Respuesta del autor

Author's reply

Agradecemos los comentarios de Barriga et al sobre nuestro artículo[1]. Una de las motivaciones del trabajo fue la ausencia de consenso en el tratamiento de esta enfermedad, incluso entre integrantes de nuestro grupo. En los 3 pacientes de nuestra serie[1] con pT2 inicial se realizó ampliación de cirugía con linfadenectomía, pero sólo uno con resección hepática. La distinción entre T1a y T1b cuando había discrepancia en el tratamiento ante T2 no se planteó, aunque el paciente T1, que fue pT1b, sí recibió resección hepática parcial y linfadenectomía de entrada por sospecha preoperatoria y a criterio personal del cirujano.

Publicaciones recientes hacen hincapié en la subclasificación del grado T1, pero aún hoy día no existe consenso quizá por escaso número de pacientes de las series. Son ejemplo las 2 referencias citadas por Barriga et al, una publicada este año 2009[2], posterior a la redacción de nuestro trabajo. Goetze[3] et al realizan ampliación de cirugía en 5 de 21 pacientes T1a y en 23 de 72 pacientes T1b. El porqué realizan ampliación en T1a no queda claro, como tampoco queda claro que no la realicen en el 68% de T1b dada su actitud más agresiva en el cáncer de vesícula. En cuanto a la serie de Shibata[2] et al, puede comprobarse que de los 2 pacientes T1b de su serie, en uno practican ampliación de la resección y no en el otro. El que recibe ampliación quirúrgica muere a los 24 meses en relación con la neoplasia; sin embargo, el no resecado está vivo a los 166 meses. En una serie de 23 pacientes T1b, You[4] et al no encontraron diferencias significativas al asociar a la colecistectomía con linfadenectomía una resección hepática o de órgano adyacente, por lo que concluyeron recomendar la colecistectomía con linfadenectomía como tratamiento en los T1b.

Así las cosas, reafirmamos la necesidad de una base de datos propia y una guía de tratamiento consensuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morera Ocón FJ, Ballestín Vicente J, Ripoll Orts F, Landete Molina F, García-Granero Ximénez M, Millán Tarín J, et al. Cáncer de vesícula biliar en un hospital comarcal. Cir Esp. 2009;86:219–23.
2. Shibata K, Uchida H, Iwaki K, Kai S, Ohta M, Kitano S. Lymphatic invasion: An important prognostic factor for stages T1b–T3 gallbladder cancer and indication for additional radical resection of incidental gallbladder cancer. World J Surg. 2009;33:1035–41.
3. Goetze TO, Paolucci V. Immediate re-resection of T1 incidental gallbladder carcinomas: A survival analysis of the German Registry. Surg Endosc. 2008;22:2462–5.
4. You DD, Lee HG, Paik KY, Heo Jin S, Choi SH, Choi DW. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancers? Ann Surg. 2008;247:835–8.

Francisco J. Morera Ocon

Servicio de Cirugía General, Hospital de Requena, Valencia, España
Correo electrónico: fmoreraocon@aecirujanos.es

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.11.022

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.024

Tratamiento ambulatorio de las hemorroides con sistema hemorpex. ¿Un método innovador?

Outpatient treatment for haemorrhoids with hemorpex. An innovative method?

Tras leer el artículo de Iachino et al[1], queremos felicitar a los autores por los buenos resultados obtenidos. No obstante, nos gustaría hacer algunas reflexiones.

La serie incluye pacientes con hemorroides grado 2, 3 y 4. Sin embargo, las hemorroides grado 4 suelen considerarse indicación de hemorroidectomía por la elevada tasa de recidiva con otros métodos, lo que se corresponde con lo indicado en el artículo (37,5%), sin tener en cuenta la persistencia del componente anocutáneo. En una revisión bibliográfica realizada por Giordano et al[2], se favorece la ligadura de la arteria hemorroidal guiada por Doppler (LAHD) para hemorroides grado 2 y 3.

En la tabla del coste relativo del Hemorpex, echamos de menos la comparación con las clásicas ligaduras hemorroidales (método de Barron), posiblemente el método más barato y que menos recursos humanos y materiales consume. MacRae et al[3] lo sitúan en un segundo lugar tras la cirugía en su metaanálisis.

La tasa de recidiva para las hemorroides grado 2 y 3 en la serie de los autores es del 1,6% y 3,9%, respectivamente. En nuestra serie[4] con el método de Barron, la tasa de recidivas para hemorroides grado 1, 2 y 3 fue del 5,7%, del 9,8% y del 25,9%, respectivamente. Las de grado 4 se excluyeron del estudio.

