

Editorial acerca de "Necrosectomía retroperitoneal mininvasiva videoasistida para complicaciones alejadas de fístula pancreática posterior a pancreatectomía"

Editorial on: "Minimally invasive video-assisted retroperitoneal necrosectomy for long-term complications of pancreatic fistula after pancreatectomy"

Pablo Capitanich*

La fístula pancreática pospancreatectomía continúa siendo una de las complicaciones más temidas en la cirugía pancreática moderna, con una incidencia que oscila entre el 10 y el 30% según el tipo de resección y la población estudiada¹⁻³. Aunque el progreso en la estandarización de definiciones, como la propuesta por el International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS), ha permitido mejorar la estratificación de riesgo y la toma de decisiones^{1,3}, el tratamiento de las complicaciones tardías derivadas de estas fístulas representa aún un terreno complejo y poco sistematizado. Los avances en la técnica quirúrgica, los cuidados perioperatorios y el drenaje guiado por imagen han reducido la morbimortalidad asociada, pero un porcentaje no menor de pacientes desarrolla colecciones necróticas tardías, infecciones profundas o extensiones inflamatorias que requieren intervenciones adicionales. En este contexto, el manejo mínimamente invasivo ha cobrado un protagonismo creciente, buscando equilibrar eficacia terapéutica y reducción del impacto de las intervenciones sobre estos pacientes ya frágiles.

La extrapolación del "step-up approach"⁴⁻⁶, método validado para el tratamiento de la necrosis pancreática pospancreatitis aguda, al contexto posoperatorio resulta coherente desde el punto de vista fisiopatológico: limitar la invasividad, escalar solo cuando es necesario y privilegiar vías de acceso que reduzcan trauma y complicaciones secundarias.

El artículo del Dr. Kohan y cols.⁷, aquí presentado, evalúa el uso de la necrosectomía retroperitoneal

mininvasiva videoasistida en complicaciones alejadas de la fístula pancreática pospancreatectomía y contribuye de forma importante a un área donde la evidencia sigue siendo limitada a series institucionales o informes de casos. La capacidad de acceder al retroperitoneo de manera directa, sin ingresar en la cavidad peritoneal, representa uno de los puntos más fuertes del método, permite un desbridamiento más seguro y reduce el riesgo de diseminación infecciosa. Asimismo, la visualización directa, aun cuando limitada, ofrece ventajas claras frente a la necrosectomía realizada por otros métodos percutáneos.

A pesar de estos beneficios potenciales, persisten múltiples interrogantes que requieren atención para consolidar la técnica. La heterogeneidad en la selección de pacientes, la falta de criterios uniformes para definir el fracaso del drenaje percutáneo y el momento óptimo para "escalar" a necrosectomía siguen siendo áreas grises en la literatura⁸. Del mismo modo, la curva de aprendizaje del procedimiento podría limitar su disponibilidad en centros de menor volumen o sin equipos especializados en cirugía pancreática mínimamente invasiva.

En síntesis, la necrosectomía retroperitoneal mininvasiva videoasistida se perfila como una herramienta valiosa dentro del algoritmo terapéutico de las complicaciones tardías de la fístula pancreática pospancreatectomía. Los resultados presentados refuerzan la necesidad de continuar generando evidencia prospectiva y comparativa que permita definir su papel con mayor precisión.

■ ENGLISH VERSION

Pancreatic fistulas after pancreatectomy remain one of the most feared complications in modern pancreatic surgery, with an incidence ranging from 10% to 30% depending on the type of resection and the population studied¹⁻³. Despite advances in establishing standardized definitions, such as those proposed by the International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS), which have improved risk stratification and decision-making¹⁻³, the management of long-term

complications arising from these fistulas remains complex and poorly systematized. Although advances in surgical techniques, perioperative care, and imaging-guided drainage have reduced associated morbidity and mortality, a significant percentage of patients still develop late necrotic collections, deep infections, or extensive inflammation that require additional interventions. In this context, minimally invasive management has gained prominence as a means to

balance therapeutic efficacy with reduced intervention impact on these already fragile patients.

