

5. Roberts KE, Solomon D, Duffy AJ, Beli RL. Single-incision laparoscopic cholecystectomy: Surgeons's initial experience with 56 consecutive cases and a review of the literature. *J Gastrointest Surg.* 2009 [Epub ahead of print].

Ramon Vilallonga^{a,*}, José Manuel Fort^a y Manuel Armengol^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Cirugía Endocrina, Bariátrica y metabólica, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2010.02.003

doi:10.1016/j.ciresp.2010.05.009

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vilallongapuy@hotmail.com
(R. Vilallonga).

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Director:

La reciente carta en relación a nuestro artículo publicado en esta revista sobre la colecistectomía y el abordaje Laparoendoscopic Single Site Surgery (LESS), demuestra que al igual que en otros países, también en España hay cada vez mas grupos interesados en la implantación y desarrollo de este abordaje.

Los autores nos ilustran con sus resultados y comentan su creencia de que los nuevos dispositivos en estudio y desarrollo deben facilitar la realización de los diversos procedimientos, centrándose en uno en concreto, el Gel Point®. Son varios los puertos que no han llegado todavía hasta nuestro entorno, desde puertos más convencionales (Uni-X®, Pnavel systems Inc, Brooklyn. NY. USA), hasta dispositivos con nuevos conceptos para el mantenimiento de la presión intraperitoneal sin fugas aéreas gracias a un sello de aire (Air Seal™, SurgiQuest, Inc.; Orange, CT 06477; USA). La evolución de algunos de los actuales, sustituyendo el gel como control de fuga del neumoperitoneo por válvulas mas convencionales, será, probablemente el camino mas fácil (o el desarrollo mas lógico) para superar las deficiencias del gel como defensa de estanqueidad del gas (evolución del Tri Port®, Advanced Surgical Concepts, Whylok. Brey, Ireland).

Para el control hemostático, no es imprescindible el uso del Ligasure de 5 mm, sin embargo facilita un mejor control hemostático y puede ser útil, en especial en la curva de aprendizaje de la técnica, ya que existen limitaciones para el control rápido de una posible hemorragia. La triangulación es la base de una correcta visión y campo de trabajo en la cirugía laparoscópica y el LESS es una variedad evolutiva de la cirugía laparoscópica, no compartimos por tanto, las dudas sobre la necesidad de triangulación de nuestros comentaristas. Una

correcta visión es fundamental para el reconocimiento de estructuras, su tratamiento y el respeto de su integridad.

Estamos de acuerdo que se precisan trabajos más amplios, bien implementados, que estudien y definan las bondades y/o las desventajas de esta vía de abordaje, así como sus indicaciones. La selección de pacientes es necesaria, no solo en los trabajos relacionados con el abordaje LESS, sino en todas las innovaciones técnicas, que deben de recorrer un camino hasta su implantación generalizada, sin olvidar nunca la seguridad de los pacientes. No habría sido lógico comenzar la colecistectomía laparoscópica (hoy tradicional y de elección) en las colecistitis complicadas; sin embargo en estos casos, hoy, el primer tiempo del acto quirúrgico es una exploración laparoscópica, excepcionalmente se puede defender comenzar por una laparotomía.

Siendo este sesgo de selección evidente para trasladar los resultados a la población general^{1,2}. El avance de la técnica vendrá por los resultados favorables en series cada vez menos seleccionadas, y progresivamente iremos extrayendo la experiencia, las indicaciones y contraindicaciones de esta técnica (como en todas en relación con la experiencia de los cirujanos y los grupos que estén interesados en la técnica).

B I B L I O G R A F Í A

- Curcillo P, Wu A, Podolsky E, Graybeal C, Katkhouda N, Saenz A, et al. Single port access (SPA) cholecystectomy: A multi-institutional report of the first 297 cases. *Surg Endosc.* 2009.
- Hernández JM, Morton CA, Ross S, Albrink M, Rosemurgy AS. Laparoendoscopic single site cholecystectomy: The first 100 cases. *AmSurg.* 2009;75:681-5.

Jesús Garijo Álvarez^a, Tomás González Elosua^{a,*},
Martín Gascón Hove^b y Jesús Torres Jiménez^a

^aServicio de Cirugía General, Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital de la Defensa, Zaragoza, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: tomasgelo@ gmail.com
(T. González Elosua).