Arthur et al[5] comparan la LAHD con las ligaduras con bandas elásticas en el tratamiento de hemorroides grado 2 y 3. Los autores observan una resolución parcial/total del 76% y 88% en hemorroides grado 2 y 3, respectivamente, tratadas con LAHD frente al 69% y 75% en hemorroides grado 2 y 3 con ligaduras convencionales. Esta comparación (sin diferencias significativas) parece evidenciar que la LAHD es algo mejor que la ligadura convencional con bandas elásticas. La vascularización transmural del recto explicaría la insuficiencia tratando solo el plexo submucoso con ambos métodos[6].

No obstante, queda una duda: los autores del hemorpex realizan alrededor de 6 ligaduras transfixivas (sin Doppler) por paciente y podría plantearse un enfoque similar con el método tradicional para conseguir una comparación más igualada.

En nuestra serie, se realizó un promedio de 1,5 ligaduras por sesión con una media de 2,45 por paciente. Hay una razón para explicar este hecho: a partir de la colocación de más de 2 ligaduras por sesión aumentaba notablemente el disconfort (dolor/tenesmo) hasta en un 32% de los pacientes. Otros autores refieren cifras de dolor incluso más elevadas[7]. Los autores han obtenido con su método un predominio de escala visual analógica de 1 a 3 en un 59,9% de sus pacientes colocando más ligaduras.

Parece que los nuevos dispositivos y técnica para tratar las hemorroides (Hemorpex, LAHD) han mejorado los resultados en cuanto a recidiva y dolor, excepto quizás en el coste.

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.028

BIBLIOGRAFÍA

1. Iachino C, Guerrero Y, Sias F, Milone L, Saccone M, Giordano GF, et al. Resultados de la hemorroidopexia con sistema hemorpex en el tratamiento quirúrgico ambulatorio de las hemorroides. Cir Esp. 2009;86:105–9.
2. Giordano P, Overton J, Madeddu F, Zaman S, Gravante G. Transanal hemorrhoidal dearterialization: a systematic review. Dis Colon Rectum. 2009;52:1665–71.
3. Mac Rae HM, McLeod RS. Comparison of hemorrhoidal treatments: a meta-analysis. Can J Surg. 1997;40:14–7.
4. Bernal JC, Enguix M, López García J, García Romero J, Trullenque Peris R. Ligadura con banda elástica de las hemorroides en una Unidad de Coloproctología. Estudio prospectivo. Rev Esp Enf Dig. 2005;97:38–45.
5. Arthur J, Barben C, Skaife P. A comparison of initial outcome after Doppler-Guided Haemorrhoidal Artery Ligation and Rubber Band Ligation for 2nd/3rd degree haemorrhoids. Colorectal Disease. 2009;II(Suppl.2):16.
6. Aigner F, Bodner G, Conrad F, Mbaka G, Kreczy A, Fritsch H. The superior rectal artery and its branching pattern with regard to its clinical influence on ligation techniques for internal hemorrhoids. Am J Surg. 2004;187:102–8.
7. Hardwick RH, Durdey P. Should rubber band ligation haemorrhoids be performed at the initial outpatient visit? Surg Clin North Am. 1992;72:665–79.

Juan Carlos Bernal Sprekelsen*, Francisco Morera Ocón, Francisco Javier Landete Molina y José López García

Servicio de Cirugía, Hospital General de Requena, Requena, Valencia, España

*Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jcbernal@comv.es (J.C. Bernal Sprekelsen).

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Director:

Ante todo, queremos agradecer a los Dres. Juan Carlos Bernal et al su interés por nuestra reciente publicación en referencia al tratamiento quirúrgico de las hemorroides con sistema hemorpex.

Estamos completamente de acuerdo en que las hemorroides grado 4 tienen indicación de hemorroidectomía, lo cual se ha visto confirmado con la tasa elevada de recidivas (37,5%) presentada en nuestro estudio.

Efectivamente, en la tabla de comparación de costes relativos, no hemos tenido en cuenta el método de Barron (ligaduras hemorroidales), pues como máximo podemos aplicar 2 por paciente y sesión, mientras que con el sistema hemorpex tratamos 6 paquetes. Por otra parte, el método de Barron es una técnica diferente a la nuestra , pues con él solo realizamos la ligadura de la hemorroide; mientras que el sistema hemorpex es un lifting de la mucosa mediante puntos transfixiantes de mucosa y submucosa siempre por encima de la línea pectínea, similar al sistema guiado con doppler, pero mejor, porque soluciona el prolapso debido a