

- Highs and lows in laparoscopic pancreaticoduodenectomy. *Cirugía Española* (Engl Ed). 2021;99:593-601. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cireng.2021.08.001>.
2. Pang L, Kong J, Wang Y, Zhang Y. Laparoscopic versus open pylorus-preserving pancreaticoduodenectomy. The first meta-analysis of retrospective matched cases. *Acta Cirurgica Brasileira* [Internet]. FapUNIFESP (SciELO). 2018;33:40-8. <http://dx.doi.org/10.1590/s0102-865020180010000005>.
  3. Anand P, Kranker K, Chen AY. Estimating the hospital costs of inpatient harms. *Health Serv Res*. 2018;54:86-96. <http://dx.doi.org/10.1111/1475-6773.13066>.
  4. Stauffer JA, Coppola A, Villacreses D, Mody K, Johnson E, Li Z, et al. Laparoscopic versus open pancreaticoduodenectomy for pancreatic adenocarcinoma: long-term results at a single institution. *Surg Endosc*. 2016;31:2233-41. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-016-5222-1>.
  5. Aragón Quintana C, Guevara López JA, Casas García JC, Castillo Frausto A. Experiencia de manejo de cáncer pancreático con Whipple laparoscópico en el Hospital General y Central de Chihuahua. *Cirujano General*. 2017;39:152-6. <http://dx.doi.org/10.35366/77028>.

Lady Lorena Betancourt-Arias \*,  
Angello Andree Christian-Ramirez ,  
Carlos Andres Gomez Arias y Gisel Alexandra Arteaga Meza

Universidad de Caldas, Facultad de Ciencias para la Salud,  
Manizales, Colombia

\*Corresponding author.

E-mail address: [lorena.medicina.bear@gmail.com](mailto:lorena.medicina.bear@gmail.com)  
(L.L. Betancourt-Arias).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.12.005>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Respuesta a «Estudios preoperatorios coincidentes para el diagnóstico de hiperparatiroidismo primario por adenoma simple: ¿podemos evitar la PTH intraoperatoria?»



## Response to “Preoperative matching studies in the diagnosis of parathyroid adenoma for primary hyperparathyroidism: Can we avoid intraoperative PTH monitoring?”

Sr Director:

Hemos leído con interés el artículo de Laxague et al.<sup>1</sup> sobre sus resultados en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario (HPP). Nos gustaría sumar la experiencia en nuestro centro, y compararla con sus resultados.

Nuestra serie consta de 273 pacientes, intervenidos de HPP causado por afectación glandular única desde enero de 2006 hasta mayo de 2021. La edad media de los pacientes fue de 59,3 años, siendo el 72% mujeres. El calcio sérico medio fue de 11 mg/dL (rango 8,8-15,7 mg/dL), y la hormona paratiroidea (PTH) media de 158,9 pg/ml. En cuanto a la medición intraoperatoria de la PTH (PTHio), se objetivó el descenso en el 94,5% de los casos tras la exéresis de la glándula considerada patológica.

En los casos en los que no hubo descenso (5,5%), en 7 fueron considerados HPP persistente. En ellos observamos que, además de no conseguir el descenso de la PTHio, en la

localización preoperatoria había una discordancia entre gammagrafía y ecografía del 62,5%. El HPP persistente se debió a adenomas en glándulas ectópicas en 3 casos, en 3 por ser enfermedad multiglandular y en un caso no se evidenció otra glándula patológica y se optó por tratamiento médico con cinacalcet. Por otro lado, en el resto de los casos en los que no hubo descenso de PTHio, durante el seguimiento se objetivó descenso del calcio y de la PTH, sin precisar una segunda cirugía.

Aunque nuestro porcentaje de no descenso de PTHio sea del 5,5%, encontramos que la tasa de curación es del 97,5%. En el trabajo de Laxague et al, este porcentaje es del 4,2%, con una curación del 99%. Ante los resultados de ambas series, se apoya la idea de que, en los casos en que se sospeche un adenoma único, se podría dejar de realizar de forma sistemática la medición de PTHio, como recomienda la Sociedad Europea de Cirujanos Endocrinos<sup>2</sup>. En estos casos, en los que hay concordancia en pruebas de imagen, la prevalencia de enfermedad multiglandular oscila entre el 1

y el 3,5%<sup>3</sup>, por lo que consideramos que el beneficio de la PTHio es muy reducido.

