

Systematic review of outcomes after distal pancreatectomy with coeliac axis resection for locally advanced pancreatic cancer

Revisión sistemática de los resultados obtenidos tras la pancreatectomía distal con resección del tronco celíaco por cáncer de páncreas localmente avanzado

S. Klompmaker, T. de Rooij, J. J. Korteweg, S. van Dieren, K. P. van Lienden, T. M. van Gulik, O. R. Busch y M. G. Besselink

DOI: 10.1002/bjs.10148

Antecedentes: El cáncer de páncreas que afecta el tronco celíaco se considera en la mayoría de guías clínicas como no resecable, con una mediana de supervivencia entre 6–11 meses. Un subgrupo de estos pacientes pueden someterse a pancreatectomía distal con resección del tronco celíaco, pero no existe consenso sobre la utilidad de este procedimiento. Se evaluó la evidencia acerca de este procedimiento, incluyendo el impacto de la embolización preoperatoria de la arteria hepática y del tratamiento (neo-)adyuvante.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de acuerdo con las directrices PRISMA hasta el 27 de mayo de 2015. La variable principal analizada fue la supervivencia global y como objetivos secundarios se incluyeron la morbilidad y la tasa de resección radical.

Resultados: Se incluyeron 20 estudios retrospectivos, con 263 pacientes. La calidad metodológica de los estudios varió de pobre a moderada. Se realizaron una resección radical en el 76% (173/227) de los casos con una morbilidad grave en el 27% (26/96), una morbilidad de origen isquémico del 10% (26/256) y una tasa de mortalidad a los 90 días del 3,5% (4/113). Se realizó una embolización de la arteria hepática preoperatoria en el 47% (74/157) de los pacientes sin un beneficio aparente sobre la morbilidad de origen isquémico. En el 47% (74/157) se realizó tratamiento neoadyuvante y en el 44% (75/170) tratamiento adyuvante. No hubo diferencias en la supervivencia entre las series de pacientes en los que menos de la mitad recibieron tratamiento (neo) adyuvante o aquellas en las que lo recibieron más de la mitad [mediana de supervivencia global de 18 meses (rango 9–48) frente a 18 meses (rango 10–26, respectivamente; $P=0,211$)]. La mediana de supervivencia en todo el estudio fue de 15 meses (rango 9–48).

Conclusión: La pancreatectomía distal con resección del tronco celíaco parece una buena opción para pacientes seleccionados con cáncer de páncreas que afecta el tronco celíaco con una morbilidad y mortalidad aceptables y una mediana de supervivencia de 15 meses. Se necesitan más estudios para evaluar los beneficios de la embolización preoperatoria de la arteria hepática y del tratamiento (neo)adyuvante.

Lipotransfer for radiation-induced skin fibrosis

Trasplante de grasa para la fibrosis de la piel inducida por la radiación

R. Kumar, M. Griffin, G. Adigbli, N. Kalavrezos y P. E. M. Butler

DOI: 10.1002/bjs.10180

Antecedentes: La fibrosis inducida por la radiación (*radiation induced fibrosis*, RIF) es una complicación tardía de la radioterapia que resulta en un deterioro funcional y cosmético progresivo. La grasa autóloga se ha convertido en una opción de reconstrucción de tejidos blandos. Hay también descripciones esporádicas en las que se ha demostrado la regresión de la fibrosis tras el trasplante regional de grasa. El objetivo de esta revisión sistemática es identificar los mecanismos celulares que conducen a la RIF y el papel del trasplante de grasa en la atenuación de estos procesos.

Métodos: Se realizó una búsqueda en las bases Pubmed, Ovid y Google Scholar con el fin de identificar todos los artículos originales relacionados con el trasplante de grasa por radioterapia. Todos los artículos en los que se describe el comportamiento de los fibroblastos o miofibroblastos irradiados fueron incluidos. Se analizaron los datos relacionados con los mecanismos de la RIF, el papel del trasplante de grasa en la RIF y los métodos para cuantificar la fibrosis del tejido.

Resultados: Noventa y ocho estudios de entre 374 cumplieron los criterios de inclusión. Todavía no está establecido un modelo único y definitivo de RIF, pero cuatro mecanismos celulares fueron identificados a partir de estudios in vitro. En 21 estudios se identificaron las citoquinas factor de crecimiento del tejido conectivo (*connective tissue growth factor*, CTGF) y factor transformador del crecimiento- β -1 (*transforming growth factor- β -1*, TGF- β 1) como conductoras de la cascada de fibrosis. En 3 estudios se demostró que la hipoxia estimula la fibrogénesis. El estrés oxidativo a partir de especies reactivas y radicales libres de oxígeno se relacionó también con la RIF en 11 estudios. Los injertos de grasa autóloga purificada contienen propiedades celulares y no celulares que potencialmente interactúan con estos procesos. Se evaluaron 6 métodos para cuantificar los cambios fibróticos entre los que se incluyen la durometría, la elastografía de onda de corte ultrasónica, la termografía, la imagen de campo oscuro, el láser Doppler y la flujometría de moteado láser.

Discusión: La comprensión de cómo el trasplante de grasa provoca la regresión de RIF sigue sin estar clara. Esta revisión genera nuevas hipótesis para futuros proyectos de investigación.