Extrapolating the step-up approach⁴⁻⁶, a validated method for managing pancreatic necrosis following acute pancreatitis, to the postoperative setting is reasonable from a pathophysiological perspective, as it limits invasiveness, escalates only when necessary, and prioritizes access pathways that reduce trauma and secondary complications.

The article by Dr. Kohan et al.⁷, published in this issue, evaluates the use of minimally invasive video-assisted retroperitoneal necrosectomy in long-term complications of pancreatic fistula after pancreatic resection and makes an important contribution to an area where evidence remains limited to institutional series or case reports. The most salient feature of this method is its ability to access the retroperitoneum directly without entering the peritoneal cavity, thus facilitating safer debridement and reducing the risk of spreading infection. Furthermore, direct visualization,

even when limited, offers clear advantages over necrosectomy performed by other percutaneous methods.

Despite these potential benefits, many questions still need to be addressed to consolidate the technique. Heterogeneity in patient selection, the lack of uniform criteria for defining failure of percutaneous drainage, and the optimal timing for “escalating” to necrosectomy remain gray areas in the literature⁸. Similarly, the learning curve for the procedure could limit its availability in lower-volume centers or those without specialized equipment for minimally invasive pancreatic surgery.

In summary, minimally invasive video-assisted retroperitoneal necrosectomy is emerging as a valuable tool in the therapeutic algorithm for long-term complications of pancreatic fistulas after pancreatic resection. The results presented underscore the need to further generate prospective and comparative evidence to define its role with greater accuracy.

Referencias bibliográficas /References

1. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C, Sarr M, Hilal MA, Adham M, et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*. 2017;161(3):584-91. doi: 10.1016/j.surg.2016.11.014.
2. Van der Heijde N, Lof S, Busch OR, de Hingh I, de Kleine RH, Molenaar IQ, et al. Incidence and impact of postoperative pancreatic fistula after minimally invasive and open distal pancreatectomy. *Surgery*. 2022;171(6):1658-64. doi: 10.1016/j.surg.2021.11.009.
3. Schuh F, Mihaljevic AL, Probst P, Trudeau MT, Müller PC, Marchegiani G, et al. A Simple Classification of Pancreatic Duct Size and Texture Predicts Postoperative Pancreatic Fistula: A classification of the International Study Group of Pancreatic Surgery *Ann Surg*. 2023;277(3):e597-e608. doi: 10.1097/SLA.0000000000004855.
4. Van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, Hofker HS, Boermeester MA, Dejong CH, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. *N Engl J Med*. 2010;362(16):1491-1502. doi: 10.1056/NEJMoa0908821.
5. van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, Bakker OJ, Besselink MG, Boermeester MA, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotizing pancreatitis: a multicentre randomised trial *Lancet*. 2018;391(10115):51-8. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32404-2.
6. Hollemans RA, Bakker OJ, Boermeester MA, Bollen TL, Bosscha K, Bruno MJ, et al. Superiority of Step-up Approach vs Open Necrosectomy in Long-term Follow-up of Patients With Necrotizing Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019;156(4):1016-26. doi: 10.1053/j.gastro.2018.10.045.
7. Kohan G, Deroi-Sánchez F, Houghton EJ, Dib Hasan J, Acquafresca P, Vergara-Sandoval R y cols. Necrosectomía retroperitoneal mininvasiva videoasistida para complicaciones alejadas de fístula pancreática posterior a pancreatectomía. *Rev Argent Cirug*. 2025;117(4):e-1875.
8. Loos M, König AK, von Winkler N, Mehrabi A, Berchtold C, Müller-Stich BP, et al. Completion Pancreatectomy After Pancreatoduodenectomy: Who Needs It? *Ann Surg*. 2023;278(1):e87-e93.