### Antecedentes

La reparación de hernias incisionales es una técnica habitual con una tasa de recidiva elevada. Generalmente se reparan mediante abordaje laparoscópico con una malla intraperitoneal que puede fijarse de varias formas. El objetivo fue evaluar la tasa de recidiva según las diferentes técnicas de fijación.

### Resultados

Se revisaron 51 estudios en los que se incluyeron 223.313 pacientes en los que se realizó una CEA y otros 72.961 en los que se realizó una CAS. Los riesgos fueron sustancialmente menores con el tiempo (4,77% sintomático y 2,59% asintomático). Hubo una heterogeneidad sustancial entre los estudios y los largos períodos de reclutamiento.

### Conclusión

La reparación de hernias incisionales es una técnica habitual con una tasa de recidiva elevada. Generalmente se reparan mediante abordaje laparoscópico con una malla intraperitoneal que puede fijarse de varias formas. El objetivo fue evaluar la tasa de recidiva según las diferentes técnicas de fijación.
**Métodos:** Esta revisión sistemática incluyó los estudios en los que se realizó una reparación de una hernia incisional mediante una malla suprafascial colocada por vía intraoperatoria en sujetos adultos. La variable principal fue la recidiva 26 meses después de la cirugía. Se incluyeron aquellos estudios de cohortes con ≥50 pacientes y todos los ensayos aleatorizados y controlados (randomised controlled trials, RCTs). La búsqueda se realizó el 22 de septiembre del 2016 en las bases de datos Pubmed, Embase y Cochrane. En los RCTs, los sesgos se analizaron mediante el cuestionario Cochrane y en los estudios de cohortes con la escala Newcastle-Ottawa. Los estudios que comparaban las técnicas de fijación se incluyeron en un metaanálisis en red, que permite la comparación de más de dos técnicas de fijación.

**Resultados:** Se incluyeron 51 estudios con un total de 6.553 participantes. El número de grupos de tratamiento y la tasa cruda de recidiva fueron los siguientes: tachuelas absorbibles n = 2, 17,5%; tachuelas + suturas absorbibles n = 3, 1,0%; tachuelas permanentes n = 20, 7,7%; tachuelas permanentes + sutura n = 25, 6,3%; sutura n = 6, 1,5%. Se incluyeron seis estudios en el metaanálisis en red, los resultados del cual favorecen las técnicas de fijación con suturas.

**Conclusion:** Las tasas de recidiva pueden estar influenciadas por numerosas variables, pero los criterios de inclusión utilizados permitían limitar su influencia, aun cuando se pudieron incluir 51 estudios. En el metaanálisis en red se incluyeron 6 estudios, y tanto las tasas crudas de recidiva como el análisis proporcionaron resultados en el mismo sentido. En conclusión, las tasas crudas de recidiva y el metaanálisis en red favorecen el uso de las técnicas de fijación con suturas en la reparación laparoscópica de la herida incisional.

---

**Randomized clinical trial between duct-to-mucosa versus invagination pancreaticojejunostomy after pancreatoduodenectomy**

**Ensayo clínico aleatorizado de la reconstrucción ducto-mucosa versus invaginación en la pancreatoeyunostomía después de la pancreatoduodenectomía**

Y. Senda, Y. Shimizu, S. Natsume, S. Ito, K. Komori, T. Abe, K. Matsuo y T. Sano

DOI: 10.1002/bjs.10727

**Antecedentes:** La tasa de fístula pancreática postoperatoria (postoperative pancreatic fistula, POPF) comparando la anastomosis ducto-mucosa y la invaginación después de una pancreatoduodenectomía es todavía tema de debate. El objetivo de este ensayo aleatorizado y controlado fue investigar la tasa de POPF tras la reconstrucción conducto-mucosa y la invaginación en la pancreatoeyunostomía.

**Métodos:** Los pacientes fueron estratificados por consistencia pancreática y diámetro del conducto pancreatico principal y asignados al azar al grupo de anastomosis ducto-mucosa o invaginación. El objetivo primario de valoración fue la tasa de POPF clínicamente relevante (definida como grado B o C). Los criterios secundarios fueron el coste del material de sutura de la pancreatoeyunostomía, la duración del mantenimiento del drenaje y la estancia hospitalaria postoperatoria.

