

**Pancreatectomía distal laparoscópica.** *Jayaraman S. et al. J Am Coll Surg. 2010;211:503-9.*

Sólo recientemente la cirugía pancreática vía laparoscópica ha ido ganando terreno. La localización retroperitoneal del páncreas, su estrecha relación con estructuras vasculares y los frecuentes cambios inflamatorios periglandulares, han determinado que, en general, las experiencias sean numéricamente bajas.

En este trabajo, los autores del Memorial Sloan-Kettering de Nueva York, presentan su casuística en pancreatectomía distal (PD) entre los años 2003 y 2009. Se consideró PD toda resección a la izquierda de la vena porta, con o sin esplenectomía, aunque se incluyeron para el análisis algunas resecciones más extensas. En las resecciones laparoscópicas el páncreas se seccionó con un stapler vascular con o sin refuerzo con Seamguard® y en los casos abiertos la técnica varió entre los cirujanos y en algunos casos también se efectuó con *stapler*. Se tabularon todos los datos demográficos de la población atendida y las complicaciones fueron identificadas de acuerdo a las definiciones internacionales. Se comparó la evolución de la PD abierta (PDA) con la laparoscópica (PDL). Los casos resueltos con asistencia manual (hand-assisted) fueron incluidos en el grupo laparoscópico

En el período señalado se efectuaron 343 PD. De ellas, 107 (31%) se intentaron vía laparoscópica, con una tasa de conversión del 30%. Se compararon resultados entre grupo abierto, laparoscópico y convertido.

Los resultados mostraron que el grupo de PL era más joven, (60 y 64 años de edad); tuvo menos pérdidas sanguíneas (150 mL y 350 mL) y, si bien el procedimiento laparoscópico fue más prolongado, (194 *versus* 163 minutos) estuvieron menos días hospitalizados (5 y 7 días).

Las tasas globales de complicaciones para PDL fueron menores que en PDA, 27% y 40% respectivamente. Sin embargo, las complicaciones grado 3 o más, fueron similares en ambos grupos y tampoco hubo diferencias en la tasa de fístula pancreática postoperatoria: 15% y 13%. En el último período en aproximadamente un tercio de las PD se dejó drenaje y su presencia no influyó en la incidencia de fístula. Las tasas de fístula fueron similares ya se haya aplicado sutura (16%), stapler (15%) o Seamguard® (15%). Tampoco hubo diferencias entre el grupo abierto y laparoscópico en términos de preservación esplénica, 21% y 14% respectivamente.

Se observó que los pacientes convertidos tenían un Índice de Masa Corporal más alto que los que

se mantuvieron laparoscópicos, y en ellos la tasa de complicaciones grado 3 ó más fueron mayores y presentaron más fístula pancreática que el grupo abierto, 27% y 13%.

Cuando se compararon pacientes de PDL y PDA con similares proporciones de edad, cáncer y tamaño tumoral, se mantuvieron las diferencias de menos hemorragia y estadía más breve a favor del grupo laparoscópico. En esta serie no hubo mortalidad.

Los autores reconocen las bondades de la PDL, aunque no se ha logrado reducir la tasa de fístula pancreática postoperatoria. Consideran que la PDL debiera ser el abordaje de preferencia en lesiones benignas y pacientes no obesos.

*Dr. Ricardo Espinoza G.*  
*Universidad de los Andes*

**Rol de la terapia endoscópica en el tratamiento de la lesión de vía biliar por colecistectomía laparoscópica.** *Fatima J. et al. J Am Coll Surg. 2010;211:495-502.*

Los autores, de la Clínica Mayo, presentan su experiencia en el tratamiento de las lesiones de la vía biliar por colecistectomía laparoscópica (LVB), con el objetivo de definir con más claridad cuál es el rol de la terapia endoscópica. Para ello analizaron todos los pacientes atendidos en Rochester, Minnesota, entre los años 1998 y 2007.

Atendieron 176 pacientes por LVB, de los cuales, finalmente, 159 fueron específicamente clasificados y analizados de acuerdo a lo propuesto por Strasberg. El seguimiento medio fue de 45 meses. La edad promedio de los pacientes era 51 años y el 19% provenía de cirugías efectuadas primariamente en la C. Mayo; los restantes 129 pacientes eran referidos por LVB para su reparación en ese lugar. La tasa de LVB para pacientes colecistectomizados en la Clínica en ese período (n = 5.077) fue de 0,17%.

Los pacientes fueron tratados inicialmente por endoscopia o por cirugía y se comparó la evolución de ambos grupos. Se consideró como resultado excelente la ausencia de síntomas y la existencia de pruebas hepáticas normales; como bueno, cuando había síntomas abdominales no específicos y algún grado de alteración de las pruebas de función hepática. Resultados malos eran aquellos que mostraban dolor abdominal, ictericia o colangitis y exámenes de función hepática marcadamente anormales. Falla quirúrgica se definió como la necesidad de terapia

endoscópica o reintervención quirúrgica y falla endoscópica cuando se requirió subsecuentemente una cirugía.

La LVB fue descubierta en el intraoperatorio en el 25% de los pacientes. La LVB se manifestó como fístula biliar en el 67% de los casos; correspondió a una obstrucción/transección completa en el 17% y se manifestó como una estenosis en el 16% restante. Los pacientes fueron estudiados con colangiografía transhepática en el 31%, con frecuente colocación de un drenaje biliar percutáneo antes del tratamiento definitivo, o fueron estudiados con colangiografía endoscópica. La reparación fue inicialmente quirúrgica en el 37% y endoscópica en los restantes. Casi la mitad de los pacientes tuvo una lesión tipo A y 76 de estos 77 pacientes fueron tratados endoscópicamente, con un 99% de éxito. Hubo amplia variabilidad terapéutica para las lesiones B, C y D. Los casos tipo E1 a E4 de Strasberg fueron tratados mayoritariamente con cirugía, mediante una hepático-yeyunostomía en Y de Roux (HJ) y todos ellos evolucionaron favorablemente. De los E1 a

E4 tratados endoscópicamente (n = 22) finalmente 9 requirieron cirugía. Los 4 pacientes E5 recibieron una HJ.

El seguimiento demostró que el grupo quirúrgico mantuvo una sobrevida libre de estenosis en el 92% a 5 años y el grupo tratado inicialmente con endoscopia tuvo una sobrevida libre de estenosis de un 73% a 5 años. En toda la serie hubo sólo una muerte (0,6%) y correspondió a un paciente sometido a un *stent* endoscópico.

Los autores concluyen que el tratamiento endoscópico es la elección para lesiones tipo A; en el resto de los pacientes el manejo quirúrgico es la modalidad de elección. Los autores enfatizan que en caso de LVB por colecistectomía laparoscópica el manejo debe ser multidisciplinario, con participación de endoscopistas y radiólogos intervencionales y cirujanos hepatobiliares. La endoscopia es crítica para el diagnóstico y como medida temporizadora antes de la cirugía, aunque en casos seleccionados (lesiones tipo D y E1 a E4) puede pasar a ser la terapia definitiva.

*Dr. Ricardo Espinoza G.  
Universidad de los Andes*