

2. Quenet F, Elias D, Roca L, Goere D, Ghouti L, Pocard M, et al. A UNICANCER phase III trial of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for colorectal peritoneal carcinomatosis (PC): PRODIGE 7. ASCO Annual Meeting. Junio de 2018. Chicago, IL.
3. Evgard S. Autopsy of an expert consensus: End of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in colorectal carcinomatosis. *Eur J Surg Oncol.* 2018;44:1845–6.
4. Gómez Portilla A. Autopsy of an expert consensus: End of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in colorectal carcinomatosis. Editorial. *Eur J Surg Oncol.* 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2019.02.028> [En prensa].
5. Ihemelandu CH, Sugarbaker PH. Management for peritoneal metastasis of colonic origin: Role of cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy: A single institution's experience during two decades. *Ann Surg Oncol.* 2017;24:898–905.
6. Desolneux G, Maziere C, Vara J, Brouste V, Fonck M, Bechade D, et al. Cytoreductive surgery of colorectal peritoneal metastases: Outcomes after complete cytoreductive surgery and systemic chemotherapy only. *PLoS One.* 2015;10. e816 0122.
7. Elias D, Lefevre JH, Chevalier J, Brouquet A, Marchal F, Classe JM, et al. Complete cytoreductive surgery plus intraperitoneal

chemohyperthermia with oxaliplatin for peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *J Clin Oncol.* 2009;27:681–5.

Alberto Gómez Portilla

Sección de Cirugía, Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario de Araba (HUA), Sede Hospital Santiago, Vitoria, España
 Universidad del País Vasco (UPV), Vitoria, España
 Programa de Carcinomatosis Peritoneal, Hospital San José Vithas, Vitoria, España

Correo electrónico: agomezpor@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.008>
 0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Puntualizaciones a los proyectos de estandarización del tratamiento del cáncer de la unión esofagogástrica: centralización, registros y formación



Standardizing the treatment of esophagogastric junction tumors: Centralization, registries and surgical training

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado por los autores Osorio et al.¹. Felicitamos a los autores por la revisión, pero queríamos hacer algunas consideraciones.

Estamos de acuerdo que la centralización de determinados procedimientos complejos podría mejorar los resultados. Sin embargo, como señalan los autores, al elegir los centros además del volumen, se deberían cumplir otros requisitos de estructura y resultados². Creemos que los ítems básicos de centralización deberían ser los resultados de morbilidad a 90 días y la supervivencia a 3 o 5 años, auditados externamente por autoridades imparciales y sin conflictos de intereses como la Administración Sanitaria. Sin embargo, no se conocen estos resultados de ningún servicio y, por tanto, se prescinde de los principios básicos de calidad³. Los centros hospitalarios deben reunir una estructura que permita el acceso permanente a radiología intervencionista y endosco-

pia, unidades de cuidados críticos y, desde luego, a cirujanos capacitados. Solo así disminuirá el *Failure to Rescue*. Si no sabemos cuáles son los resultados reales, no hay un *Textbook Outcome*⁴.

Nadie cuestiona la necesidad de los comités oncológicos multidisciplinares. Pero estos deberán basarse en la evidencia científica y en protocolos demostrados, no ser un «comité de expertos». Las prácticas fuera de la evidencia deben integrarse en ensayos clínicos aleatorizados. El volumen sin resultados y estructura, no tiene ningún interés.

La auditoría debe ser permanente para que los resultados mejoren o cuando menos, se mantengan.

No se puede hablar de *benchmarks* en resultados —con frecuencia publicados— ni *benchmarking* de servicios, que no tengan auditorías imparciales.

Rellenar los registros de complicaciones de los pacientes y comunicarlos, no implica la objetividad de los resultados⁵. Registros oncológicos nacionales o multirregionales sí, pero

validando su fiabilidad⁶. No parece coherente que la auditoría, para comprobar la veracidad de los datos del registro, lo lleven a cabo profesionales relacionados con el mismo. Los registros deben tener 2 fuentes, el propio servicio de cirugía y los auditores que deben ser cotejadas y resueltas las discrepancias. Complicación postoperatoria es cualquier evento negativo⁷. Toda la morbilidad debe ser anotada en formularios específicos en la historia clínica. En el registro se deben utilizar simultáneamente formularios de morbilidad, y las notas de evolución médicas y de enfermería, en particular estas últimas. Las sociedades quirúrgicas insisten en publicar listados interminables de complicaciones que no son válidos para comparar⁸. Además, estos listados no incluyen complicaciones leves, que también afecta a la calidad de vida del paciente, a los resultados clínicos y a los costes económicos^{9,10}. Creemos que todas las complicaciones deberían ser recogidas, clasificadas según la Clasificación de Clavien Dindo⁷ y calcular scores como el Comprehensive Complication Index¹¹, para poder comparar los resultados^{9,10}. Obviamente, resultados importantes y específicos de cada intervención como el porcentaje de fistulas, su localización y las reintervenciones deberían ser también utilizados³. Además, si comparamos resultados, se debe tener en cuenta la complejidad del paciente con escalas como la de Charlson¹², de otro modo, nos podría llevar a rechazar a pacientes con graves comorbilidades y expuestos a peores resultados.