**Resultados:** Se incluyeron 120 pacientes sometidos a pancreatoduodenectomía tras firmar el consentimiento. Se objetivó POPF clínicamente relevante en 6/59 (10%) pacientes con invaginación y en 14/61 (23%) con anastomosis ducto-mucosa (P = 0,077). La duración de mantenimiento del drenaje (6 frente a 7 días, P = 0,027) y la estancia hospitalaria postoperatoria (19 frente a 24 días, P = 0,015) fueron menores en el grupo de invaginación que en el grupo de anastomosis ducto-mucosa. El análisis del subgrupo de 61 pacientes con páncreas blando reveló una menor tasa de POPF clínicamente relevante en el grupo de invaginación frente a la anastomosis ducto-mucosa (10% vs. 42%, P = 0,01). Entre los pacientes con POPF clínicamente relevante (n = 20), el grupo de invaginación tuvo una menor duración de mantenimiento del drenaje (39 vs. 49 días, P = 0,028) y una estancia hospitalaria postoperatoria (42 vs. 55 días, P = 0,028) más corta que la grupo de anastomosis ducto-mucosa.

**Conclusion:** Este estudio no demostró una superioridad de la invaginación sobre la reconstrucción ducto-mucosa en el riesgo de fístula pancreaticojejunostomía.

---

**Upregulation of epidermal gap junctional proteins in patients with venous disease**

**Sobrerregulación de las proteínas de enlace gap de la epidermis en pacientes con enfermedad venosa**

M. Kanapathy, R. Simpson, L. Madden, C. Thrasivoulou, A. Mosahebi, D. L. Becker y T. Richards

DOI: 10.1002/bjs.10653

**Antecedentes:** La ulceración venosa de las piernas es la complicación más temida de la insuficiencia venosa. Sin embargo, no se sabe si las varices predisponen a una peor cicatrización de las heridas de la piel. Se ha investigado el patrón de expresión de la proteína de enlace gap, conexina, un marcador conocido de curación deficiente de las heridas, en las distintas etapas de la enfermedad venosa.

**Métodos:** Los pacientes sometidos a intervención por varices fueron evaluados según la clasificación CEAP: C0 (n = 12), C2 (n = 12), C4 (n = 12) y C6 (n = 12). Se tomaron biopsias pareadas por punción de 4 mm por encima del tobillo (patológico) y por encima de la rodilla (control). Los tejidos se titaron con H&E y para Conexina 43, Conexina 30 y Conexina 26.

**Resultados:** En la progresión de la enfermedad, a partir del grado C4 en adelante, la piel patológica mostró un incremento progresivo del engrosamiento epitelial, aumento del número y la profundidad de las crestas interpapilares, aumento de la inflamación y pérdida de la arquitectura dérmica. La expresión absoluta de la conexina y la expresión media de conexina por célula en la piel patológica aumentaron de manera similar a lo largo de los grados CEAP desde el grado C2. También se observaron niveles crecientes de conexina en la piel control, indicativo de progresión proximal de la enfermedad. La expresión elevada de Conexina 43 mostró la correlación positiva más fuerte entre la piel patológica y la piel control.

**Conclusion:** En pacientes con varices simples existe una sobreexpresión de las conexinas, con un aumento escalonado de dicha sobreexpresión del eccema venoso a la ulceración, lo que respalda el papel de la Conexina 43 como biomarcador de cicatrización deficiente de las heridas y ulceración. Este hallazgo sugiere que las
venas varicosas predisponen a la piel de los pacientes a una cicatrización deficitaria de la herida, apoyando la necesidad de una intervención quirúrgica temprana para prevenir la ulceración.