Randomized clinical trial of postoperative chewing gum versus standard care after colorectal resection

Ensayo clínico aleatorizado sobre goma de mascar posoperatoria versus tratamiento estándar después de resección colorrectal

C. Atkinson, C. M. Penfold, A. R. Ness, R. J. Longman, S. J. Thomas, W. Hollingworth, R. Kandiyali, S. D. Leary y S. J. Lewis

DOI: 10.1002/bjs.10194

Antecedentes: En estudios con un número reducido de pacientes se ha sugerido que la goma de mascar puede estimular la motilidad gastrointestinal con efectos beneficiosos sobre el ileo postoperatorio. El objetivo principal de este estudio fue determinar si la goma de mascar reduce la duración de la estancia hospitalaria (*length*

of hospital stay, LOS) después de resección colorrectal. Los objetivos secundarios incluyeron la evaluación de los síntomas relacionados con la función intestinal, las complicaciones y los costes sanitarios.

Métodos: Se trata de un ensayo clínico aleatorizado en 5 hospitales del Reino Unido donde los pacientes recibieron un tratamiento postoperatorio convencional con o sin goma de mascar (chicle sin azúcar durante al menos diez minutos, cuatro veces/día en los días 1–5). El objetivo principal fue el estudio de la LOS. Se utilizó una regresión de Cox para calcular los cocientes de riesgos instantáneos (*hazard ratio*, HR) para la LOS. Las diferencias entre grupos respecto a las variables secundarias fueron evaluadas mediante los test de la *t* de Student, χ^2 y de Mann–Whitney, según fuera apropiado.

Resultados: Se incluyeron en el análisis datos de 402 de 412 pacientes, de los cuales 199 (49,5%) fueron asignados al grupo tratado con goma de mascar. El 40% de los pacientes de ambos grupos se sometieron a cirugía laparoscópica, y todos los centros de estudio siguieron un protocolo de rehabilitación multimodal postoperatorio. La mediana (rango intercuartílico, i.q.r.) de la LOS no fue diferente entre los grupos, en ambos de 7 (5–11) días ($P=0,962$), con un HR para la goma de mascar de 0,94 (c.i. del 95% = 0,77–1,15, $P=0,557$). En comparación con el grupo control, los participantes asignados a la goma de mascar tuvieron una peor calidad de vida (EQ-5D-3 L) a las 6 y 12 semanas después de la operación (pero no en el día 4), y más complicaciones grado 3 o superior según la clasificación de Dindo–Demartines–Clavien, así como una mayor mortalidad (6 *versus* 16 y 0 *versus* 11, respectivamente, pero ningún caso fue atribuido a la goma de mascar). No se observaron otras diferencias.

Conclusión: La goma de mascar no influye en la recuperación de la función intestinal o en la LOS.

Mortality of emergency abdominal surgery in high-, middle- and low-income countries

Mortalidad después de cirugía abdominal de urgencias en países con ingresos altos, medios y bajos

GlobalSurg Collaborative

DOI: 10.1002/bjs.10151

Antecedentes: En países con niveles de ingresos altos se recogen los datos de mortalidad quirúrgica de forma rutinaria, mientras que en los países con un nivel de ingresos medio o bajo virtualmente no existen datos locales de resultados de control. Nos propusimos recoger prospectivamente los datos de mortalidad en todo el mundo tras cirugía abdominal de urgencias, comparando los resultados entre países con índice de desarrollo humano (*Human Development Index*, HDI) bajo, medio y alto.

Métodos: Estudio de cohortes multicéntrico y prospectivo. Hospitales autoseleccionados que realizan cirugía de urgencias proporcionaron datos, previamente definidos, de pacientes consecutivos de al menos un periodo de dos semanas entre julio-diciembre 2014. Se analizó la mortalidad postoperatoria mediante una regresión logística multivariable y jerárquica.

Resultados: Se obtuvieron datos de 10 745 pacientes de 357 centros en 58 países; 6538 pertenecientes a un HDI alto, 2889 a un HDI medio y 1318 a un HDI bajo. La mortalidad global fue del 1,6% a las 24 horas (alto 1,1%, medio 1,9%, bajo 3,4%, $P < 0,001$), aumentando al 5,3% a los 30 días (alto 4,5%, medio 6,0%, bajo 8,7%, $P < 0,001$). De los 578 pacientes que fallecieron, 69,9% ($n=404$) lo hicieron entre 24 horas y 30 días después de la cirugía (alto 74,2%, medio 68,8%, bajo 60,5%). Después del ajuste, la mortalidad a los 30 días permaneció más elevada en los países con niveles de ingreso medio (OR 2,78, c.i. 95% 1,84–4,20) y bajo (OR 2,97, 1,84–4,81). La utilización de un listado de verificación de la seguridad en la cirugía (*surgical safety checklist*) fue menor en países con ingresos medios y bajos, pero cuando se utilizó se asoció a una reducción en la mortalidad tanto a las 24 horas como a los 30 días.

Conclusión: La mortalidad es tres veces más elevada en países con bajo HDI en comparación con países con alto HDI, incluso cuando se ajusta por factores pronósticos. Los factores relacionados con la seguridad de los pacientes pueden jugar un papel importante y merecen ser investigados. Este estudio respalda firmemente la mortalidad a los 30 días como un punto de referencia internacional. (ClinicalTrials.gov: NCT02179112).