Los resultados oncológicos a largo plazo son más complejos de seguir, pero necesarios. Son los únicos que van a resumir la atención global y multidisciplinar recibida por el paciente en todo su proceso. En este caso es posible que la infraestructura necesaria para su análisis sea algo más costosa.

Nos sorprende el elevado número de gastrectomías mínimamente invasivas (GMI) del grupo EURECCA español: 37%. Creemos que el uso en occidente de la GMI está muy por encima de lo que los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) efectuados por grupos experimentados hasta ahora permiten: el cáncer gástrico precoz distal (CGPD)^{13,14}, aunque en cáncer gástrico avanzado (CGA) ha demostrado algún beneficio¹⁵ en grupos muy experimentados. Hay que tener en cuenta que, para participar en estos ensayos, se piden, por ejemplo, experiencia del cirujano de más de 50 GMI y 50 laparotómicas con linfadenectomía D2, al menos 300 gastrectomías/año en la institución y determinar la cualificación de los cirujanos con videos de las cirugías¹⁶. Estas cifras se apartan de la casuística y experiencia en España y Europa.

Están en ejecución ECA en CGPD a largo plazo¹⁷ y en CGAD a corto plazo¹⁸⁻²⁰ y a largo plazo^{21,22}. Hay resultados a corto plazo en CGP de GMI totales²³, pero no a largo plazo.

Hasta ahora la GMI se debería reservar para el CGPD, o los ECA. La GMI total no se debería practicar fuera de los ECA. La GMI admitidas, se reservarían para cirujanos con experiencia y centros con volumen²⁴.

La formación la deben liderar quienes hayan demostrado por auditoría los mejores resultados a 90 días y oncológicos a largo plazo.

Por desgracia no hay evidencia real de resultados auditados por servicios a nivel nacional o mundial. A partir de eso, todo son conjeturas. En una sociedad que defiende y precisa la transparencia y la calidad, no podemos defender la acreditación de unidades y la centralización de procesos complejos

sin auditar previamente, y de un modo prospectivo e imparcial los resultados a corto y largo plazo. Solo así podremos mejorar y determinar los servicios *benchmarking*. El análisis de coste-eficiencia debería venir después. La inversión en auditorías es despreciable frente a los beneficios en salud y económicos. El mayor problema será mitigar el temor de los servicios de cirugía. La Administración Sanitaria debería liderar y auditar estos resultados, puesto que junto a los pacientes serán los verdaderos beneficiarios de esta política sanitaria.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ninguna financiación.

BIBLIOGRAFÍA

- Osorio J, Rodríguez-Santiago J, Roig J, Pera M. Proyectos de estandarización del tratamiento del cáncer de la unión esofagogástrica: centralización, registros y formación. *Cir Esp*. 2019;97:470-6.
- Vonlanthen R, Lodge P, Barkun JS, Farges O, Rogiers X, Soreide K, et al. Toward a Consensus on Centralization in Surgery. *Ann Surg*. 2018;268:712-24.
- de la Plaza Llamas R, Ramia JM. Postoperative complications in gastrointestinal surgery: A "hidden" basic quality indicator. *World J Gastroenterol*. 2019;25:2833-8.
- Busweiler LAD, Schouwenburg MG, van Berge Henegouwen MI, Kolfschoten NE, de Jong PC, Rozema T, et al. Textbook outcome as a composite measure in oesophagogastric cancer surgery. *Br J Surg*. 2017;104:742-50.
- de la Plaza Llamas R, Ramia Ángel J, García Gil J, Arteaga Peralta V, García Amador C, López Marcano A, et al. Registro prospectivo de todas las complicaciones postoperatorias en un servicio de cirugía general ¿Cómo hacerlo? *Cir Esp*. 2018;96:S7.
- Linder G, Lindblad M, Djerf P, Elbe P, Johansson J, Lundell L, et al. Validation of data quality in the Swedish National Register for Oesophageal and Gastric Cancer. *Br J Surg*. 2016;103:1326-35.
- Dindo D, Demartines N, Clavien PA. Classification of Surgical Complications. *Ann Surg*. 2004;240:205-13.
- Baiocchi GL, Giacobuzzi S, Marrelli D, Reim D, Piessen G, Matos da Costa P, et al. International consensus on a complications list after gastrectomy for cancer. *Gastric Cancer*. 2019;22:172-89.
- de la Plaza Llamas R, Ramia Ángel JM, Bellón JM, Arteaga Peralta V, García Amador C, López Marcano AJ, et al. Clinical Validation of the Comprehensive Complication Index as a Measure of Postoperative Morbidity at a Surgical Department: A Prospective Study. *Ann Surg*. 2018;268:838-44.
- de la Plaza Llamas R, Hidalgo Vega Á, Latorre Fragua RA, López Marcano AJ, Medina Velasco AA, Díaz Candelas DA, et al. The Cost of Postoperative Complications and Economic Validation of the Comprehensive Complication Index. *Ann Surg*. 2019. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003308>.
- Slinkamenac K, Graf R, Barkun J, Puhon MA, Clavien P-A. The comprehensive complication index: A novel continuous scale to measure surgical morbidity. *Ann Surg*. 2013;258:1-7.
- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *J Chronic Dis*. 1987;40:373-83.