**Lessons learned about prevalence and growth rates of abdominal aortic aneurysms from a 25-year ultrasound population screening programme**

**Lecciones aprendidas de un programa de cribado poblacional por ultrasonidos de 25 años de duración sobre la prevalencia y las tasas de crecimiento de los aneurismas aórticos abdominales**

C. Oliver-Williams, M. Sweeting, G. Turton, D. Parkin, D. Cooper, C. Rodd, S. Thompson y J. J. Earnshaw

DOI: 10.1002/bjs.10715

**Antecedentes:** Este estudio tiene como objetivo evaluar los cambios en la prevalencia y las tasas de crecimiento de los AAA pequeños y medianos (3,0-5,4 cm) que han acontecido a lo largo del tiempo en varones de 65 años de edad, así como valorar los resultados a largo plazo en varones con aneurismas de diámetro aórtico de 2,6-2,9 cm (subaneurismático), y en aquellos por debajo del umbral estándar para la mayoría de los programas de vigilancia.

**Métodos:** El Programa de cribado del aneurisma de Gloucestershire (Gloucestershire Aneurysm Screening Programme, GASP) comenzó en 1990. Se incluyeron en el programa de vigilancia los varones 65 años con un diámetro aórtico de 2,6-5,4 cm, medidos mediante ultrasonido utilizando el método de pared interna a pared interna. Las tasas de crecimiento del diámetro aórtico se estimaron por separado para los varones que inicialmente tenían una aorta subaneurismática o que tenían un AAA pequeño o mediano, utilizando modelos de efectos mixtos.

**Resultados:** Desde 1990, 81,150 varones se sometieron a un cribado de AAA mediante ultrasonidos (aceptación del 80,7%), de los cuales 2,795 tenían un diámetro aórtico de 2,6-5,4 cm. La prevalencia de AAA ≥3,0 cm detectados en el programa disminuyó del 5,0% en 1991 al 1,3% en 2015. No hubo evidencia de un cambio en las tasas de crecimiento de AAA durante este tiempo. De los varones que inicialmente tenían una aorta subaneurismática, se estimó que el 58% (i.c. del 95% 54, 61) desarrollarían un AAA ≥3,0 cm durante los 5 años siguientes a la exploración inicial, y el 28% (i.c. del 95% 24, 32) desarrollarían un AAA de gran tamaño (≥5,5 cm) durante los 15 años siguientes.

**Conclusión:** La prevalencia de AAA pequeños y medianos detectados en programas de cribado ha disminuido en los últimos 25 años, pero las tasas de crecimiento se han mantenido similares. Los varones con una aorta subaneurismática a la edad de 65 años tienen un riesgo sustancial de desarrollar un AAA de gran tamaño a la edad de 80 años.

**MiR-128 regulation of glucose metabolism and cell proliferation in triple negative breast cancer**

**Regulación del metabolismo de la glucosa y de la proliferación celular por MiR-128 en el cáncer de mama triple negativo**

M. Xiao, C. Lou, H. Xiao, Y. Yang, X. Cai, C. Li, S. Jia y Y. Huang

DOI: 10.1002/bjs.10646

**Antecedentes:** El cáncer de mama triple negativo (triple negative breast cancer, TNBC) es proclive a desarrollar metástasis y tiene peor pronóstico, con tasas inferiores de supervivencia en comparación con otros subtipos de cáncer de mama. Recientemente se han identificado los microRNAs (miRNAs) como potentes reguladores de procesos cancerígenos y se han convertido en una diana prometedora en el tratamiento del cáncer.

**Métodos:** Se evaluó la expresión de MiR-128 en el carcinoma de mama ductal invasivo y se analizó su relación con las características clínico-patológicas. Se llevaron a cabo una serie de experimentos in vitro e in vivo para investigar la función y mecanismo de miR-128 en el desarrollo del cáncer de mama ductal invasivo.

