

tratamiento inicial para los pacientes asintomáticos o poco sintomáticos con HP debería ser conservador y no quirúrgico. Para ello diseñaron un estudio de 2 cohortes de pacientes con HP. El primer grupo fue tratado mediante cirugía y el segundo grupo, sin ella. Según sus resultados, la estrategia de la observación sin cirugía fue el tratamiento óptimo para el 87% de los pacientes.

En la década que ha transcurrido desde dicha publicación, la cirugía laparoscópica del hiato esofágico ha tenido un gran desarrollo. Hoy en día se puede ofrecer a pacientes de edad avanzada y obtener muy buenos resultados. Estoy totalmente de acuerdo con Braghetto y Csendes en que si se interroga bien a estos pacientes con HH, la mayoría van a referir síntomas de varios años de evolución. Respecto al tema controvertido de cuándo operar las HP en los ancianos, también comparto la opinión de ellos basándome en la literatura y en la experiencia personal. Los pacientes con HP complicada son a veces de difícil diagnóstico y la necrosis gástrica transmural es impredecible. Cuando esto sucede, la mortalidad del paciente es muy elevada. Por lo tanto, pienso que todo paciente con HP debe ser operado tras el diagnóstico, pero no todo paciente con HH. Creo que las recomendaciones internacionales para el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico, como las de la Sociedad Americana de Cirugía Gastrointestinal y Laparoscópica (SAGES)³ continúan vigentes hoy en día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Braghetto I, Csendes A, Korn O, Musleh M, Lanzarini E, Saure A, et al. Hernias hiatales: ¿cuándo y por qué deben ser operadas? *Cir Esp.* 2013;91:438-43.
2. Stylopoulos N, Gazelle GS, Rattner DW. Paraesophageal hernias: Operation or observation? *Ann Surg.* 2002;236:492-501.
3. Stefanidis D, Hope WW, Kohn GP, Reardon PR, Richardson WS, Fanelli RD. SAGES Guidelines Committee. Guidelines for surgical treatment of gastrointestinal reflux disease. *Surg Endosc.* 2010;24:2647-69.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.07.020>

Jorge de Tomás Palacios

Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.018>
0009-739X/

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Réplica a Carta al Director

Reply to the Letter to the Editor



Sr. Director:

Agradecemos la gentileza de su parte y la oportunidad de seguir la interesante discusión respecto del tema de hernia hiatal ¿cuándo estas deben ser operadas?

Es bastante desalentador para un cirujano recibir pacientes muy añosos con complicaciones respiratorias graves secundarias a crisis de neumonías o bronquitis de repetición por la permanente aspiración de contenido esofágico y gástrico que refluye desde una hernia hiatal, o por complicaciones de la misma hernia, como anemia severa, úlcera gástrica activa, o vólvulos, y aún peor, si los pacientes dan el antecedente de que fue diagnosticada una hernia hiatal varios años antes y no se les indicó cirugía en forma oportuna. Es frustrante para los cirujanos porque, en este momento, la enfermedad asociada cardiorrespiratoria o la edad del paciente hacen desaconsejable una cirugía, habiéndose perdido el momento óptimo para poder realizarla.

Esta situación la hemos vivido en numerosas ocasiones a lo largo de nuestra carrera quirúrgica, por lo que nos interesaba alertar precozmente a los cirujanos, cuando se enfrenten a esta enfermedad.

Por otra parte, el trabajo de Stylopoulos fue revisado y está mencionado en la bibliografía. No estamos de acuerdo en su

postura pues, además de tener sesgos metodológicos, tiene un porcentaje no despreciable de complicaciones derivadas de la enfermedad de base del paciente perfectamente prevenibles, y no toma en cuenta los excelentes resultados que actualmente nos ofrece la cirugía por vía laparoscópica en estos pacientes.

De esta manera, estamos convencidos de nuestra postura y agradecemos los comentarios que apoyan el concepto por nosotros sustentado.

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.03.018>

Italo Braghetto

Departamento de Cirugía, Universidad de Chile, Santiago, Chile

Correo electrónico: italobraghetto@gmail.com,
ibraghet@hcuch.cl

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.06.001>
0009-739X/

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