The First decade of laparoscopic pancreaticoduodenectomy in the United States: costs and outcomes using the nationwide inpatient sample. Tran TB, Dua MM, Worhunsky DJ, Poultides GA, Norton JA, Visser BC. Surg Endosc. 2015 Aug 15. DOI 10.1007/s00464-015-4444-y [Epub ahead of print].

Introducción: La pancreatoduodenectomía (PD) mínimamente invasiva es un procedimiento de elevada complejidad con resultados a largo plazo aún en validación, por ende persiste como una intervención infrecuente. El objetivo de este estudio es comparar los resultados y costos de la PD laparoscópica (PDL) con la técnica clásica (PDC).

Materiales y Método: Se analizó retrospectivamente la base de datos norteamericana *Nationwide Inpatient Sample* (muestra del 20% de todas las altas hospitalarias en EE. UU.) para PD desde 2000 a 2010. Se analizaron variables demográficas, clínicas y económicas. El análisis estadístico incluyó regresiones logísticas uni y multivariadas. Los centros se clasificaron como hospitales de alto volumen (HAV) si realizaban más de 20 PD (clásica o laparoscópica) anuales.

Resultados: De las 15.574 PD identificadas, 681 casos fueron PDL (4,4%). Comparados con las PDC los pacientes de las PDL fueron de mayor edad (65 vs 67 años; $p = 0,001$) y más frecuentemente intervenidos en HAV (56,6 vs 66,1%; $p < 0,001$). La morbilidad operatoria fue mayor en las PDC (46 vs 39,4%; $p = 0,001$), sin existir diferencia estadística en la mortalidad (5 vs 3,8%, $p = 0,27$). Los costos ajustados a la inflación fueron similares en ambas técnicas (\$87.577 vs \$81.833, $p = 0,199$). Sin embargo, al ajustarlo por HAV se evidenció una menor estadía hospitalaria (9 vs 13 días, $p < 0,001$) y un menor costo hospitalario (\$76,572 vs \$106,367, $p < 0,001$) a favor de la PDL.

Discusión: A diferencia de la pancreatomecтомía corporocaudal laparoscópica, la PD mínimamente invasiva presenta una mayor complejidad y exige una habilidad quirúrgica mayor, por lo cual su incorporación al arsenal terapéutico ha sido cautelosa. Si bien existen reportes en la literatura de una menor cosecha linfonodal y menor tasa de R0 con la técnica laparoscópica, se han publicado experiencias con resultados comparables a la técnica clásica en HAV. Estas variables no han sido evaluadas en el presente estudio. Este análisis presenta distintas limitaciones. Primero, no se puede estimar fielmente relaciones de causalidad con esta metodología; segundo, esta base de datos no incluye parámetros perioperatorios

(pérdida de sangre, tiempo operatorio, complicaciones específicas), finalmente toda base de datos puede presentar errores de registro.

Conclusión: Durante su primera década la PDL ofrece una menor tasa de complicaciones y unos costos hospitalarios comparables a la técnica abierta. En HAV la PDL se asocia además a una menor estadía hospitalaria y menores costos hospitalarios.

Comentario final: La recopilación y el análisis retrospectivo expuesto en el presente artículo son de gran interés, en especial para equipos de cirugía pancreática en centros de referencia nacional. Sin embargo, las conclusiones planteadas deben ser analizadas con detención, puesto que parte del inicio de una nueva técnica quirúrgica, incluye la selección de pacientes y mayores tiempos operatorios, esto último no se incluye en el análisis, lo que aporta un sesgo no menor. Insoslayablemente se requieren estudios prospectivos que analicen de una manera más fidedigna un mayor número de variables para obtener conclusiones más reproducibles.

Dr. Manuel Figueroa G.

Departamento de Cirugía

Hospital Clínico Universidad de Chile.

Una mayor cosecha ganglionar está asociada a una mejor sobrevida en cáncer del recto independiente del tratamiento neoadyuvante: resultados de un estudio de cohorte nacional. Lykke J et al. Dis Colon Rectum 2015;58:823-30.

Antecedentes: Se ha propuesto que la cosecha ganglionar lograda en una resección radical de cáncer del recto está asociada con la sobrevida. Se discute, sin embargo, si una mayor cosecha mejora la sobrevida *per se*, o si tal resultado se debe al efecto conocido como *downstaging*.

Objetivos: El propósito de este estudio fue evaluar las implicancias pronósticas de la cosecha ganglionar en pacientes resecados con intención curativa por un cáncer rectal.

Diseño: Este estudio analiza la información obtenida de una base de datos prospectiva de cáncer colorrectal a nivel nacional.

Pacientes: Se incluyen los 6.793 pacientes con diagnóstico de cáncer del recto registrados en Dinamarca en estadíos I a III según la UICC en el período 2003-2011. El principal *outcome* fue la sobrevida global.

Resultados: El porcentaje de pacientes en estadio III con una cosecha ganglionar menor a 12

y 12 o más fue 28,1% y 40,7% ($p < 0,0001$) en el grupo tratado sin neoadyuvancia vs 26,9% y 38,3% ($p < 0,0001$) en el grupo con neoadyuvancia. La sobrevida global a 5 años en pacientes con un recuento menor a 12 o 12 y más fue 73,1% y 80,6% en los estadios UICC I y II ($p < 0,0001$) vs 57,4% y 53,3% en estadio III ($p < 0,142$) en el grupo con neoadyuvancia, mientras que estas cifras fueron 70,4% y 79,2% en los estadios I y II ($p < 0,0001$) vs 46,6% y 59,1% en los estadios III ($p < 0,0001$) en el grupo sin neoadyuvancia. En el análisis multivariado, el recuento ganglionar se mantiene como

un factor pronóstico, independiente del tratamiento neoadyuvante.

Conclusión: Una mayor cosecha ganglionar está asociada a una mejoría de la sobrevida en el cáncer del recto, efecto que es independiente del tratamiento neoadyuvante recibido. Se observa, además, un efecto de migración de estadios como consecuencia de la terapia neoadyuvante.

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