**Resultados:** Se incluyeron en el estudio una cohorte de 110 mujeres con cáncer de mama TNBC y otra cohorte de 117 mujeres con cáncer de mama que no era triple negativo (non-triple negative breast cancer, NTNBC). En el análisis multivariante de regresión de Cox, la supervivencia global (overall survival, OS) y la supervivencia libre de enfermedad (disease-free survival, DFS) se asociaron significativamente con la presencia de metástasis ganglionares, estadio clínico, grado histológico, recidiva y subtipo molecular. El análisis de subgrupos mostró que una expresión baja de miR-128 se correlacionó con una OS y DFS más cortas en TNBC (P < 0,001), pero no así en NTNBC. Además, miR-128 fue capaz de inhibir el metabolismo de la glucosa, respiración mitocondrial y proliferación de células de TNBC. Estos efectos son consistentes con el efecto inhibidor de miR-128 sobre la diana del receptor de insulina (insulin receptor, INSR) y del sustrato del receptor de insulina 1 (insulin receptor substrate 1, IRS1).

**Conclusión:** MiR-128 podría ser un marcador pronóstico y una posible diana molecular en el tratamiento de las pacientes con TNBC.

**Population-based incidence rate of inpatient and outpatient surgical procedures in a high-income country**

**Tasa de incidencia poblacional de procedimientos quirúrgicos con hospitalización y ambulatorios en un país de altos ingresos**

E. Omling, A. Jarnheimer, J. Rose, J. Björk, J. G. Meara y L. Hagander

DOI: 10.1002/bjs.10643
Antecedentes: La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial solicitan a los países que informen sobre el volumen nacional de procedimientos quirúrgicos. Este es el informe que cumple ampliamente dicha demanda.

Métodos: En un estudio de cohorte observacional de base poblacional de 8 años de duración, se cribaron los pacientes quirúrgicos a partir del Registro Nacional de Pacientes de Suecia que incluye todos los pacientes hospitalizados y ambulatorios, tanto del sector público como privado. Se consideró elegible a toda la población sueca y se incluyeron todos los pacientes atendidos por cualquier enfermedad. Se calcularon las tasas de incidencia y probabilidad de la cirugía, las tendencias en el tiempo y la correlación con el género, edad y tipo de enfermedad.

Resultados: Casi un tercio de las hospitalizaciones (30,6%) implicaron un procedimiento quirúrgico. La tasa de incidencia de cirugía superó las 17.480 operaciones por 100.000 personas/año, y al menos el 58,5% de todas las intervenciones se realizó en régimen ambulatorio (rango 58,5-71,6%). Las tasas de incidencia de cirugía aumentaron cada año (i.e. del 95%: 4,2-6,1%, P < 0,001) predominantemente a expensas de la cirugía ambulatoria. La tasa ajustada de incidencia de cirugía fue un 9,8% superior en las mujeres que los varones (i.e. del 95%: 5,6-14,0, P < 0,001), principalmente debido a un mayor número de procedimientos durante los años fértiles. Las tasas de incidencia alcanzaron su punto máximo en los ancianos, tanto mujeres como varones, y variaron entre los diferentes tipos de enfermedad.

Conclusión: Las necesidades de cirugía de la población son mayores que las estimadas previamente, y más de la mitad de los procedimientos se realizan en régimen ambulatorio. La distribución por edad, género y el tipo de enfermedad influyen en las estimaciones de la demanda quirúrgica y deberán tenerse en cuenta en futuras proyecciones mundiales y nacionales de las necesidades públicas de cirugía.

---

The optimal extent of completion lymphadenectomy for patients with melanoma and a positive sentinel node in the groin

D. Verver, M. Madu, C. M. C. Oude Ophuis, M. Faut, J. H. W. de Wilt, J. J. Bonenkamp, A. C. J. van Akkooi, C. Verhoef y B. L. van Leeuwen

DOI: 10.1002/bjs.10644

Antecedentes: La extensión óptima de la linfadenectomía completa (completion lymph node dissection, CLND) de la ingle, es decir, una disección ilioinguinal, en pacientes con melanoma es controvertida. El objetivo de este estudio fue evaluar si la extensión de la CLND de la ingle después de una biopsia positiva del ganglio centinela (sentinel node biopsy, SNB) se asociaba con un mejor resultado.