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/
j.ciresp.2010.05.009

doi:10.1016/j.ciresp.2010.06.006

Tuberculosis peritoneal como causa de ascitis de origen no filiado

Peritoneal tuberculosis as a cause of ascites of unknown origin

Nos ha parecido interesante el artículo publicado por Del Valle et al¹ porque, en la actualidad la incidencia de la tuberculosis está aumentando en los países desarrollados debido a la inmigración, resistencia a fármacos e inmunodepresión².

Así, la tuberculosis abdominal representa la sexta causa de tuberculosis extrapulmonar, suponiendo el 11% de los casos de tuberculosis, y siendo su localización más habitual la región ileocecal y el peritoneo^{3,4}. La ascitis puede aparecer hasta en el 97% de los casos. Puede presentarse de tres formas distintas: tipo ascítico (la más frecuente), tipo seco con adherencias y tipo fibrótico con engrosamiento del omento y ascitis loculada³. Dada la sintomatología inespecífica es necesario establecer un diagnóstico diferencial con enfermedades de origen neoplásico (neoplasia intestinal, de ovario y linfoma), infecciosas (parasitos en inmunodeprimidos, amebiasis, giardiasis y estrongiloidiasis) e inflamatorias (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa)⁵. Se han descrito hasta un 5% de ascitis con doble patología y no es excepcional encontrar una TP y una carcinomatosis peritoneal simultánea.

Centrándonos en el diagnóstico, el Mantoux tiene poca utilidad. Un líquido ascítico correspondiente a exudado linfocitario con niveles de ADA superiores a 36U/l debe sugerir el diagnóstico. Las tinciones de BAAR y los cultivos de la ascitis son positivos en pequeños porcentajes³. La tomografía axial computarizada puede ser útil en los casos de masas mesentéricas o engrosamiento peritoneal⁶. Estamos de acuerdo con los autores, que en ascitis de origen indeterminado debe realizarse una laparoscopia o laparotomía para la obtención de biopsias cuyo análisis anatomo-patológico y cultivo microbiológico confirmarán el diagnóstico definitivo⁷.

El tratamiento recomendado es la cuádruple terapia con isoniazida, rizampicina, pirazinamida y etambutol durante un periodo de seis meses.

El pronóstico es favorable en la mayoría de los casos; la morbitmortalidad aumenta cuando se abandona el tratamiento, existe resistencia a los fármacos y se producen complicaciones severas⁸.

B I B L I O G R A F Í A

1. Rodrigo Del Valle Ruiz S, López Espejo JB, Martín Pérez JL, Miluy Guerrero M, Sánchez De La Villa G. Tuberculosis peritoneal como causa de ascitis de origen no filiado. Cir Esp. 2010;87:323-4.
2. Robaday S, Belizna C, Kerleau JM, Héron F, Cailleux N, Lecomte F, et al. Tuberculosis peritonitis: an always present disease. About 4 new cases. Rev Med Interne. 2005;26:738-43.
3. Sharma MP, Bhatia V. Abdominal tuberculosis. Indian J Med Res. 2004;120:305-15.
4. Akgun Y. Intestinal and peritoneal tuberculosis: changing trends over 10 years and review of 80 patients. Can J Surg. 2005;48:131-6.
5. Farías Llamas OA, López Ramírez MK, Morales Mezcua JM, Medina Quintana M, Buonocunto Vázquez G. Peritoneo and intestinal tuberculosis: an ancestral disease that poses new challenges in the technological era. Case report and review of the literature. Rev Gastroenterol Mex. 2005;70:169-79.
6. Pickhardt PJ, Bhalla S. Unusual nonneoplastic peritoneal and subperitoneal conditions: CT findings. Radiography. 2005;25:719-30.
7. Tarcoveanu E, Filip V, Maldovanu R, Dimofte G, Lupascu C. Abdominal tuberculosis: a surgical reality. Chirurgia. 2007;102:303-8.
8. Al Muneef M, Memish Z, Mahmoud SA, Sadoon SA, Bannantine R, et al. Tuberculosis in the belly: a review of forty-six cases involving the gastrointestinal tract and peritoneum. Scand J Gastroenterol. 2004;528-32.