

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 trocares 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

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.