Comparison of outcomes after endovascular and open repair of abdominal aortic aneurysms in low-risk patients

Comparación de resultados tras reparación endovascular y reparación abierta de aneurismas de aorta abdominal en pacientes de bajo riesgo

J. J. Siracuse, M. L. Schermerhorn, A. J. Meltzer, M. H. Eslami, J. A. Kalish, D. Rybin, G. Doros y A. Farber

DOI: 10.1002/bjs.10139

Antecedentes: Los estudios aleatorizados que evalúan la reparación endovascular de aneurismas de aorta (*endovascular aortic aneurysm repair*, EVAR) han demostrado que ésta tiene mejores resultados perioperatorios que la reparación quirúrgica abierta (*open surgical repair*, OAR). Sin embargo, los resultados en pacientes de bajo riesgo de complicaciones no están claros y muchos cirujanos siguen prefiriendo la OAR en esta cohorte. Nuestro objetivo fue analizar los resultados perioperatorios y a largo plazo de OAR y EVAR en pacientes de bajo riesgo.

Métodos: Se revisó la base de datos del Grupo de Estudio Vascular de New England (*Vascular Study Group of New England*, VSGNE) identificando todas las OAR y EVAR electivas de aorta infra-renal entre 2003 y 2014. Se utilizó el score de Medicare para identificar a los pacientes de bajo riesgo de complicaciones y mortalidad perioperatorias. Se analizaron en esta cohorte los resultados perioperatorios y a largo plazo. Las complicaciones postoperatorias se compararon mediante el test exacto de Fisher. La supervivencia a largo plazo se estudió con el test de log rank y el método de Kaplan Meier. El análisis de diferencias adicionales entre ambos grupos se llevó a cabo mediante análisis multivariable y de puntuación de propensión.

Resultados: Se identificaron 1.070 pacientes tratados con EVAR y 476 con OAR. La edad media fue de $67,3 \pm 5,7$ años y $65,1 \pm 6,3$ ($P < 0,001$), respectivamente. EVAR se asoció con una menor morbilidad perioperatoria (4,3% *versus* 27,8%, $P < 0,001$). No hubo diferencias en la mortalidad a 30 días (0,4% *versus* 0,6%, $P=0,446$). La supervivencia global a 3 años fue similar (93,0% *versus* 92,0%, $P=0,995$). El análisis multivariable no mostró diferencias en estar libre de reintervención (OR 1,69, c.i. 95% 0,73–3,9, $P=0,220$) o en la supervivencia (HR 0,85, c.i. 95% 0,61–1,2, $P=0,353$).

Conclusión: Los pacientes en los que se puede predecir un bajo riesgo de mortalidad perioperatoria tras la reparación de un aneurisma, presentan menos complicaciones perioperatorias tras EVAR que OAR. Sin embargo, las tasas de mortalidad perioperatoria, de reintervenciones y de supervivencia a largo plazo son similares con EVAR y OAR.

Quality of life after open and endovascular repair of abdominal aortic aneurysms

Calidad de vida después de la reparación abierta y endovascular de los aneurismas de aorta abdominal

J. L. de Bruin, R. H. H. Groenwold, A. F. Baas, J. R. Brownrigg, M. Prinssen, D. E. Grobbee y J. D. Blankensteijn, for the DREAM Study Group

DOI: 10.1002/bjs.10130

Antecedentes: La supervivencia a largo plazo después de la reparación abierta o endovascular del aneurisma de la aorta abdominal es similar. Existen pocos datos sobre el efecto de cualquiera de ambos procedimientos a largo plazo en la calidad de vida relacionada con la salud (*Health-Related Quality of Life*, HRQoL) y en el estado de salud (*Health Status*, HS).

Métodos: Los pacientes incluidos en un ensayo clínico multicéntrico aleatorizado (2000–2003) en Europa sobre la reparación abierta frente a la reparación endovascular (EVAR) de aneurisma de la aorta abdominal (AAA) (*The DREAM Trial*) fueron invitados a completar unos cuestionarios sobre el HS y la HRQoL. Las puntuaciones de HRQoL se evaluaron en situación basal a lo largo de trece puntos en el tiempo a partir de entonces, usando herramientas genéricas, *the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey* (SF-36) y EuroQol 5D (EQ-5D). Además, se calcularon las puntuaciones globales sumatorias de los componentes físico (PCS) y mental (MCS). El período de seguimiento fue de 5 años.

Resultados: Treientos treinta y dos de un total de 351 pacientes incluidos en el ensayo devolvieron los cuestionarios de QoL. Más del 70% de los cuestionarios fueron devueltos en cada momento determinado del tiempo. Ambas intervenciones quirúrgicas tuvieron un efecto notable negativo a corto plazo sobre la HRQoL y la HS. Este efecto fue menos grave en el grupo EVAR en comparación con el grupo de reparación abierta. A más largo plazo, las variables físicas del SF-36 favorecieron a la reparación abierta: diferencia media, $-1,84$ (c.i. del 95%, $-3,39$ a $-0,30$). Las puntuaciones en relación a la reparación abierta EuroQol-5D y EQ-5D VAS también fueron superiores para EVAR después del periodo inicial de 6 semanas: diferencia media, $-0,06$; (c.i. del 95%, $-0,10$ a $-0,02$) y $-3,92$ (c.i. del 95%, $-6,74$ a $-1,09$), respectivamente.