Métodos: Los datos de todos los pacientes con ganglio centinela (sentinel node, SN) positivo que se sometieron a una CLND de la ingle en cuatro centros terciarios de referencia de melanoma fueron recogidos retrospectivamente. Se recogieron las características basales de los pacientes y de los tumores para presentar la estadística descriptiva y realizar análisis de supervivencia y de regresión con el modelo de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: Se incluyeron un total de 255 pacientes, de los cuales 137 (54%) fueron sometidos a una disección inguinal y 118 (46%) a una disección ilioinguinal. La tasa de positividad global de CLND fue del 19%, la tasa de positividad inguinal del 16% y la tasa de positividad pélvica del 9%. El patrón de recidiva, la supervivencia específica del melanoma a los 5 años (melanoma specific survival, MSS), la supervivencia libre de enfermedad (disease free survival, DFS) y la supervivencia libre de metástasis a distancia (distant metastasis free survival, DMFS) fueron similares entre ambos tipos de disección, incluso para los pacientes con CLND positivos. El análisis de regresión de Cox mostró que el tipo de CLND no se asoció con DFS ni MSS.

Conclusión: No se encontraron diferencias significativas en el patrón de recidiva y en las tasas de supervivencia entre los pacientes sometidos a disección inguinal o ilioinguinal para SNB positivo, incluso cuando se estratificó en caso de resultado positivo de CLND. La disección inguinal es un primer abordaje seguro como CLND en pacientes con SNB positivo.

---

Patient-reported rates of chronic pain and recurrence after groin hernia repair

K. J. Lundström, H. Holmberg, A. Montgomery y P. Nordin

DOI: 10.1002/bjs.10652

Antecedentes: La efectividad de los diferentes procedimientos de herniorrafia en la práctica quirúrgica habitual, con respecto al dolor crónico y a las tasas de recidiva, no está clara.

Métodos: Estudio prospectivo de cohortes basado en una combinación única de resultados percibidos por el paciente y datos de un registro nacional. Se envió pasado” fue el resultado primario. La reoperación por recidiva recogida en el registro fue el resultado secundario.

Resultados: En total, se analizaron 22.791 pacientes (porcentaje de respuesta del 75,5%) en los que se realizó una cirugía de hernia inguinal electiva. Un 15% de los pacientes refirieron dolor persistente presente un año después de la herniorrafia. El riesgo fue menor para la reparación extraperitoneal total endoscópica (endoscopic total extraperitoneal repair, TEP) con una razón de oportunidades (odds ratio, OR) ajustada de 0,84 (i.e. 95% 0,74 a 0,96), comparado con la reparación anterior abierta con malla. La TEP tuvo un riesgo aumentado de reoperación por recidiva, OR ajustada 2,14 (1,52 a 2,98), al igual que la reparación posterior con malla abierta, OR ajustada 2,34 (1,42 a 3,71) a los 2,5 años de seguimiento. Ningún otro método de reparación difirió significativamente en comparación con la reparación anterior abierta con malla.
Conclusión: El riesgo de dolor significativo un año después de la herniorrafia inguinal en la práctica quirúrgica habitual fue del 15%. Esta cifra puede reducirse utilizando la técnica endoscópica, pero pagando el precio de un riesgo significativamente mayor de reoperación por recidiva.

**Influencia de la centralización nacional del cáncer gastroesofágico en el tratamiento y resultados de la patología urgente del tracto digestivo superior**

S. R. Markar, H. Mackenzie, T. Wiggins, A. Askari, A. Karthikesalingam, O. Faiz, S. M. Griffin, J. D. Birkmeyer y G. B. Hanna

DOI: 10.1002/bjs.10640

**Antecedentes:** La cirugía del cáncer gastroesofágico se centralizó en Inglaterra en el año 2001. El objetivo de este estudio fue evaluar si la centralización del cáncer gastroesofágico en instituciones con gran volumen ha repercuido la mortalidad de otras patologías urgentes del tracto digestivo superior.

**Métodos:** Para identificar los pacientes hospitalizados en Inglaterra (1997-2012) se utilizó la base de datos estadística de episodios hospitalarios. Se analizó la influencia del los centros con gran volumen en cáncer (≥ 20 resecciones por año) sobre la mortalidad de 30 y 90 días por perforación esofágica, hernia paraesofágica y úlcera péptica perforada.

