

El hecho de que los porcentajes de pérdida de exceso de IMC aplicados sobre sus cifras de IMCE rondan siempre el 100% nos hace sospechar que los autores han asumido que sus resultados son equiparables a lo que sería lo ideal, o lo esperable, como ellos lo denominan. Sinceramente, y de ser así, creemos que ése no sería el camino idóneo para seguir. Tales cifras de IMCE deberían surgir de un consenso amplio entre expertos, y no de unos resultados particulares. De algún modo, esas cifras de IMCE deberían ser «inventadas aunque consensuadas» como hemos señalado antes, y desde ahí, junto con las cifras de IMC inicial de cada paciente, sobre series muy amplias y de origen multicéntrico, habría que obtener la fórmula que nos lleve de unas a otras.

Simplemente como ejemplo, nosotros hemos «inventado» unas cifras de IMCE que pudieran ser más adecuadas que el corsé de un IMC=25. Y añadimos otra condición: que un IMCE >35 tampoco es deseable como resultado ideal de una cirugía de la obesidad. Al aplicar una técnica estadística de regresión no lineal (logarítmica, en este caso) hemos obtenido otra fórmula que exponemos en la [figura 1](#), y que cumple tal condición. Naturalmente, es sólo un ejemplo, pero un ejemplo de lo que consideramos la vía adecuada para

resolver este problema, y un ejemplo de que, seguramente, la regresión lineal es también otro corsé cuando se calculan las relaciones entre IMC inicial e IMCE. La regresión no lineal, al contrario que la otra, tiene infinitas posibilidades de adaptarse a los diversos condicionantes que se requieran para un teórico IMCE.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baltasar A, Serra C, Bou R, Bengochea M, Pérez N, Borrás M, et al. Índice de masa corporal esperable tras cirugía bariátrica. *Cir Esp*. 2009;86:308-12.

Javier Escrig Sos* y David Martínez Ramos

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: escrig_vicsos@gva.es (J. Escrig Sos). On-line el 13 de enero de 2010

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.04.011

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.023

Respuesta de los autores

Authors' reply

Muchas gracias por su carta al director relacionada con nuestro artículo titulado «Índice de masa corporal esperable en cirugía bariátrica»¹.

El trabajo que pretendemos realizar está planificado para desarrollarse en 3 fases:

1. En nuestro artículo «Weight loss reporting»², llamábamos la atención a que el objetivo del así llamado porcentaje perdido del exceso de índice de masa corporal (PPEIMC) era utópico en el sentido que no se corresponde con la realidad clínica, pues se pedía a obesos mórbidos y a superobesos que bajaran a un índice de masa corporal (IMC) «ideal» de 25. Así, los obesos mórbidos lo conseguían con facilidad, cuando los superobesos no lo conseguían nunca. Es una utopía que está muy lejos de la realidad.
2. En este segundo trabajo que se comenta, publicado en *Cirugía Española*¹, hemos buscado con pacientes reales e IMC reales qué pasaba a los 3 años. Obviamente, se mostró que el IMC «esperable», o sea el real, no el imaginario, estaba relacionado, como era de esperar, con el IMC inicial. Nunca ha habido, ni quizás lo haya, un «consenso» entre los médicos para el IMC que estaríamos dispuestos a aceptar, y nos parece que eso no tiene valor porque

estaría otra vez muy lejos de la realidad. Con este trabajo lo que hemos conseguido es una fórmula de aproximación.

3. La tercera fase del trabajo consiste en 8.400 pacientes ya recopilados, y el estudio está en fase avanzada; han cooperado varios centros de diferentes continentes (Canadá, EE. UU., América del Sur y Europa) y con diferentes técnicas quirúrgicas (anillas, tubulares, *by-pass* gástrico y biliopancreáticos). Lo que pretendemos con este tercer trabajo es llamar la atención del mundo de la cirugía bariátrica para que en un estudio «coordinado y con pesos (y mejor con IMC) reales» se llegara a diseñar una fórmula en la que todos los pacientes pudieran ser comparables, las técnicas utilizadas, etc., y valiera para los más de 400.000 pacientes obesos operados al año. No es aceptable lo que ocurre hoy: que publiquemos estudios de sobrepeso perdido o del porcentaje de sobrepeso perdido y en los que no hay relación alguna con la altura de los individuos. Eso es lo que hace Porcentaje de Sobrepeso perdido (PSP). ¡La relación del IMC es básica para definir la obesidad del individuo obeso!
4. En el trabajo estadístico se ha buscado aquella aproximación lineal que mejor se ajustaba para intentar predecir el IMC real a los 3 años con el valor del IMC real inicial.