Conclusión: En este estudio la reparación endovascular del aneurisma parece estar asociada con una afectación menos grave de la calidad de vida relacionada con la salud y con el estado de salud a corto plazo. Sin embargo, durante el seguimiento a largo plazo hasta 5 años, los pacientes que fueron sometidos a reparación abierta parece que presentaron una mejor calidad de vida y estado de salud.

Design of new patient-reported outcome measures to assess quality of life, symptoms and treatment satisfaction in patients with abdominal aortic aneurysm

Diseño de nuevas medidas de resultados referidos por el paciente para evaluar la calidad de vida, los síntomas y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con aneurisma de aorta abdominal

G. Peach, J. Romaine, A. Wilson, P. J. E. Holt, M. M. Thompson, R. J. Hinchliffe y C. Bradley

DOI: 10.1002/bjs.10181

Antecedentes: No existen medidas de resultados referidos por el paciente específicas para los pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA). El objetivo de este trabajo fue desarrollar tres cuestionarios para valorar la calidad de vida (*quality of life*, QoL), los síntomas y la satisfacción con el tratamiento en pacientes con AAA.

Métodos: Se utilizaron técnicas de entrevista semiestructurada para explorar las experiencias de los pacientes relacionadas con tener un AAA en una serie de grupos orientados y en entrevistas en profundidad. La información obtenida se utilizó para realizar el diseño y seleccionar los ítems de las nuevas herramientas, con una estructura general de los nuevos cuestionarios basada en herramientas desarrolladas previamente para pacientes con diabetes y otras enfermedades.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes (51 varones; 3 mujeres; edad media 71,9 años) a partir de 4 corporaciones del *National Health Service* para participar en grupos orientados o en entrevistas, ya fuera durante el seguimiento o tras el tratamiento de un AAA (mediante cirugía abierta o técnicas endovasculares). El cuestionario de calidad de vida dependiente del aneurisma (*Aneurysm-Dependent Quality of Life Questionnaire*, AneurysmDQoL) es una medida individualizada del impacto del AAA sobre la calidad de vida de los pacientes. Se eligieron específicamente 23 dominios por su relevancia en pacientes con AAA y dos ítems generales para evaluar la calidad de vida global y el impacto del AAA sobre la calidad de vida. El cuestionario de puntuación de síntomas del aneurisma (*The Aneurysm Symptom Rating Questionnaire*, AneurysmSRQ) es una medida de 44 ítems que valora los síntomas físicos y psicológicos referidos por los pacientes con AAA. El cuestionario de satisfacción del tratamiento del aneurisma (*The Aneurysm Treatment Satisfaction Questionnaire*, AneurysmTSQ) contiene 11 ítems, adecuados para los pacientes antes y después de la intervención quirúrgica.

Conclusión: El proceso de desarrollo iterativo presentado aquí ha confirmado que estas tres nuevas herramientas parecen ser adecuadas y con validez de su contenido para los pacientes con AAA. El análisis psicométrico para evaluar la estructura y validez conceptual de las herramientas se presentará por separado.

Quality of life, symptoms and treatment satisfaction in patients with aortic aneurysm using new abdominal aortic aneurysm-specific patient-reported outcome measures

Calidad de vida, síntomas y satisfacción por el tratamiento en los pacientes con aneurisma aórtico utilizando para la evaluación de los resultados las nuevas valoraciones específicas para el AAA, facilitadas por el paciente

G. Peach, J. Romaine, P. J. E. Holt, M. M. Thompson, C. Bradley y R. J. Hinchliffe

DOI: 10.1002/bjs.10182

Antecedentes: Los estudios previos de calidad de vida (*quality of life*, QoL) en pacientes con aneurisma de aorta abdominal (AAA) han utilizado medidas genéricas y el impacto de AAA sigue siendo poco claro. También hay muy pocos datos sobre los síntomas o la satisfacción con el tratamiento de los pacientes con AAA. El objetivo

de este estudio fue presentar los datos preliminares sobre la QoL, los síntomas y la satisfacción por el tratamiento obtenidas a través de la aportación de tres nuevas medidas de resultados facilitados por los pacientes (patient-reported outcome measures, PROMs) y específicas para el AAA.

Métodos: Los pacientes con AAA fueron reclutados de 5 centros del Sistema Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS) para completar 3 nuevos PROMs: el AneurysmDQoL, AneurysmSRQ y AneurysmTSQ. Los pacientes estaban bajo control/vigilancia o habían sido sometidos a una reparación de AAA (abierta o endovascular) durante los 24 meses anteriores. Los datos fueron recogidos inicialmente como parte de un estudio de evaluación de las propiedades psicométricas de las nuevas medidas antes de ser utilizadas en el presente análisis observacional de resultados.