En conclusión, según nuestros datos no es necesaria la determinación sistemática de la PTHio en pacientes con HPP localizado. Animamos a otros grupos a publicar su experiencia tanto con los resultados de la medición de la PTHio como si han dejado de hacerlo de forma sistemática.

### Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Laxague F, Angeramo CA, Armella ED, Valinoti AC, Mezzadri NA, Fernández Vila JM. Preoperative matching studies in the diagnosis of parathyroid adenoma for primary hyperparathyroidism: Can we avoid intraoperative PTH monitoring? *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021 Oct;99:572-7.
2. Harrison BJ, Triponez F. Intraoperative adjuncts in surgery for primary hyperparathyroidism. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394:799-809.
3. Barczyński M, Gołkowski F, Nawrot I. The current status of intraoperative iPTH assay in surgery for primary hyperparathyroidism. *Gland Surg*. 2015;4:36-43.

Clara Giménez Francés<sup>ab</sup>[1\_TD\$DIFF], Pedro López Morales<sup>a</sup>, Antonio Albarracín Marín-Blázquez<sup>ac</sup>[2\_TD\$DIFF] y Marife Candel Arenas<sup>ac</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

<sup>b</sup>Health Sciences PhD Program, Universidad Católica de Murcia UCAM, Campus de los Jerónimos n°135, Guadalupe 30107, Murcia, Spain

<sup>c</sup>Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

\*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: clara.gf92@gmail.com

(C. Giménez Francés).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.11.021>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Cirugía taurina en el siglo XXI

### Bullfighting surgery in the XXI century



A propósito del artículo del Dr. Ríos<sup>1</sup> en el que refleja, con acierto, la problemática de la cirugía taurina, nos gustaría añadir algunas otras preocupantes razones que debemos considerar.

Si su desempeño «siempre es urgente» y «con alto volumen de actividad», y el objetivo primordial que se persigue es «salvar la vida» in situ, es fácil entender que, sumando falta de experiencia y de equipamiento, nos lleven imperiosamente a malos resultados<sup>2</sup>.

La calidad asistencial que se requiere no ignora la seguridad clínica que precisa, requiriendo potenciar la investigación en este particular escenario: hay que medir para visualizar; de la misma manera que se estudian los fármacos, debemos conocer la eficacia y la seguridad de las «enfermerías de plaza», tan desiguales en infraestructuras para atender el mismo cometido, lo que induce a considerarlas el talón de Aquiles de la tauromaquia.

La calidad asistencial se basa en ciclos de mejora continua sustentada en tres pilares básicos: 1) estructura: recursos necesarios para cumplir los objetivos materiales, humanos, financieros y organizativos; 2) proceso: serie de tareas inte-

rrelacionadas que juntas permiten conseguir los objetivos, y 3) resultado: todo cambio en la salud atribuible al proceso, y se precisa medir los cambios mediante indicadores basados en evidencias científicas<sup>3</sup>.

El Reglamento Taurino vigente adolece de garantías cuando para los espectáculos taurinos que no sean de primera o segunda dice que «no precisan de anestesiólogo», obviando la alta incidencia de lesiones en el resto (plazas de tercera y festejos populares), sin importar la gravedad de las mismas<sup>4</sup>.

Por último, queremos dejar en el aire algunas preguntas por ser de respuesta ambigua: ¿Cómo se ejerce la función de inspección y cumplimiento del Reglamento? ¿Qué sociedades científicas han participado en el asesoramiento de los organizadores responsables? ¿Quién responde del mantenimiento de los aparatos de anestesia? ¿Cuáles son los estándares de calidad y seguridad para el desempeño y quién los controla?

Existen muchos huecos que tapar y no debemos mirar para otro lado. Si queremos subsistir debemos ponernos manos a la obra.