

3. El Mourad H, Himpens J, Verhofstadt J. Stent treatment for fistula after obesity surgery: Results in 47 consecutive patients. *Surg Endosc.* 2013;27:808-16.
4. Van de Vrande S, Himpens J, El Mourad H, Debaerdemaeker R, Leman G. Management of chronic proximal fistulas after sleeve gastrectomy by laparoscopic Roux-limb placement. *Surg Obes Relat Dis.* 2013;9:856-61.
5. Eisendrath P, Cremer M, Himpens J, Cadière GB, Le Moine O, Devière J. Endotherapy including temporary stenting of fistulas of the upper gastrointestinal tract after laparoscopic bariatric surgery. *Endoscopy.* 2007;39:625-30.
6. Puli SR, Spofford IS, Thompson CC. Use of self-expandable stents in the treatment of bariatric surgery leaks: A systematic review and meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 2012;75:287-93.
7. Vilallonga R, van de Vrande S, Himpens J, Leman G. Reply to the article Moszkowicz Sleeve gastrectomy severe complications: Is it always a reasonable surgical option? *Obes Surg.* 2013;23:1675-6.
8. Vilallonga R, Himpens J, van de Vrande S. Laparoscopic management of persistent strictures after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Obes Surg.* 2013;23:1655-61.
9. Serra C, Baltasar A, Pérez N, Bou R, Bengochea M. Total gastrectomy for complications of the duodenal switch, with reversal. *Obes Surg.* 2006;16:1082-6.
10. Chouillard E, Chahine E, Schoucair N, Younan A, Jarallah MA, Fajardy A, et al. Roux-en-Y fistulo-jejunosomy as a salvage procedure in patients with post-sleeve gastrectomy fistula. *Surg Endosc.* 2014;28:1954-60.

Ramón Vilallonga<sup>ab\*</sup>, José Manuel Fort<sup>a</sup> y Jacques Himpens<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Endocrine, Metabolic and Bariatric Unit,  
General Surgery Department,  
Vall d'Hebron University Hospital,  
Universitat Autònoma de Barcelona,  
Center of Excellence for the EAC-BC, Barcelona, España

<sup>b</sup>Division of Bariatric Surgery, AZ St-Blasius, Dendermonde, Bélgica

\* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.06.012>  
0009-739X/

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

## Inmunonutrición perioperatoria



### Perioperative immunonutrition

Sr. Director:

Hemos leído con interés la revisión de conjunto realizada por Morán López et al. En su completo trabajo, los autores subrayan la importancia del soporte nutricional perioperatorio y su impacto benéfico probado sobre la incidencia de complicaciones infecciosas y sobre la estancia hospitalaria<sup>1</sup>. Insisten también en algunos conceptos básicos que están probados científicamente desde hace años (como la mayor eficiencia de la nutrición enteral con respecto a la parenteral o la necesidad de realizar una inmunonutrición preoperatoria en pacientes intervenidos mediante cirugía digestiva mayor). Sin embargo, estas prácticas no llegan a generalizarse entre los cirujanos.

En el 2005, tras una revisión sistemática de la literatura sobre el manejo perioperatorio del enfermo quirúrgico, la Société Française de Chirurgie Digestive (SFCD) publicó una guía de práctica clínica muy concreta, en la que insistía sobre la importancia de la evaluación sistemática del estado nutricional y el interés del soporte nutricional perioperatorio<sup>2</sup>. En particular, de acuerdo con la evidencia científica de alto nivel que existía ya en aquel momento, se recomendaba la administración de inmunonutrición preoperatoria durante 5-7 días a todo enfermo intervenido de un cáncer digestivo (no solo del tubo digestivo superior, sino también colorrectal), incluso en pacientes no desnutridos. La inmunonutrición se

prosigue en el postoperatorio solamente para los pacientes que estaban desnutridos antes de la cirugía. Esta recomendación explícita y formal «obligó» un año después al Ministerio de Sanidad a asumir el coste de la inmunonutrición preoperatoria (aproximadamente 175 € para una semana de tratamiento preoperatorio) con el decreto correspondiente, siempre que el producto fuera recetado por un cirujano, un oncólogo o un anestesista para un paciente operado de un cáncer digestivo<sup>3</sup>.

Las recomendaciones hechas por la SFCD en 2005 fueron luego retomadas y confirmadas por las sociedades científicas correspondientes de nutrición (SFNEP) y de anestesia-reanimación (SFAR)<sup>4</sup>. Este proceso permitió pasar en 5 años del desconocimiento total de estas prácticas en el mundo quirúrgico a un nivel de prescripción del 65% en los enfermos oncológicos, nivel que hoy es ciertamente mayor gracias a lo mucho que se ha comunicado sobre este tema<sup>5</sup>.

El motivo de esta carta es, pues, incitar a la Asociación Española de Cirujanos a iniciar un proceso similar en el que se haga aparecer a la vista de los cirujanos, y también de las autoridades competentes y de la sociedad, el interés que tienen estas prácticas para los pacientes y su beneficio probado en términos fármaco-económicos<sup>6-8</sup>. El caso de Francia es, en este tema, un claro ejemplo de cómo podemos lograr que una evidencia científica llegue a impregnar la práctica clínica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morán López JM, Piedra León M, Garcia Unzueta MT, Ortiz Espejo M, Hernández González M, Morán López R, et al. Soporte nutricional perioperatorio. *Cir Esp.* 2014;92:379-86.
2. Mariette C, Alves A, Benoist S, Bretagnol F, Mabrut JY, Slim K. pour la Société Française de Chirurgie Digestive. Soins périopératoires en chirurgie digestive. *J Chir (Paris)*. 2005;142:14-28.
3. Brindisi MC, Ortega-Deballon P. Immunonutrition in surgical oncology: The French experience. *Mediterr J Nutr Metab.* 2012;5:71-3.
4. Chambrier C, Sztark F; Société Francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNEP), Société française d'anesthésie et réanimation (SFAR). French clinical guidelines on perioperative nutrition. Update of the 1994 consensus conference on perioperative artificial nutrition for elective surgery in adults. *J Visc Surg.* 2012; 149: e325-36
5. Verret S, Brindisi MC, Verges B, Ortega-Deballon P. Prescription d'Oral Impact<sup>®</sup> et état nutritionnel en préopératoire des cancers digestifs: les recommandations des sociétés savantes sont-elles appliquées ? *Nutr Clin Metab* 2014. (en prensa).
6. Braga M, Gianotti L. Preoperative immunonutrition: Cost-benefit analysis. *JPEN.* 2005;29:S57-61.
7. Strickland A, Brogan A, Krauss J, Martindale R, Cresci G. Is the use of specialized nutritional formulations a cost-effective strategy? A national database evaluation. *JPEN.* 2005;29:S81-91.
8. Meguid MM, Goncalves CG. Message to surgeons: The expected norm in elective complex GI cancer surgery is use of perioperative immunonutritional therapy that also saves hospital costs! *Ann Surg.* 2009;249.

Pablo Ortega Deballon\*, Dominique Eouzan Pieri y Stéphanie Verret

Service de Chirurgie Digestive et Cancérologique,  
CHU Bocage Central, Université de Bourgogne, Equipe INSERM 866,  
Thérapies loco-régionales en cancérologie, Dijon cedex, Francia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablo.ortega-deballon@chu-dijon.fr](mailto:pablo.ortega-deballon@chu-dijon.fr)  
(P. Ortega Deballon).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.06.011>  
0009-739X/

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