Resultados: Los resultados, aunque en gran parte no significativos, mostraron tendencias interesantes. El impacto de la reparación de AAA en la QoL parecía empeorar progresivamente después de la reparación del aneurisma por vía abierta (*open repair*, OR) y mejorar progresivamente después de la reparación endovascular (*endovascular aneurysm repair*, EVAR). Por el contrario, los síntomas parecían empeorar progresivamente tras la EVAR y mejorar progresivamente después de la OR. La información y la falta de comprensión fueron las principales fuentes de insatisfacción antes de la intervención, mientras que la insatisfacción postoperatoria se relacionó con los síntomas, el seguimiento y la retroalimentación respecto a los resultados del scanner.

Conclusión: Aunque es necesario un conjunto de datos prospectivos más amplio y explorar los resultados más detenidamente con los nuevos PROMs AAA específicos del paciente, los datos de las observaciones presentadas en este trabajo sugieren que puede haber diferencias clínicamente importantes en los síntomas, el impacto sobre la calidad de vida y la satisfacción con el tratamiento asociado a la reparación abierta y endovascular de un aneurisma.

Risk factors for recurrence in patients with papillary thyroid carcinoma undergoing modified radical neck dissection

Factores de riesgo de recidiva en pacientes con carcinoma papilar de tiroides tras disección cervical radical modificada

Y. M. Lee, T. Y. Sung, W. B. Kim, K. W. Chung, J. H. Yoon y S. J. Hong

DOI: 10.1002/bjs.10144

Antecedentes: Este estudio evaluó el impacto de factores relacionados con los ganglios linfáticos sobre el riesgo y la localización de recidiva en pacientes con metástasis ganglionares en el compartimento lateral (por ejemplo, clasificados como pN1b) en el carcinoma papilar de tiroides (*papillary thyroid carcinoma*, PTC).

Métodos: Pacientes en los que se realizó una tiroidectomía total con disección cervical radical modificada unilateral por PTC clásico. Se evaluaron los factores de riesgo de recidiva de acuerdo con el patrón de recidiva.

Resultados: Un total de 324 pacientes fueron incluidos en el estudio. La mediana de seguimiento fue de 63 (rango 14–181) meses. Se diagnosticó recidiva en 47 (14,8%) pacientes. En el análisis multivariado, un diámetro máximo de los ganglios linfáticos metastásicos mayor de 2 cm (cociente de riesgos instantáneos, *hazard ratio*, HR 1,15 (intervalo de confianza [c.i.] del 95% 1,06 a 1,25; $P=0,033$) y un cociente de ganglios linfáticos metastásicos en el compartimento central mayor de 0,42 (HR 3,35 [1,65 a 6,79; $P<0,001$]), fueron factores de riesgo independientes de recidiva local/regional. La edad de 45 años o mayor (HR 5,69 [1,24 a 26,12; $P=0,025$]) y la extensión extranodal de las metástasis (HR 12,71 [1,64 a 98,25; $P=0,015$]) fueron factores de riesgo para metástasis a distancia. En el análisis por subgrupos de la recidiva local, varios factores relacionados con los ganglios linfáticos afectaron al riesgo de recidiva según la localización específica de las metástasis.

Conclusiones: Factores relacionados con los ganglios linfáticos son importantes en relación con el riesgo de recidiva en pacientes con PTC clásica clasificados como pN1b.

Videoscopic ilioinguinal lymphadenectomy for groin lymph node metastases from melanoma

Linfadenectomía inguinal videoscópica para las metástasis de melanoma en los ganglios linfáticos de la ingle

A. Sommariva, S. Pasquali, C. Cona, A. A. Ciccarese, L. Saadeh, L. G. Campana, M. Meroni y C. R. Rossi

DOI: 10.1002/bjs.10140

Antecedentes: La disección ganglionar inguinal en el melanoma está grabada por una elevada morbilidad postoperatoria. La linfadenectomía videoscópica puede disminuir la incidencia de complicaciones, incluyendo la infección, la dehiscencia y el linfedema. El objetivo de este estudio piloto fue analizar la viabilidad de la linfadenectomía ilioinguinal videoscópica en las metástasis ganglionares inguinales del melanoma y los resultados postoperatorios.

Métodos: Se incluyeron pacientes con metástasis ganglionares inguinales, confirmadas por biopsia del ganglio centinela o exploración clínica. La disección inguinal se realizó a través de tres trocares. La disección ilíaca se realizó a través de un acceso preperitoneal. Se recogieron los datos intra y postoperatorios.

Resultados: De los 23 pacientes seleccionados para efectuar 24 procedimientos, fue necesaria la conversión a cirugía convencional en 4 ocasiones. La duración media de la cirugía fue de 270 minutos [rango intercuartílico (*interquartile range*, i.q.r.), 245–300]. En 4 pacientes hubo complicaciones relacionadas con la herida, aunque solo uno precisó una nueva intervención. La mediana de ganglios extirpados fue de 21 (i.q.r., 15–25). Tras una mediana de seguimiento de 18 meses, se observó recidiva ganglionar regional en dos pacientes.

Conclusión: La linfadenectomía ilioinguinal videoscópica para las metástasis ganglionares del melanoma es técnicamente factible, segura y está asociada con una morbilidad y unos resultados oncológicos aceptables.

