de la cirugía en el grupo I fue menor que en el grupo II, $27,5 \pm 7,1$ vs. $96 \pm 18,1$ h, $P = 0,000$; $16,4 \pm 4,1$ frente a $24,3 \pm 7,1$ días, $P = 0,04$, respectivamente). La tasa de complicaciones de grupo I fue menor que la del grupo II, 25% vs. 75%, $P = 0,05$.

Conclusión. Es factible y seguro realizar la DP usando el sistema quirúrgico asistido por robot Da Vinci; los pacientes se recuperaron más rápido después de la operación con menos pérdida de sangre durante la cirugía.

ANNALS OF SURGERY
SURGERY
JOURNAL OF ROBOTIC SURGERY
Marzo – Abril – Mayo 2011
Juan Tejerina
Servicio de Cirugía General 1. Hospital Clínico San Carlos. Madrid



[Jiang X](#) , [Hiki N](#) , [Nunobe S](#) , et al
[Postoperative Outcomes and Complications After Laparoscopy-assisted Pylorus-preserving Gastrectomy for Early Gastric Cancer](#)
[Ann Surg](#) 2011;253(5):928-33.

RESUMEN

Objetivo. La gastrectomía con preservación pilórica laparoscópica se introdujo como una operación mínimamente invasiva para el cáncer gástrico temprano (CGT) en Japón. Este estudio investiga los resultados postoperatorios, complicaciones y factores de riesgo asociados al procedimiento.

Métodos. Desde enero del 2005 a diciembre del 2009, 307 pacientes con CGT se sometieron a gastrectomía con preservación pilórica. Se evaluaron en el estudio los resultados postoperatorios y las complicaciones. Las complicaciones postoperatorias se clasificaron de acuerdo a la clasificación quirúrgica de Clavien-Dindo y se analizaron los factores de riesgo relacionados.

Resultados. El tiempo de cirugía fue de 229.4 +/- 47.5 minutos y la pérdida estimada de sangre fue de 49.1 +/- 62.0ml. El número de ganglios resecados fue de 31.6 +/- 10.4. Hubo afectación ganglionar en 25 pacientes (8.5%). La precisión de diagnóstico preoperatorio de CGT fue del 93.2%. Hubo 53 pacientes que desarrollaron complicaciones (17.3%), 4 (1.3%) pacientes con complicaciones mayores, clasificación IIIa de Clavien-Dindo. La complicación más frecuente fue la paresia gástrica que ocurrió en 19 pacientes (6.2%). El índice de masa corporal (BMI) y la experiencia quirúrgica en esta técnica, fueron identificados como factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas. El BMI se relacionó con la severidad de las complicaciones. Las proteínas totales y albúmina séricas no cambiaron significativamente después de la cirugía.

Conclusiones: La gastrectomía con preservación pilórica laparoscópica es una técnica segura con excelentes resultados postoperatorios que minimizan las complicaciones mayores basadas en la clasificación de Clavien-Dindo en pacientes con CGT en tercio medio del estómago. Para prevenir complicaciones postoperatorias los cirujanos deben tener un adecuado periodo de aprendizaje de la gastrectomía con preservación pilórica laparoscópica, y esta técnica debe realizarse con precaución en pacientes con BMI alto.

[Bakker OJ](#) , [van Baal MC](#) , et al.

[Endoscopic Transpapillary Stenting or Conservative Treatment for Pancreatic Fistulas in Necrotizing Pancreatitis: Multicenter Series and Literature Review.](#)

[Ann Surg](#) 2011;253(5):961-7

RESUMEN

Objetivos. El stent endoscópico transpapilar (SET) del conducto pancreático facilita el drenaje y podría reducir el tiempo de cierre de la fístula pancreática. Sin embargo los datos de la fiabilidad del SET en pacientes con pancreatitis necrotizante son escasos.

Antecedentes. Las fístulas pancreáticas ocurren después de la intervención de una pancreatitis necrotizante y frecuentemente cierran después de varios meses de tratamiento conservador.

Métodos. Se tomó una cohorte prospectiva de pacientes con pancreatitis aguda ingresados en 15 hospitales (2004-2007), se identificaron todos los pacientes que fueron sometidos a SET o tratamiento conservador de fístula pancreática. Se evaluó la viabilidad, seguridad y resultados del SET. Además se realizó una revisión de la literatura de estudios similares.

Resultados. De 731 pacientes con pancreatitis aguda, 19 se trataron con SET y en 16 se trató conservadoramente la fístula pancreática. En el grupo de SET el cierre de la fístula se realizó en 16 de 19 pacientes (84%) y en 8 de 12 pacientes en el grupo de tratamiento conservador (P= 0.175). El tiempo medio de cierre de la fístula después de SET fue de 71 días (rango intercuartílico (IQR) 34-142) comparado con 120 días (IQR 51-175 días) en el grupo de

tratamiento conservador (P= 0.13). Se observaron complicaciones en 6 pacientes. 10 estudios reportaron los resultados de 281 pacientes, con colocación de stent para fístulas pancreáticas y fueron incluidos en la revisión de la literatura. El cierre de la fístula se logró en 200 pacientes (71%). Las complicaciones reportadas relacionadas con el stent fueron en el 9% de los pacientes.

Conclusiones: El SET parece ser una técnica viable y segura, alternativa al tratamiento conservador en pacientes con fístulas pancreáticas después de una intervención por pancreatitis necrotizante.

[Cho CS](#) , [Kooby DA](#) , et al.

[Laparoscopic Versus Open Left Pancreatectomy: Can Preoperative Factors Indicate the Safer Technique?](#) .

[Ann Surg](#) 2011;253(5):975-80.

RESUMEN

Antecedentes. La pancreatectomía izquierda laparoscópica (LLP) se asocia con resultados favorables comparada con pancreatectomía izquierda abierta (OLP). Sin embargo no está claro si los factores de riesgo asociados con la morbilidad operatoria son diferentes entre estas dos técnicas. No existen guías clínicas para determinar que pacientes deberían ser sometidos a OLP o LLP.

Métodos. Un análisis multi-institucional de OLP y LLP se realizó en 9 centros médicos académicos. Los casos de LLP se definieron según análisis por intención de tratar. Se

analizaron las variables preoperatorias para identificar los factores asociados con las complicaciones y fístulas pancreáticas después de OLP y LLP. Además las tasas de complicaciones y fístulas en pacientes sometidos a OLP y LLP se compararon con la cohorte correspondiente para determinar si un abordaje resultó superior.

Resultados. Se analizaron 693 pancreatectomías izquierdas (439 OLP, 254 LLP). Los casos de OLP y LLP fueron similares en cuanto a edad y clasificación ASA. El índice de masa corporal (BMI) fue superior en pacientes sometidos a LLP. OLP fue realizada con más frecuencia en paciente con adenocarcinoma y tumores más grandes resultando en resecciones más amplias y comúnmente una esplenectomía asociada. La pérdida de sangre estimada y el tiempo operatorio fue más largo durante OLP. En un análisis multivariante, las variables asociadas con mayor incidencia de complicaciones y fistulas eran diferentes entre OLP y LLP. Los pacientes con BMI