



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Gastroplastia o gastrectomía

Gastroplasty versus gastrectomy

Sr. Director:

González-González et al¹ han publicado en CIRUGÍA ESPAÑOLA el artículo «La obesidad en la historia de la cirugía», y quiero llamar la atención que utilizan el término «gastroplastia tubular» (GT) y en el mismo texto dicen: «Gagner et al propusieron realizar en ellos la intervención de CD en dos tiempos: primero, la resección tubular del estómago (gastroplastia tubular)». No creo que Gagner llamara a dicha intervención gastroplastia, sino *sleeve gastrectomy*, que se traduce al español por «gastrectomía». Un artículo nuestro² aclaraba que una resección de más del 80% del estómago no puede llamarse de ninguna manera «gastroplastia», y para ello describimos las bases filológicas de por qué toda resección gástrica debe denominarse siempre gastrectomía.

Ya con anterioridad habíamos expresado a CIRUGÍA ESPAÑOLA que la revista debería corregir estos fallos de terminología^{3,4}. Los cirujanos bariátricos (y generales) de España son los únicos de un país hispano-parlante (así como en toda la literatura anglosajona) que utilizan mal este término y se da la paradoja que en una mesa de comunicaciones (SECO 2008, Barcelona), sobre esta cirugía, la mitad de las comunicaciones

utilizaban el término correcto de gastrectomía y la otra mitad, el incorrecto, o sea, gastroplastia.

BIBLIOGRAFÍA

1. González-González JJ, Sanz-Álvarez L, García Bernardo C. La obesidad en la historia de la cirugía. Cir Esp. 2008;84:188–95.
2. Baltasar A. Nomenclatura utilizada en cirugía bariátrica [carta]. Cir Esp. 2008;83:220–1.
3. Ruiz de Adana JC. Cirugía de la obesidad: un abordaje de elección con distintas opciones técnicas [editorial]. Cir Esp. 2007;62:59–61.
4. Sánchez-Santos R, Ruiz Gordejuela AG, Gómez N, Pujol J, Moreno P, Francos JM, et al. Factores asociados a morbilidad tras el *bypass* gástrico. Alternativas para disminuir riesgos: gastroplastia tubular. Cir Esp. 2006;80:90–5.

Aniceto Baltasar

Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy, Alicante, España

Correo electrónico: a.baltasar@aecirujanos.es

doi:10.1016/j.ciresp.2008.11.006

Diagnóstico por imagen de las metástasis hepáticas y comprobación histopatológica

Imaging diagnosis of hepatic metastasis and histopathology corroboration

Sr. Director:

He leído el trabajo de Ramos et al¹, a quienes felicitamos sinceramente por el trabajo publicado en su revista.

Lo encuentro muy riguroso y francamente útil para valorar el papel, controvertido, de la PET en la cirugía de las MH. De su trabajo se desprende que la PET-TC para estratificar la enfermedad tumoral hepática tiene una sensibilidad mucho

menor que la exploración que se debe considerar como estándar, que es la TC helicoidal bifásica o trifásica con multidetectores. Con respecto a la enfermedad extrahepática, también queda claro en su trabajo que no mejora la detección de las metástasis pulmonares ni la enfermedad ganglionar del pedículo hepático. Con respecto a la recidiva locorregional, presenta una mayor sensibilidad, particularmente si estamos hablando de cirugía del cáncer de recto, pero a expensas de falsos positivos (poca especificidad). Por lo tanto, los hallazgos de la PET-TC deberían comprobarse siempre mediante cirugía.

Asimismo me parece muy interesante la validación de la sensibilidad de la TC preoperatoria y su correlación histológica postoperatoria. Curiosamente, los datos de su estudio en 42 pacientes coinciden mucho con un estudio similar que publicamos en *CIRUGÍA ESPAÑOLA*², en el cual los datos sobre sensibilidad de la TC helicoidal bifásica o trifásica con multidetectores fue muy criticada.

En nuestro estudio, un total de 45 enfermos consecutivos con MH de CCR fueron considerados candidatos a cirugía curativa según los estudios preoperatorios. Hubo 3 casos de irreseccabilidad debido a los hallazgos intraoperatorios (inspección, exploración bimanual y EIO). Las causas fueron: en el primer paciente, en que el estudio preoperatorio había detectado 4 MH, en el acto quirúrgico se encontraron otras 5 MH no detectadas en la TC (falsos negativos), que imposibilitaban la realización de una resección curativa. En el segundo caso, en que el estudio preoperatorio había detectado 2 MH, se encontraron otras 4 MH (falsos negativos) y afección de los ganglios hiliares hepáticos; y en el tercer caso, en que el estudio preoperatorio había detectado 2 MH, se encontró una MH nueva (falso negativo) y carcinomatosis peritoneal.

El número total de MH en nuestro estudio fue de 171, con una media de 3,8 MH por paciente. En el estudio de Ramos et al¹ se encontraron 125 MH, con una media de 2,9 MH por paciente. En nuestro estudio se detectaron 115 MH por la TC preoperatoria, con una media por paciente de 2,64 MH. Hubo 4 falsos positivos: 2 quistes, 1 hemangioma y 1 lesión inexistente. En el estudio de Ramos et al¹, la TC detectó 98

MH, con una media por paciente de 2,33 MH. Hubo también 4 falsos positivos. Por lo tanto, el VPP fue idéntico (96%).

En nuestro estudio hubo 56 falsos negativos, en 18 pacientes. La sensibilidad de la TC helicoidal con MD fue del 67% (115/171). La tasa de falsos negativos fue del 33% (56/171). Los falsos positivos de la serie de Ramos et al¹ fueron sólo el 21% (27/125) y, por lo tanto, la sensibilidad de la TC fue más alta (69%).

La metodología de ambos trabajos es idéntica y está basada en la TC helicoidal bifásica o trifásica con multidetectores y la discusión preoperatoria en sesiones clínicas multidisciplinarias con los radiólogos. Por lo tanto, sigue existiendo un papel muy importante para la ecografía e inspección intraoperatoria.

Otra conclusión importante que conviene resaltar es que una exploración mediante PET-TC no debe sustituir a una TC de calidad subóptima, ni la discusión multidisciplinaria, porque la sensibilidad para detectar las MH es muy inferior.

La diferencia mayor entre ambas series es una actitud más conservadora en la serie de Ramos et al¹, con una media de 2,9 MH por paciente resecado, mientras que en la nuestra fue de 3,8 MH por paciente.

Pienso que sería interesante valorar la supervivencia a 3 o 5 años de ambas series para saber si está justificada nuestra mayor agresividad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos E, Martínez L, Gámez C, Torras J, Valls C, Llado L. Utilidad de la PET-TC en la estadificación previa a la cirugía por metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal. *Cir Esp.* 2008;84:71-7.
2. Figueras J, Planellas P, Albiol M, López-Ben S, Codina-Barreras A, Pardina B, et al. Papel de la ecografía intraoperatoria y la TC con multidetectores en la cirugía de las MH. *Cir Esp.* 2008;83:132-6.

Joan Figueras

Unidad de Cirugía Hepato-biliar y Pancreática, Servicio de Cirugía, Hospital Josep Trueta, Girona, IDiBGi, España

Correo electrónico: info@jfigueras.net