Management and outcomes of leaks after oesophagectomy

Tratamiento y resultados de las dehiscencias anastomóticas después de esofagectomía

B. Dent, S. M. Griffin, R. Jones, S. Wahed, A. Immanuel y N. Hayes

DOI: 10.1002/bjs.10175

Antecedentes: Las fugas anastomóticas después de una esofagectomía incluyen a la auténtica dehiscencia anastomótica, dehiscencias en la gastrotomía y necrosis de la plastia gástrica. Históricamente, estas complicaciones se han asociado a una elevada mortalidad. Las mejoras recientes en los resultados se han atribuido a una mayor utilización de las prótesis esofágicas en el tratamiento de los pacientes. Este estudio examina los resultados de los pacientes que desarrollaron una fuga anastomótica en un único centro con un elevado volumen de pacientes y en los que no se utilizaron las prótesis como modalidad terapéutica primaria.

Métodos: Se incluyeron a todos los pacientes a los que se les realizó una esofagectomía entre enero 2009 y diciembre 2013. Los pacientes fueron identificados a partir de una base de datos prospectiva.

Resultados: Se realizaron un total de 390 esofagectomías (mediana de edad 65 años (32–81)). En el 96,7% de los casos se realizó una esofagectomía en dos fases. Las tasas de mortalidad global intrahospitalaria y a los 90 días fueron del 2,1% ($n=8$). Un total de 31 pacientes desarrollaron una dehiscencia anastomótica (7,9%) (mediana edad 64,5 años (43–80)), de los cuales 27 (87%) fueron inicialmente tratados de forma no quirúrgica mientras que cuatro (13%) precisaron una toracotomía inmediata. La mediana de la estancia de los pacientes con una dehiscencia anastomótica fue de 41,5 días (rango 15–159). Ninguno de los pacientes falleció.

Conclusión: Las dehiscencias anastomóticas pueden ser tratadas con excelentes resultados sin la utilización de prótesis esofágicas. Estos resultados no apoyan la utilización generalizada de las prótesis endoscópicas.

Prediction of survival in patients with oesophageal or junctional cancer receiving neoadjuvant chemoradiotherapy and surgery

Predicción de la supervivencia en pacientes con cáncer de esófago y de la unión que reciben quimiorradioterapia neoadyuvante y cirugía

J. Shapiro, D. van Klaveren, S. M. Lagarde, E. L. A. Tóxoepus, A. van der Gaast, M. C. C. M. Hulshof, B. P. L. Wijnhoven, M. I. van Berge Henegouwen, E. W. Steyerberg y J. J. B. van Lanschot

DOI: 10.1002/bjs.10142

Antecedentes: El valor de los factores pronósticos convencionales no está claro en la era del tratamiento multimodal del cáncer de esófago. El objetivo de este estudio fue cuantificar el impacto de la quimiorradioterapia neoadyuvante (*neoadjuvant chemoradiotherapy*, nCRT) y la cirugía sobre factores pronósticos bien establecidos y desarrollar y validar un modelo pronóstico.

Métodos: Se incluyeron pacientes tratados con nCRT más cirugía. Se utilizó un modelo multivariable de Cox para identificar factores pronósticos de supervivencia global. Se desarrolló un modelo de predicción para la supervivencia individual utilizando una selección pos pasos hacia atrás (*stepwise backward selection*). El modelo fue validado internamente hasta producir un nomograma para su utilización en la práctica clínica.

Resultados: Se incluyeron 626 pacientes que recibieron nCRT más cirugía. En el modelo multivariable, solo el estadio N clínico previo al tratamiento (estadio cN) y el estadio N patológico después del tratamiento (estadio ypN) fueron factores pronósticos independientes. El modelo pronóstico final incluía el estadio cN, estadio ypT y el estadio ypN y tenía una discriminación moderada (índice c en la validación interna de 0,63).

Conclusión: En los pacientes con cáncer de esófago y de la unión gastroesofágica tratados con nCRT más cirugía, la supervivencia global puede ser estimada mejor utilizando un modelo predictivo basado en el estadio cN, estadio ypT y estadio ypN. La supervivencia prevista de acuerdo a este modelo mostró solo una moderada correlación con la supervivencia observada, subrayando la necesidad de identificar nuevos factores pronósticos para mejorar la predicción de la supervivencia.

Single-stage resection and microwave ablation for bilobar colorectal liver metastases

Resección y ablación por microondas en el tratamiento de las metástasis hepáticas bilobares de cáncer colorrectal

P. Philips, R. T. Groeschl, E. M. Hanna, R. Z. Swan, K. K. Turaga, J. B. Martinie, D. A. Iannitti, C. Schmidt, T. C. Gamblin y R. C. G. Martin

DOI: 10.1002/bjs.10159

Antecedentes: Los pacientes con metástasis bilobares de un cáncer colorrectal sometidos a resección hepática combinada con ablación por microondas (*microwave*, MW) pueden tener una supervivencia global similar a los pacientes que se someten a una hepatectomía en dos tiempos, con una morbilidad menor.

Métodos: Estudio multicéntrico que analizó a los pacientes tratados entre 2003–2012. Se evaluaron la morbilidad (90 días) y la mortalidad en ambos grupos (MW con y sin resección). Las características de cada grupo se compararon mediante la prueba exacta de Fischer y el test de Kruskal–Wallis. La categoría de variable independiente se estableció mediante regresión logística y un modelo de riesgos proporcionales de Cox. Utilizando los datos existentes en la literatura para la resección en dos tiempos, se realizó también una comparación óptima para la morbilidad, la mortalidad y la supervivencia global.