Efectivamente hay diferentes modelos no lineales que podrían haberse utilizado, pero en la nube de puntos presentada en el artículo se visualizaba una fuerte relación lineal y, en aras a obtener una formulación lo más simple posible, se optó por esta metodología.

5. Muchas gracias por su amable carta y por su interés en el tema.

2. Baltasar A, Deitel M, Greenstein R. Weight loss reporting. *Obes Surg.* 2008;18:761-2.

Aniceto Baltasar^{a,*} y Fernando Borrás^b

^aClínica San Jorge, Alcoy, Alicante, España

^bDepartamento de Estadística, Matemáticas e Informática, Universidad Miguel Hernández, Elche, Alicante, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: a.baltasar@aecirujanos.es (A. Baltasar).

BIBLIOGRAFÍA

1. Baltasar A, Serra C, Bou R, Bengochea M, Pérez N, Borrás M, et al. Índice de masa corporal esperable tras cirugía bariátrica. *Cir Esp.* 2009;86:308-12.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.11.023

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.025

Histiocitoma fibroso maligno del epidídimo

Malignant fibrous histiocytoma of the epididymis

Sr. Director:

Con gran interés he leído el artículo de Ruano Poblador et al¹, que describen un caso particularmente muy raro de histiocitoma fibroso maligno (HFM) del epidídimo que produjo metástasis en el colon descendente.

El HFM se menciona por primera vez en la literatura médica en 1963². Se trata de un tumor maligno muy raro del tejido conjuntivo, que se diferencia por su gran predisposición para recidivas locales. Este tumor afecta a adultos, especialmente, varones. Aunque se localiza más frecuentemente en las extremidades, el tronco y el espacio retroperitoneal, el HFM puede afectar cada parte del cuerpo humano. Según la casuística, junto con el primer caso publicado en 1999³ y el nuestro, publicado recientemente⁴, el de Ruano Poblador et al¹ es el tercer caso bien documentado de HFM del epidídimo en la literatura médica mundial.

En cuanto al tratamiento, teniendo en cuenta que la morbilidad es rara, hay escasos datos en la literatura médica, la cura óptima de esta enfermedad todavía no está clara. Por lo que cada caso nuevo añade información importante y ayuda a determinar el protocolo terapéutico óptimo favorable para el paciente.

A pesar de la intervención radical, seguida por radioterapia, el paciente presentado por Ruano Poblador et al¹ desarrolla metástasis en el colon descendente 3 años después del diagnóstico inicial. Este desfavorable resultado terapéutico plantea una pregunta en cuanto al volumen de la intervención quirúrgica (incluso la disección linfática), así como a la función y al beneficio de la radioterapia adyuvante aplicada en este caso.

Actualmente existe absoluto consenso en que la exéresis quirúrgica es la primera línea de tratamiento del HFM. Realizar o no linfadenectomía todavía es una cuestión de estimaciones y opiniones contradictorias. Aunque se considera que la propagación metastásica del HFM se produce en primer lugar por vía hemática, la situación del tumor en el caso publicado supone que los linfonodos regionales también están afectados. Por lo que se puede admitir que una precisa disección linfática retroperitoneal, en adición de la orquiectomía inguinal radical, podría beneficiar al paciente. Los datos de la última información demuestran que la radioterapia adyuvante reduce considerablemente las recidivas locorregionales. Nosotros recomendamos también el uso de radioterapia adyuvante en caso de márgenes de resección pequeños o afectados con riesgo muy alto de recidivas locales. En el caso presentado se había utilizado radioterapia postoperatoria sin explicar ni la dosis exacta ni el portal de la radiación utilizada. La mala respuesta al tratamiento podría estar relacionada con que el tumor es resistente a la radioterapia o a que ésta no se utilizara correctamente. Según nuestra opinión, el portal de radiación debería ampliarse por encima del nivel del orificio interno del canal inguinal. Así se tratarían las regiones ganglionares pélvica y retroperitoneal, es decir, la zona donde se esperan los primeros focos metastásicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruano Poblador A, Carracedo Iglesias R, García Martínez MT, Oliver Morales J, Casal Nuñez JE. Metastasis to descending