

2. Hu YY, Ellis RJ, Hewitt DB, Yang AD, Cheung EO, Moskowitz JT, et al. Discrimination, abuse, harassment, and burnout in surgical residency training. *N Engl J Med*. 2019;381:1741-52.
3. Jackson SE, Maslach C, Leiter M. Maslach burnout inventory manual. Menlo Park, CA: Mind Garden. 2016.

Álvaro Navarro-Barrios^{a,*} y María José Cubillana-Martínez^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bServicio de Medicina Familiar y Comunitaria, Área I-Murcia Oeste, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaronavarrobarrios@gmail.com (Á. Navarro-Barrios).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.020>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica: ¿podemos iluminar algunas sombras?

Laparoscopic pancreaticoduodenectomy: May we illuminate some shadows?



Sr. Director:

Hemos leído el reciente artículo de Espín Álvarez et al. «Luces y sombras de la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica»¹ y, en primer lugar, queremos felicitar a los autores no solo por los resultados presentados, sino por todas las reflexiones realizadas en torno a un tema tan sometido a debate como es la incorporación a nuestra práctica clínica de un procedimiento tan exigente como la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) mínimamente invasiva².

En nuestra unidad, a la hora de afrontar este reto, sin olvidar que ha de primar la seguridad de nuestros pacientes³, y siendo conscientes del talón de Aquiles que supone la realización de la anastomosis pancreática, hemos diseñado una estrategia por etapas, que nos permite aprovechar nuestra experiencia laparoscópica en relación con la cirugía hepática y supramesocólica (hepatectomía mayor y de segmentos posteriores, gastrectomía, pancreatectomía córpore-caudal, esplenectomía...) para la primera fase de la DPC (fase laparoscópica), llevando a cabo posteriormente las 3 anastomosis en cirugía abierta a través de una minilaparotomía media supraumbilical. Con este concepto de cirugía híbrida (laparoscópica/laparotómica)⁴ hemos intervenido durante el año 2019 nuestros 10 primeros pacientes, sin mortalidad a 90 días, cuya estancia mediana fue de 6 días (5-10), y con un solo caso de reingreso por fístula grado C (datos no publicados). En

la fase laparotómica realizamos siempre la sección pancreática y la liberación de la lámina retroportal, para un mejor control de las venas de drenaje de la cabeza del páncreas hacia el tronco mesentérico-portal, que en muchas ocasiones son las responsables de la no progresión durante la disección laparoscópica, con necesidad de conversión, tal como ocurrió a los autores en uno de sus pacientes.

De los resultados presentados llama la atención que la mediana de estancia del grupo en que se realizó DPC vía abierta sea casi el doble que para la DPC laparoscópica (15 vs. 8,5 días), siendo la incidencia de complicaciones solo un poco mayor, sin alcanzar significación estadística, en el grupo de pacientes con cirugía abierta. Probablemente, como bien argumentan, ello esté relacionado con la selección de pacientes, estando en el grupo de cirugía abierta enfermos con mayor complejidad técnica o comorbilidades.

Pensamos que las posibilidades de desarrollo de la DPC por vía laparoscópica en nuestras unidades ha de basarse en experiencia previa en cirugía pancreática por vía abierta, cuidadosa selección de pacientes tal y como recogen recientes documentos de consenso^{5,6}, programas de formación específicos orientados a tal procedimiento⁷, y una estrategia de implementación en la que la DPC híbrida, y tal ha sido nuestro enfoque, puede ocupar un atractivo lugar en la curva de aprendizaje⁸. Con esta hoja de ruta, quizás podamos iluminar y hacer desaparecer algunas de las sombras que aún nos atemorizan.

BIBLIOGRAFÍA

1. Espín Álvarez F, García Domingo MI, Cremades Pérez M, Herrero Fonollosa E, Navinés López J, Camps Lasa J, et al. Luces y sombras de la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica. *Cir Esp*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.005>.
2. Fuks D. Minimally invasive pancreatoduodenectomy. *Br J Surg*. 2020;107:630-1. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.11569>.
3. Suárez Muñoz MA. Complicaciones y secuelas de la cirugía pancreática ¿Cómo intentamos prevenirlas? *Cir Andal*. 2019;30:181-5.
4. Roldán de la Rúa JF, Hinojosa Arco LC, Ávila García NS, Ramos Muñoz F, Martos Rojas N, Eslava Cea Y, et al. Duodenopancreatectomía cefálica mediante abordaje híbrido (laparoscópico/laparotómico). *Cir Esp*. 2019;97(Espec Congr 2):6.
5. Edwin B, Sahakyan MA, Abu Hilal M, Besselink MB, Braga M, Fabre JM, et al. Laparoscopic surgery for pancreatic neoplasms: The European association for endoscopic surgery clinical consensus conference. *Surg Endosc*. 2017;31:2023-41. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-017-5414-3>.
6. Asbun HJ, Moekotte AL, Vissers FL, Kunzler F, Cipriani F, Alseidi A, et al. The Miami international evidence-based guidelines on minimally invasive pancreas resection. *Ann Surg*. 2020;271:1-14. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003590>.
7. De Rooij T, van Hilst J, Topal B, Bosscha K, Brinkman DJ, Gerhards MF, et al. Outcomes of a Multicenter Training Program in Laparoscopic Pancreatoduodenectomy (LAELAPS-2). *Ann Surg*. 2019;269:344-50. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000002563>.
8. Pham H, Nahm CB, Hollands M, Pang T, Johnston E, Pleass H, et al. Hybrid laparoscopic pancreaticoduodenectomy: An Australian experience and a proposed process for implementation. *ANZ J Surg*. 2020;90:1422-7. <http://dx.doi.org/10.1111/ans.15802>.

Miguel Ángel Suárez Muñoz*, Jorge Francisco Roldán de la Rúa, Luis Carlos Hinojosa Arco y Yolanda Eslava Cea

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: masuarez59@gmail.com
(M.Á. Suárez Muñoz).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.11.002>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta a la Carta al Director relativa al artículo «Luces y sombras de la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica»



Response to the Letter to the Editor on the article «Highs and lows in laparoscopic pancreaticoduodenectomy»

Sr. Director:

En primer lugar agradecer la oportunidad de contestar la Carta al Director firmada por Suarez Muñoz et al.¹ con el título «Duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica: ¿Podemos iluminar algunas sombras?», en referencia al artículo sobre la duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica².

En segundo lugar, los autores queremos dar las gracias por el interés y los comentarios que en la Carta al Director mencionada han sido aportados por dichos autores. Sin duda esta inquietud respecto a la seguridad en la duodenopan-

createctomía cefálica es compartida entre ambos grupos, y así se refleja en las diferentes experiencias publicadas³. No hace falta volver a destacar la alta complejidad de la cirugía pancreática, en especial la duodenopancreatectomía, que requiere de una implicación especial desde el inicio de los síntomas y el diagnóstico, pasando por el manejo preoperatorio, así como, la detección precoz y anticipación en la aparición de las complicaciones. Todo ello requiere de una exigencia especial de todos los actores que intervienen, en especial los equipos quirúrgicos.

Estamos totalmente de acuerdo en que la experiencia en cirugía hepatobiliopancreática, así como la planificación