Resultados: Se evaluaron 201 pacientes con metástasis hepáticas bilobares de un cáncer colorrectal tratados con ablación por MW en 4 instituciones con alto volumen. Aunque la edad fue superior en el grupo de MW solo ($n=100$), el resto de características demográficas fueron similares con los obtenidos en el grupo de ablación combinada con resección (*combined resection ablation*, CRA). La carga tumoral fue mayor en el grupo CRA (2,9 *versus* 2,2, $P=ns$). La tasa global de complicaciones (31% *versus* 15%, $P=0,03$) y de complicaciones graves (13,8% *versus* 5%, $P=0,03$) fueron mayores en el grupo de CRA. La mediana de supervivencia

global en el grupo CRA (38,4 *versus* 42 meses, $P = ns$) fue menor, pero la supervivencia libre de enfermedad (10,1 *versus* 9,3 meses, $P = ns$) fue mayor. La morbilidad y la mortalidad obtenida en el grupo CRA fue menor que la descrita en la literatura para la hepatectomía en dos tiempos (*two stage resection*, TSR) con una supervivencia similar.

Conclusión: La combinación de hepatectomía y ablación por microondas en una misma intervención proporciona una supervivencia similar a la hepatectomía en dos tiempos con una menor morbilidad global.

Outcomes with resection and/or radiofrequency ablation for recurrences after liver treatment of colorectal liver metastases

Resultados de la resección y/o ablación por radiofrecuencia de las recidivas después del tratamiento de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal

J. Hof, M. W. J. L. A. E. Wertenbroek, P. M. J. G. Peeters, J. Widder, E. Sieders y K. P. de Jong

DOI: 10.1002/bjs.10162

Antecedentes: La realización de resecciones hepáticas repetidas por metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (*colorectal liver metastases*, CRLM) es posible en un número limitado de pacientes, siendo la ablación por radiofrecuencia (*radiofrequency ablation*, RFA) una alternativa para las CRLM no resecables. El objetivo de este estudio fue analizar las tasas de supervivencia con estas intervenciones.

Métodos: Análisis de la base de datos de los pacientes que se sometieron a una primera intervención y a intervenciones repetidas por CRLM sincrónicas y metacrónicas entre 2000–2013. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y de supervivencia.

Resultados: De un total de 431 pacientes que fueron sometidos a resección o RFA por CRLM, 305 pacientes desarrollaron recidivas, en los que se realizaron 160 intervenciones repetidas (resección y/o RFA o radioterapia ablativa). En total, después de 707 primeras o repetidas intervenciones, 516 (73,0%) presentaron recidivas, de las cuales 276 fueron tratadas de nuevo de forma curativa. En el momento de la primera intervención los factores de riesgo independientes para la muerte fueron la presencia de un tumor primario con ganglios linfáticos positivos (HR 1,40; $P = 0,030$), > 1 CRLM (HR 1,53; $P = 0,007$), niveles de antígeno carcinoembrionario > 200 ng/ml (HR 1,89; $P = 0,020$) y tamaño de la mayor CRLM > 5 cm (HR 1,54; $P = 0,014$). La supervivencia global a los 5 años para la resección hepática y la RFA percutánea como primera intervención fueron 51,9% y 52,9%, con una mediana de supervivencia global de 65,0 (c.i. del 95% = 47,3–82,6) y 62,1 meses (c.i. del 95% = 52,2–72,1), respectivamente.

Conclusión: Este estudio observacional demuestra que en pacientes con CRLM no resecable, la RFA es una alternativa con resultados oncológicos no inferiores. La proporción de pacientes con recidivas no resecables tratados con RFA percutánea aumentó con cada intervención repetida.

Multicentre observational study of outcomes after drainage of acute perianal abscess

Estudio multicéntrico observacional de los resultados del drenaje del absceso perianal

L. Pearce, K. Newton, S. R. Smith, P. Barrow, J. Smith, L. Hancock, C. C. Kirwan y J. Hill, on behalf of the North West Research Collaborative

DOI: 10.1002/bjs.10154

Antecedentes: El tratamiento de los abscesos perianales apenas ha cambiado en los últimos 50 años. Las evidencias en favor del taponamiento de la herida tras el desbridamiento son limitadas y puede exponer a los pacientes a procedimientos dolorosos sin ningún beneficio clínico y con un coste considerablemente aumentado.

Métodos: Se reclutaron los pacientes en 15 centros del Reino Unido entre diciembre de 2013 y octubre de 2014. Los indicadores de resultados incluyeron el número de curas de la herida (cambios del taponamiento), curación, recidiva, retorno al trabajo/actividad normal, fistula perianal postoperatoria y cuestionarios de salud (Euro-QoL 5D). Se valoró el dolor antes, durante y después de cada cura mediante una escala visual analógica (EVA).

