

Réplica al comentario de la carta al director sobre la encuesta de sistemas de trauma en España



Reply to the comment of the letter to the Editor on the survey on trauma systems in Spain

Sr. Director:

En primer lugar, agradecer la felicitación; el artículo al que hace referencia el comentario publicado en la carta al director no es ni más ni menos que un subrayado a la situación actual de la asistencia al politraumatizado en España, que no es buena y no se acerca a la de otros países, como los Estados Unidos de Norteamérica¹. El método ATLS es aplicable a la asistencia prehospitalaria igualmente (PHTLS) con ciertos matices, pero el método en esencia es tan válido y, en efecto, la parte prehospitalaria es fundamental, pues las decisiones y las actuaciones que estos realicen son de suma importancia dado que forma parte de la asistencia durante la «hora de oro» del politraumatizado. En efecto, son varios los hospitales que actualmente se están sumando a protocolizar y organizar la asistencia de los politraumatizados que les toca atender y la prehospitalaria forma parte muy importante de su organización². Cada hospital que organice la asistencia al paciente politraumatizado debe tener, obviamente, su base de datos, pero la asignatura pendiente que todavía tenemos es, como dicen los autores de la carta, el incluir no solo la asistencia prehospitalaria, sino también el plan de reinserción social del paciente traumatizado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Committee on Trauma American College of Surgeons. Resources for optimal care of the injured patient. Chicago: American College of Surgeons. 1996.
2. Costa Navarro D, Jiménez Fuertes M, Medina Álvarez JC, Requena Meana L, Jimeno Lecina E, Inaba K, et al. Introduction and operation of a multiple trauma unit in a general hospital. Cir Esp. 2009;86:363-8.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.014>

David Costa Navarro

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España

Correo electrónico: dcostacir@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.06.007>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Abordaje laparoscópico de la oclusión intestinal



Laparoscopic approach to intestinal obstruction

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Poves et al.¹ sobre el abordaje laparoscópico en el tratamiento de la oclusión intestinal por adherencias y hernias internas. A propósito de este trabajo creemos conveniente complementar la información de los autores comunicando nuestra experiencia².

Cabe recalcar la gran importancia de una adecuada selección de pacientes, de la cual va a depender el éxito de este abordaje. De este modo, tal como comentan los autores, pese a que actualmente no existen ensayos clínicos aleatorizados sobre el tema, sí que existen ciertas recomendaciones

que deberían tenerse en cuenta, además de las descritas por los autores. Así, la sospecha de brida única es la principal indicación de la vía laparoscópica (fundamentalmente en pacientes con adherencias embriogénicas o tras apendicectomía); sin embargo, también está indicada en oclusiones por cuerpos extraños, bezoares o íleo biliar. Por otra parte, se podrían considerar como contraindicaciones relativas las anestésicas propias del estado del paciente, la sospecha de oclusión por carcinomatosis peritoneal, la existencia de distensión de intestino delgado mayor de 4 cm en las pruebas de imagen y la sospecha de adherencias densas. Del mismo modo, el empleo de la vía laparoscópica en pacientes con sospecha de isquemia o peritonitis es controvertido,

siendo considerada por ciertos grupos como contraindicación relativa^{3,4}.

Tal como comentan los autores, el principal argumento en contra ha sido el aumento de las lesiones iatrogénicas desapercibidas durante la adhesiolisis. Sin embargo, recientemente distintos grupos^{4,5} han publicado cifras similares a las de la cirugía abierta (3-17%) que avalan la seguridad de esta vía de abordaje en manos de cirujanos expertos. Por ello, la disección ha de ser delicada, evitando la tracción sobre las asas intestinales y extremando el uso de la electrocoagulación. Es fundamental evitar la colocación de trocates sobre incisiones previas. Asimismo, durante el acto operatorio ha de filiarse la etiología de la oclusión. Si no fuera posible mediante laparoscopia, es mandatoria la conversión a laparotomía^{3,5,6}.

El papel fundamental de la laparoscopia en este campo se da fundamentalmente en la prevención de futuras adherencias que provocarían la recidiva del cuadro de oclusión intestinal, con los consiguientes costes socioeconómicos que esto conlleva. En nuestro ámbito nacional no existe ningún informe en esa dirección; sin embargo, en Estados Unidos se calcula un gasto de unos 1,3 billones de dólares al año por este motivo⁶.

En resumen, estamos de acuerdo con los autores sobre los buenos resultados del tratamiento laparoscópico de la oclusión intestinal. Sin embargo, aunque su empleo esté justificado, hay que recordar que el abordaje laparotómico sigue considerándose de elección en el tratamiento de la oclusión intestinal, y debe reservarse el laparoscópico para casos seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Poves I, Sebastián Valverde E, Puig Companyó S, Dorcaratto D, Membrilla E, Pons MJ, et al. Resultados del abordaje laparoscópico en el tratamiento de la obstrucción aguda del

intestino delgado por adherencias y hernias internas. *Cir Esp*. 2014;92:336-40.

2. Fortea-Sanchis C, Priego-Jiménez P, Martínez-Ramos D, Ángel-Yepes V, Villegas-Cánovas C, Escrig-Sos J, et al. Experiencia inicial en el abordaje laparoscópico de la obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2013; 78:219-24.
3. Vettoretto N, Carrara A, Corradi A, de Vivo G, Lazzaro L, Ricciardelli L, et al. Laparoscopic adhesiolysis: Consensus conference guidelines. *Colorectal Dis*. 2012;14:208-15.
4. Grafen FC, Neuhaus V, Schob O, Turina M. Management of acute small bowel obstruction from intestinal adhesions: Indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital. *Langenbecks Arch Surg*. 2010;395:57-63.
5. Ghosheh B, Salameh JR. Laparoscopic approach to acute small bowel obstruction: Review of 1061 cases. *Surg Endosc*. 2007;21:1945-9.
6. Chousleb E, Shuchleib S, Chousleb A. Laparoscopic management of intestinal obstruction. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2010;20:348-50.

Carlos Fortea-Sanchis*, Pablo Priego-Jiménez,
Laura Granel-Villach y José Luis Salvador-Sanchis

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

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosfortea@gmail.com
(C. Fortea-Sanchis).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.05.008>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Hernias de hiato o hernias paraesofágicas?



Hiatal hernias or paraesophageal hernias?

Sr. Director:

Braghetto y Csendes son 2 autores de reconocido prestigio en el mundo de la cirugía esofagogástrica. Recientemente han publicado en su revista un artículo sobre cuándo y por qué deben ser operadas las hernias hiatales (HH)¹. En él describen sus resultados sobre un estudio prospectivo de 121 pacientes operados de HH que dividen en 2 grupos según la edad (menores y mayores de 70 años). En sus conclusiones apoyan una actitud intervencionista respecto a las HH y creen que se debe operar a todos los pacientes desde el momento de su diagnóstico. Los pacientes de edad avanzada no tienen que

ser excluidos de la cirugía reglada basándose en la baja mortalidad (< 1,5%) de los procedimientos laparoscópicos electivos en comparación con la mortalidad de los casos operados de urgencia (> 5%).

Creo que, aunque presentan una serie completa de pacientes operados de HH en la que predomina la HH tipo I con reflujo gastroesofágico, el artículo y las conclusiones finales del mismo se refieren principalmente a las HH de los ancianos, que suelen ser hernias paraesofágicas (HP). En 2002, Stylopoulos publicó en *Annals of Surgery* un artículo con un título provocador: «Hernias paraesofágicas: ¿operación u observación?»². La conclusión del mismo fue que el