13. Kim W, Kim HH, Han SU, Kim MC, Hyung WJ, Ryu SW, et al. Decreased Morbidity of Laparoscopic Distal Gastrectomy Compared With Open Distal Gastrectomy for Stage I Gastric Cancer: Short-term Outcomes From a Multicenter Randomized Controlled Trial (KLASS-01). *Ann Surg.* 2016;263:28-35.
14. Katai H, Mizusawa J, Katayama H, Takagi M, Yoshikawa T, Fukagawa T, et al. Short-term surgical outcomes from a phase III study of laparoscopy-assisted versus open distal gastrectomy with nodal dissection for clinical stage IA/IB gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0912. *Gastric Cancer.* 2017;20:699-708.
15. Lee HJ, Hyung WJ, Yang HK, Han SU, Park YK, An JY, et al. Short-term Outcomes of a Multicenter Randomized Controlled Trial Comparing Laparoscopic Distal Gastrectomy With D2 Lymphadenectomy to Open Distal Gastrectomy for Locally Advanced Gastric Cancer (KLASS-02-RCT). *Ann Surg.* 2019. <http://dx.doi.org/10.1097/SLA.0000000000003217>.
16. Hu Y, Huang C, Sun Y, Su X, Cao H, Hu J, et al. Morbidity and Mortality of Laparoscopic Versus Open D2 Distal Gastrectomy for Advanced Gastric Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol.* 2016;34:1350-7.
17. Kim HH, Han SU, Kim MC, Kim W, Lee HJ, Ryu SW, et al., Korean Laparoendoscopic Gastrointestinal Surgery Study (KLASS) Group. Effect of Laparoscopic Distal Gastrectomy vs Open Distal Gastrectomy on Long-term Survival Among Patients With Stage I Gastric Cancer: The KLASS-01 Randomized Clinical Trial. *JAMA Oncol.* 2019. <http://dx.doi.org/10.1001/jamaoncol.2018.6727>.
18. Straatman J, van der Wielen N, Cuesta MA, Gisbertz SS, Hartemink KJ, Alonso Poza A, et al. Surgical techniques, open versus minimally invasive gastrectomy after chemotherapy (STOMACH trial): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials.* 2015;16:123.
19. Haverkamp L, Brenkman HJF, Seesing MFJ, Gisbertz SS, van Berge Henegouwen MI, Luyer MDP, et al. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer, a multicenter prospectively randomized controlled trial (LOGICA-trial). *BMC Cancer.* 2015;15:556.
20. Luo J, Zhu Y, Liu H, Hu YF, Li TJ, Lin T, et al. Morbidity and mortality of elderly patients with advanced gastric cancer after laparoscopy-assisted or open distal gastrectomy: A randomized-controlled trial. *Gastroenterol Rep.* 2018;6:317-9.
21. Yoshikawa T, Fukunaga T, Taguri M, Kunisaki C, Sakuramoto S, Ito S, et al. Laparoscopic or open distal gastrectomy after neoadjuvant chemotherapy for operable gastric cancer, a randomized Phase II trial (LANDSCOPE trial). *Jpn J Clin Oncol.* 2012;42:654-7.
22. Hur H, Lee HY, Lee HJ, Kim MC, Hyung WJ, Park YK, et al. Efficacy of laparoscopic subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy for locally advanced gastric cancer: The protocol of the KLASS-02 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer.* 2015;15:355.
23. He H, Li H, Su X, Li Z, Yu P, Huang H, et al. Study on safety of laparoscopic total gastrectomy for clinical stage I gastric cancer: the protocol of the CLASS02-01 multicenter randomized controlled clinical trial. *BMC Cancer.* 2018;18:944.
24. Zhang C-D, Yamashita H, Zhang S, Seto Y. Reevaluation of laparoscopic versus open distal gastrectomy for early gastric cancer in Asia: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Surg.* 2018;56:31-43.

Roberto de la Plaza Llamas*, José Manuel García Gil y José Manuel Ramia Ángel

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rdplazal@sescam.jccm.es (R. de la Plaza Llamas).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.06.007>
0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Técnica de rendez-vous: una alternativa cada vez más válida en el tratamiento de la coledocolitiasis ☆



The rendezvous technique: An increasingly more acceptable option for choledocholithiasis treatment

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Parra-Membrives et al.¹ sobre la recurrencia de coledocolitiasis tras exploración laparoscópica de la vía biliar principal. Felicitamos a los

autores por su extensa revisión y excelente trayectoria en el abordaje laparoscópico de la coledocolitiasis.

Como explican en su texto, el abordaje de la coledocolitiasis se realiza en su mayoría mediante 2 tiempos a través de la CPRE y posterior colecistectomía o abordaje laparoscópico en

Véase contenido relacionado en DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.02.012>

☆ Parte del contenido de este trabajo fue presentado en el XXXII Congreso Nacional de Cirugía 2018.