Resultados: Se incluyeron 142 pacientes (mediana de edad 39 años, rango 18–86 años). El número medio de curas en las 3 primeras semanas fue 13 (rango 0–21) lo que equivale a un coste anual para el Sistema Nacional de Salud de 6520 000 Euros solo en Inglaterra. El 44% de las heridas estaban curadas 8 semanas después de la operación y el 86% de los pacientes había recuperado una actividad normal. Un 5% de los abscesos había recidivado y un 27% de los pacientes presentó una fistula perianal en los primeros 6 meses después de la operación. Los pacientes refirieron un aumento de 2 a 3 veces en la puntuación del dolor durante y después de las curas.

Conclusión: La recidiva de los abscesos es poco frecuente y una cuarta parte de los pacientes presentan posteriormente una fistula. El taponamiento con gases es doloroso y costoso.

Multicentre study of short-course radiotherapy and transanal endoscopic microsurgery for early rectal cancer

Estudio multicéntrico sobre el manejo del cáncer incipiente de recto con radioterapia de ciclo corto y TEMS

C. J. Smart, S. Korsgen, J. Hill, D. Speake, B. Levy, M. Steward, J. I. Geh, J. Robinson, D. Sebag-Montefiore y S. P. Bach

DOI: 10.1002/bjs.10171

Antecedentes: El tratamiento con preservación de órgano para el cáncer de recto incipiente podría evitar la morbilidad perioperatoria substancial, así como las secuelas funcionales asociadas a la escisión total del mesorecto (*total mesorectal excision*, TME). Se presentan los resultados iniciales del abordaje con preservación de

órgano mediante radioterapia preoperatoria de ciclo corto (*short-course radiotherapy*, SCRT) y microcirugía endoscópica transanal (*transanal endoscopic microsurgery*, TEMS)

Métodos: Entre 2007 y 2013, en 4 centros regionales de referencia, los pacientes con cáncer de recto cT1-2 N0 estadificados por MRI de alta calidad y por ecografía endorectal recibieron SCRT y fueron sometidos a TEMS a las 8–10 semanas. En general, los pacientes habían sido considerados de alto riesgo quirúrgico para cirugía TME (un pequeño número de pacientes rechazaron TME).

Resultados: Tras SCRT y TEMS, se habían logrado resecciones R0 en 60/62 (97%) pacientes. La estadificación anatomopatológica informó de 20 ypT0, 23 ypT1, 18 ypT2 y 1ypT3. El estadio preoperatorio uT se asoció significativamente con la respuesta patológica completa: 13/27 uT1 y 5/29 uT2 ($P=0,01$). Diecinueve pacientes presentaron complicaciones agudas, siendo posteriores al TEMS en 16 casos. No se observaron fístulas y no se realizaron estomas. Durante el seguimiento, se detectaron 4 recidivas locales intraluminales (mediana de seguimiento 13 meses), todas ellas en pacientes estadificados ypT2. La cirugía con TME de rescate, consiguió resecciones R0 en 3 casos y en un caso se colocó un stent debido a las comorbilidades.

Conclusión: La SCRT con TEMS fue efectiva en la mayoría de pacientes considerados de alto riesgo quirúrgico para cirugía con TME o que rechazaron dicho procedimiento.

Outcomes following laparoscopic rectal cancer resection by supervised trainees

Resultados de la resección laparoscópica del cáncer de recto realizada por cirujanos en formación bajo supervisión

A. C. Currie, I. White, G. Malietzis, M. Moorghen, J. T. Jenkins y R. H. Kennedy

DOI: 10.1002/bjs.10193

Antecedentes: Evaluar la aplicabilidad de la cirugía laparoscópica en el tratamiento del cáncer de recto primario en una unidad con cirujanos en formación.

Métodos: Análisis de una cohorte de pacientes consecutivos sometidos a cirugía electiva de cáncer de recto primario a lo largo de un periodo de siete años. Los datos de los pacientes y los detalles de la intervención quirúrgica, así como los resultados clínicos y patológicos a corto plazo fueron recogidos de forma prospectiva y se analizaron por intención de tratar.

Resultados: Se operaron un total de 306 (213 varones (69,6%)) pacientes, con una mediana de edad de 66 (rango intercuartílico, i.q.r.: 58–73) años y una mediana de IMC de 26,6 (i.q.r.: 23,7–29,9) kg/m². La mediana de la altura del tumor desde el margen anal era de 8 (i.q.r. 6–11) cm, con 46 (15,0%) pacientes tratados con quimiorradioterapia neoadyuvante. En siete pacientes (2%) se desestimó la cirugía laparoscópica y se les realizó una resección por vía abierta. Un total de 299 pacientes (97,7%) eran adecuados para cirugía laparoscópica, con ocho de ellos aleatorizados para cirugía abierta como parte de un ensayo clínico en curso. A 291 pacientes (95,1%) se les realizó un procedimiento laparoscópico, con necesidad de convertir a cirugía abierta en un 10,0% (29 pacientes). La cirugía fue parcialmente o completamente realizada por los cirujanos en formación en el 72,4% de los pacientes del *National Health Service* (184/254), mientras que los pacientes privados fueron operados principalmente por los cirujanos consultores. La mediana de la duración de la estancia postoperatoria de todos los pacientes fue de 6 días y las tasas de margen de resección circunferencial positivo del 4,9% (15/306).

Conclusión: Los cirujanos en formación, supervisados, pueden realizar la resección laparoscópica de rutina del cáncer de recto.