



## Cartas al Director

# Controversias en la cirugía del cáncer de páncreas

## Controversies in pancreatic cancer surgery

Sr. Director:

Hay que felicitar a Fabregat et al por su trabajo sobre el adenocarcinoma pancreático<sup>1</sup>, siendo un centro de referencia nacional. Nos gustaría plantear algunas cuestiones:

La irreseccabilidad ante invasión arterial, ¿es por criterio técnico u oncológico? Si la resección ante invasión portomesentérica o arterial esplénica está aceptada, el oncológico no será el argumento. Los autores definen invasión arterial como la presencia de contacto directo entre tumor y vaso arterial. Frecuentemente la sospecha de invasión arterial se desmiente en la histología<sup>2-4</sup> ¿Cuál es el criterio de no resección, la invasión arterial o su posible atrapamiento?

¿Linfadenectomía curativa o pronóstica? Los autores practican una linfadenectomía radical (según Yeo et al<sup>5</sup>), y sugieren que aumentando las adenopatías resecaadas aumentará la supervivencia, pero no resecan cuando el estudio intraoperatorio de adenopatías preaortocava resulta positivo. La resección es mejor paliación que la derivación<sup>6</sup>; la contraindicación de resección ante adenopatías preaortocava positivas es controvertida, entonces ¿por qué no resecar nunca?

En sus conclusiones hacen hincapié en la conveniencia de alcanzar 20 o más resecciones por año para ser considerado centro capacitado. Su serie es de 12, con resultados excelentes. En un estudio multicéntrico de 25 grupos reputados ningún centro participante alcanzó más de 20 resecciones/año, 5 realizaron más de 5, y 20 cinco o menos<sup>7</sup>. Según Brennan el 93% de los hospitales americanos tendrían que dejar de operar estos pacientes<sup>8</sup> si se cumpliera el dintel impuesto.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Fabregat J, Busquets J, Peláez N, Jorba R, García-Borobia F, Masuet C, et al. Tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma pancreático mediante duodenopancreatectomía cefálica

(parte 2). Seguimiento a largo plazo tras 204 casos. *Cir Esp.* 2010;88:374-82.

2. Morera Ocón FJ, Cárcel Cárcel I, Ballestín Vicente J, Iranzo González-Cruz V. Some reflexions on the modified Appleby procedure. *JOP. J Pancreas* (versión online). 2009;10:674-8.
3. Adham M, Mirza DF, Chapuis F, Mayer AD, Bramhall SR, Coldham C, et al. Results of vascular resections during pancreatectomy from two European centres: an analysis of survival and disease-free survival explicative factors. *HPD.* 2006;8:465-73.
4. Yekebas EF, Bogoevski D, Cataldegirmen G, Kunze C, Marx A, Vashist YK, et al. En bloc vascular resection for locally advanced pancreatic malignancies infiltrating major blood vessels: perioperative outcome and long-term survival in 136 patients. *Ann Surg.* 2008;247:300-9.
5. Yeo CJ, Cameron JL, Sohn TA, Coleman JA, Sauter PK, Hruban RH, et al. Pancreaticoduodenectomy with or without extended retroperitoneal lymphadenectomy for periaampullary adenocarcinoma. *Ann Surg.* 1999;229:613-24.
6. Wagner M, Redaelli C, Lietz M, Seiler CA, Friess H, Büchler MW. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma. *Br J Surg.* 2004;91:586-94.
7. Muscari F, Suc B, Kirzin S, Hay JM, Fourtanier G, Fingerhut A, et al. Risk factors for mortality and intraabdominal complications after pancreatoduodenectomy: multivariate analysis in 300 patients. *Surgery.* 2005;139:591-8.
8. Brennan MF. Quality pancreatic cancer care: It's still about volumen. *JNCI.* 2009;101:837-8.

Francisco J. Morera-Ocón

Servicio de Cirugía General, Hospital de Requena, Valencia, España  
Correo electrónico: [fmoreraocon@aecirujanos.es](mailto:fmoreraocon@aecirujanos.es)

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.028