**Resultados:** En el período de estudio se incluyeron 3.707, 12.411 y 57.164 pacientes con perforación esofágica, hernia paraesofágica y úlcera péptica perforada, respectivamente. Hubo una centralización pasiva hacia los centros de gran volumen en cáncer para la perforación del esófago (aumento del 26,9%), hernia paraesofágica (aumento del 19,3%) y úlcera péptica perforada (aumento del 23%). El tratamiento de una perforación esofágica en los centros de gran volumen en cáncer se asoció a una reducción en la mortalidad a 30 (HR = 0,58, i.c. del 95%: 0,45-0,74) y 90 días (HR = 0,62, i.c. del 95% 0,49-0,77). La condición de centro de gran volumen en cáncer no tuvo repercusión en la mortalidad por hernia paraesofágica o úlcera péptica perforada. Se observó una mejoría de la mortalidad en la perforación del esófago y en la hernia paraesofágica cuando el umbral de ingresos urgentes anuales superaba los 5 y 11 casos, respectivamente. En centros de gran volumen en cáncer que alcanzaron dicho umbral tras la centralización, la tasa de pacientes tratados con perforación esofágica aumentó hasta el 88,0%, mientras que para los pacientes con hernia paraesofágica solo fue del 30,3%.

**Conclusión:** La centralización de la patología de baja incidencia, como la perforación del esófago, en centros con gran volumen en cáncer proporciona un mayor nivel de experiencia y, en última instancia, reduce la mortalidad.

**Morbididad de colecistectomía y gastric bypass in a national database**

V. Wanjura, E. Szabo, J. Osterberg, J. Ottosson, L. Enochsson y G. Sandblom

DOI: 10.1002/bjs.10666

**Antecedentes:** Existe una fuerte asociación entre obesidad y litiasis biliar. Sin embargo, no existen evidencias claras sobre el orden óptimo a la hora de realizar el bypass gástrico en Y de Roux (Roux-en-Y gastric bypass, RYGB) y la colecistectomía cuando ambos procedimientos tienen indicación clínica.

**Métodos:** A partir de datos cruzados del Registro Sueco de Colecistectomía y Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (GallRiks, n = 79.386) y del Registro de Cirugía de la Obesidad Escandinavo (SOReg, n = 36.098) desde 2007-2013, se exploraron las tasas de complicaciones, las tasas de reoperaciones y los tiempos operatorios relacionados con el momento en el que se realizó el RYGB y la colecistectomía.

**Resultados:** Hubo un mayor riesgo agregado de complicaciones si la colecistectomía se realizaba tras el RYGB en vez de antes (odds ratio 1,35; 1,09-1,68, P = 0,006). Una complicación después del primer procedimiento aumentó la probabilidad de complicación del siguiente procedimiento (odds ratio 2,02; 1,44-2,85, P <0,001). Además, hubo un riesgo aumentado de complicación cuando la colecistectomía se realizó a la vez que el RYGB (odds ratio 1,72; 1,14-2,60, P = 0,010). La colecistectomía simultánea añadió 61,7 minutos (56,1-67,4, P <0,001) al tiempo operatorio.

**Conclusión:** La colecistectomía debe realizarse antes que el RYGB (no durante).

**Risk score to predict biliary leakage after elective liver resection**

K. Mohkam, O. Farges, E. Vibert, O. Soubrane, R. Adam, F.-R. Pruvot, J.-M. Regimbeau, M. Adham, E. Boleslawski, J.-Y. Malbrunt, on behalf of the ACHBT French Hepatectomy Study Group

DOI: 10.1002/bjs.10647

**Antecedentes:** La fuga biliar sigue siendo una causa importante de morbilidad después de la resección hepática. Los estudios pronóstico previos sobre la fuga biliar post-hepatectomía (posthepatectomy biliary leakage, PHBL) carecen de poder, homogeneidad de la población y validación del modelo. El presente estudio tuvo como objetivo desarrollar una puntuación de riesgo para la predicción de una PHBL grave.
**Métodos:** En este estudio multicéntrico observacional, los pacientes sometidos a resección hepática sin hepatoyeyunostomía en 9 centros terciarios entre 2012 y 2015 fueron asignados al azar, en una proporción de 2:1, a una cohorte de desarrollo de la puntuación de riesgo o a una cohorte de validación. Se desarrolló un modelo para predecir la PHBL grave (definido por el Grupo Internacional de Estudio de la Cirugía del Hígado como PHBL grado B/C) que posteriormente se validó.

