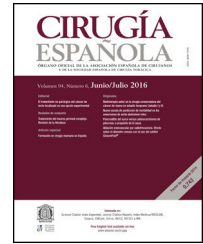




CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Respuesta a «Nuestra experiencia en el manejo diagnóstico-terapéutico a corto plazo del paciente con displasia anal»

Response to «Our experience in short-term diagnostic-therapeutic management of the patient with anal dysplasia»

Sr. Director,

Hemos leído con interés el artículo de Galán Martínez et al.¹ sobre su experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico del paciente con neoplasia intraepitelial anal. Felicitamos a los autores por su experiencia y compromiso con la atención de dicha patología. Sin embargo, nos gustaría añadir algunas consideraciones basadas en nuestra experiencia.

En nuestro centro, el protocolo de pacientes con citología anal es similar al que describen, excluyendo a los pacientes trasplantados y hematológicos. Sin embargo, sí se analizan desde anatomía patológica los serotipos de VPH presentes en todas las citologías.

Se establece que cualquier H-SIL, con independencia de qué genotipo de VPH presente, debe realizarse una anoscopia de alta resolución (AAR). Por otro lado, los pacientes que presentan L-SIL se diferencian en función de los genotipos de VPH que porten. Si solo muestran genotipos de bajo riesgo, el protocolo establecido es repetir la citología en 3-6 meses para ver la evolución. Si presentan cualquier genotipo de alto riesgo (AR), se incluye para AAR. La misma actuación establecemos con los ASCUS. Esto es debido a que la infección por genotipos VPH-AR es la que se asocia a la presencia^{2,3} o progresión de la neoplasia intraepitelial anal (NIA)⁴.

En sus datos analizados¹, donde se biopsiaron 112/115 pacientes y fueron tratados 98/112, se traduce que la biopsia se consideraría prácticamente innecesaria, ya que se procede a tratar a todo paciente que presente una citología alterada. No existen claras recomendaciones de tratamiento a las NIA⁵, de hecho no se considera necesario tratarlas porque muchas de ellas regresan. Lo que se aconseja es a los 6-12 meses nueva AAR con biopsia del área previamente afectada para evaluar la progresión⁶.

Coincidimos en el tratamiento establecido con ácido tricloroacético (ATA) al 80%; sin embargo, diferimos en la

posología a realizar. En nuestro caso, el tratamiento lo aplicamos inicialmente en una sola sesión, guiados por la AAR y mediante un hisopo aplicado 30 segundos sobre el cuadrante afecto, consiguiendo unos resultados similares a los expuesto por Cranston et al.⁷. Consideramos que debe aplicarse de forma selectiva sobre los cuadrantes donde se tomó la biopsia y no con una torunda introducida en toda la circunferencia del ano, ya que en ese sentido se pueden aumentar efectos deletéreos para el paciente, no actuando específicamente sobre la zona alterada⁷. La comprobación posterior de la eficacia del tratamiento la evaluamos con AAR y la eventual toma de biopsia, ya que la citología podría constituir un falso negativo.

En resumen, tal y como reflejan Galán Martínez et al.¹, el cribado de la displasia anal es complejo, ya que constituye un dilema el no actuar sobre unas lesiones tratables que potencialmente progresan a carcinoma anal⁸, siendo necesarios más estudios con seguimientos a largo plazo para consensuar el manejo diagnóstico-terapéutico correcto en nuestra población, para poder así unificar criterios y establecer protocolos.

BIBLIOGRAFÍA

- Galán Martínez C, Hernández Casanovas MP, Sala Vilaplana L, Sánchez López A, Martínez Sánchez MC, Bollo Rodríguez J, et al. Our experience in the short-term diagnostic-therapeutic management of the patient with anal dysplasia. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2023;101:180-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2022.09.025>. PMID: 36152962.
- González C, Torres M, Benito A, del Romero J, Rodríguez C, Fondillón M, et al., CoRIS-HPV Study Group. Anal squamous intraepithelial lesions are frequent among young HIV-infected men who have sex with men followed up at the Spanish AIDS Research Network Cohort (CoRIS-HPV). *Int J*

- Cancer. 2013;133:1164–72. <http://dx.doi.org/10.1002/ijc.28102>. PMID: 23404769.
3. Palefsky JM, Holly EA, Efird JT, da Costa M, Jay N, Berry J, et al. Anal intraepithelial neoplasia in the highly active antiretroviral therapy era among HIV-positive men who have sex with men. *AIDS*. 2005;19:1407–14. <http://dx.doi.org/10.1097/01.aids.0000181012.62385.4a>. PMID: 16103772.
 4. De Pokomandy A, Rouleau D, Ghattas G, Vézina S, Côté P, Macleod J, et al., HIPVIRG Study Group. Prevalence, clearance, and incidence of anal human papillomavirus infection in HIV-infected men: The HIPVIRG cohort study. *J Infect Dis*. 2009;199:965–73. <http://dx.doi.org/10.1086/597207>. PMID: 19239366.
 5. Sendagorta E, Herranz P, Guadalajara H, Zamora FX. Detección precoz de la neoplasia intraepitelial anal en pacientes de alto riesgo. *Actas Dermosifiliogr*. 2011;102:757–65. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2011.01.005>. PMID: 21764027.
 6. Fernández Serrano JL, Castro Santiago MJ, Fernández Morillo A, Bazan Hinojo C, Casado Maestre MD, Sánchez Ramírez M, et al. Lesiones intraepiteliales anales: opciones de ‘screening’ y tratamiento. *Cir Andal*. 2013;24:12–7.
 7. Cranston RD, Baker JR, Liu Y, Wang L, Elishaev E, Ho KS. Topical application of trichloroacetic acid is efficacious for the treatment of internal anal high-grade squamous intraepithelial lesions in HIV-positive men. *Sex Transm Dis*. 2014;41:420–6. <http://dx.doi.org/10.1097/OLQ.0000000000000145>. PMID: 24922100.
 8. Palefsky JM, Lee JY, Jay N, Goldstone SE, Darragh TM, Dunlevy HA, et al., ANCHOR Investigators Group. Treatment of anal high-grade squamous intraepithelial lesions to prevent anal cancer. *N Engl J Med*. 2022;386:2273–82. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa221048>. PMID: 35704479; PMCID: PMC9717677.
- Javier Gómez Sánchez*, Marisol Zurita Saavedra, Rocio Forneiro Pérez y Benito Mirón Pozo
- Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: javiergomezsanchez.jg@gmail.com (J. Gómez Sánchez).
- <https://doi.org/10.1016/j.cireng.2023.09.004>
0009-739X/
© 2023 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Laparoscopic and robotic distal pancreatectomy: Outcomes and the need for patient-centred evaluation



Pancreatectomía distal laparoscópica y robótica: resultados y necesidad de una evaluación centrada en el paciente

To the Editor,

Recently, we read with great interest the work by Alvarez et al., “Laparoscopic and robotic distal pancreatectomy: the choice and the future”. We congratulate the authors for conducting a prospective study at tertiary hospitals, which analysed the results of distal pancreatectomies with laparoscopic and robotic approaches and presented the outcomes and complications of these procedures, helping us understand the safety and efficacy of each. Information pertaining to the conversion of surgery, from robotic to laparoscopic or from laparoscopy to laparotomy, has also been elucidated. The similarity of the patients involved in the study in both groups in terms of their age, sex, BMI and ASA physical status classification reduces bias, at the same time enhancing the reliability and generalisability of the study.¹

Though postoperative pancreatic fistula was assessed as a complication in this study, new-onset diabetes (which has incidence rates varying up to 50 percent after distal pancreatectomy) can be assessed by comparing long-term outcomes in future studies.^{2,3} Though the study’s primary focus was on clinical outcomes, a more comprehensive understanding of

the patients’ total well-being would have been possible by assessing subjective patient-oriented outcomes, such as postoperative pain level, which gives us insight to how the patient feels after DP. Any surgical intervention’s overall success depends on a number of important factors, including functional recovery, dietary modifications, and long-term effects on the patient’s daily activities and lifestyle choices. A more patient-centred view of efficacy can be provided by using patient-reported outcome measures, such as satisfaction levels and functional recovery. Lack of data pertaining to other short-term outcomes, including ileus, respiratory failure, pulmonary embolism, acute coronary syndrome, stroke, acute renal failure, urinary tract infection and sepsis, is yet another shortcoming.⁴

RDP, in comparison to traditional DP techniques for treating disorders of the pancreas body and tail, appears to have clinical and oncological advantages. However, it may involve a lengthier operation and learning curve according to a meta-analysis, in contrast to the shorter learning curve mentioned by Alvarez et al.⁵ It is noteworthy that the study’s stated non-significant difference in the length of the two