**Resultados:** Se incluyeron un total de 2.218 procedimientos. La PHBL de cualquier grado de gravedad y la PHBL grave se presentaron en 141 (6,4%) y 92 (4,1%) pacientes, respectivamente. En la cohorte de desarrollo (n = 1.475), el análisis multivariable identificó las pérdidas de sangre >500 ml, el tiempo de isquemia del remanente hepático >45 min, la resección anatómica incluyendo el segmento 8, la transección a lo largo del lado derecho del plano interseccional izquierdo y la asociación de la transección hepática junto con la ligadura de vena porta en la hepatectomía en dos tiempos (ALPPS) como predictores de PHBL grave. Se construyó una puntuación de riesgo (0-5 puntos) utilizando la cohorte de desarrollo (c-estadística: 0,79, intervalo de confianza del 95% i.c.: 0,74-0,85) comprobado con éxito en la cohorte de validación (c-estadística: 0,70, 95% i.c.:0,60-0,80). Una puntuación ≥3 predijo un aumento de la PHBL grave (19,4% versus 2,6%, P < 0,001 en la cohorte de desarrollo, 15,1% frente a 3,1%, P < 0,001 en la cohorte de validación).

**Conclusión:** La presente puntuación de riesgo pronostica fiablemente la PHBL grave. Representa una herramienta pronóstica validada en múltiples instituciones que permite identificar un subconjunto de pacientes de alto riesgo para PHBL grave después de una hepatectomía electiva.

**MRI-based score to predict surgical difficulty in patients with rectal cancer**

**Un sistema de puntuación basado en la resonancia magnética para predecir la dificultad quirúrgica en pacientes con cáncer de recto**

L. Escal, S. Nougaret, B. Guiu, M. M. Bertrand, H. de Forges, R. Têtreau, S. Thézenas y P. Rouanet

**Antecedentes:** La cirugía del cáncer de recto es técnicamente un reto y depende de muchos factores. Este estudio evaluó el impacto de factores clínicos y anatómicos para predecir la dificultad técnica de la exéresis total del mesorrecto (total mesorectal excision, TME).

**Métodos:** Se incluyeron de forma retrospectiva pacientes consecutivos en los que se realizó una TME (laparoscópica, robótica o abierta) por cáncer de recto localmente avanzado después de tratamiento neoadyuvante entre 2005 y 2014. Se estudiaron datos preoperatorios clínicos y de la resonancia magnética para desarrollar un sistema de puntuación del grado de dificultad quirúrgica.

**Resultados:** En total se evaluaron 164 pacientes con una mediana (rango) de edad de 60,9 (26-86) años y cuya dificultad quirúrgica fue considerada baja (n = 143, 87,2%) o alta (n = 21, 12,8%). En el análisis multivariable, IMC ≥ 30 (P = 0,02), anastomosis coloanal (versus colorectal) (P = 0,03), distancia intertuberosa <10 cm (P = 0,04) y área de grasa mesorrectal >20,7 cm² (P = 0,05) se asociaron con una dificultad quirúrgica alta. Se propone un sistema de puntuación de 4 ítems (de 0 a 4) con cada ítem (IMC, tipo de cirugía, distancia intertuberosa y área de grasa mesorrectal) puntuado 0 o 1, de acuerdo con su ausencia o presencia. Los pacientes pueden ser considerados de alto riesgo de una operación difícil o técnicamente complicada si tienen una puntuación de ≥ 3.

**Conclusión:** Esta simple puntuación morfométrica puede ayudar en la toma de decisiones en cirugía y en el estudio comparativo en base a la definición preoperatoriamente la dificultad quirúrgica.