



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Respuesta a la Carta al Director relativa al artículo «Incontinencia fecal en el paciente anciano. Revisión de conjunto»



Response to the Letter to the Editor on the article “Fecal incontinence in older patients. A narrative review”

Sr. Director:

Agradezco la oportunidad de contestar a la Carta al Director firmada por Bernal-Sprekelsen et al. en referencia al artículo sobre la incontinencia fecal en el paciente anciano¹. Así mismo, quiero dar las gracias por el interés y los comentarios aportados por dichos autores.

Existe absoluto acuerdo en enfatizar la importancia de una completa historia clínica en la valoración de estos pacientes, con especial atención al tratamiento farmacológico habitual. Las opciones terapéuticas para la incontinencia fecal deben implementarse de manera escalonada, comenzando por medidas conservadoras que incluyan la modificación en la consistencia de las heces a través de todos los factores que puedan influir en la misma (hábito defecatorio, dieta y fármacos, fundamentalmente)². Deben, igualmente, ser descartadas intolerancias alimenticias como causa de diarrea crónica.

La presencia de sintomatología gastrointestinal en pacientes diabéticos está relacionada con la duración de la enfermedad y el control glucémico³; como destacan los autores, la diarrea y la incontinencia son atribuidas en mayor proporción al consumo de antidiabéticos orales que a la propia enfermedad.

La metformina es un antidiabético oral de la familia de las biguanidas ampliamente utilizado por su perfil de seguridad, ya que presenta bajo riesgo de producir hipoglucemia. Existen diversas publicaciones que relacionan la incontinencia fecal con la modificación en la consistencia de las heces secundaria a la toma de este fármaco, y que, como apuntan Bernal-Sprekelsen et al., consiguen una franca mejoría sintomática tras la retirada del mismo⁴⁻⁶.

Por otra parte, algunos de los fármacos utilizados en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares presentan

como efecto secundario la diarrea. Antiagregantes como la ticlopidina asocian en ocasiones colitis microscópica⁷ y el olmesartán puede dar lugar a una enteropatía con un perfil histopatológico traducido en atrofia vellositaria, linfocitosis intraepitelial y colitis eosinofílica o colágena, denominada enteropatía sprue-like por olmesartán⁸⁻¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Cabrera AM, Jiménez Rodríguez RM, Reyes Díaz ML, Vázquez Monchul JM, Ramos Fernández M, Díaz Pavón M, et al. Incontinencia fecal en el paciente anciano. Revisión de conjunto. *Cir Esp.* 2018;96:131-7.
2. Guillaume A, Salem AE, Garcia P, Chander Roland B. Pathophysiology and therapeutic options for fecal incontinence. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51:324-30.
3. Bytzer P, Talley NJ, Hammer J, Young LJ, Jones MP, Horowitz M. GI symptoms in diabetes mellitus are associated with both poor glycemic control and diabetic complications. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:604-11.
4. McCreight LJ, Bailey CJ, Pearson ER. Metformin and the gastrointestinal tract. *Diabetologia.* 2016;59:426-35.
5. Bouchoucha M, Uzzan B, Cohen R. Metformin and digestive disorders. *Diabetes Metab.* 2011;37:90-6.
6. Gerstel C, Zarate Lagunes M, Vischer UM. Fecal incontinence resolved using metformin withdrawal. *J Am Geriatr Soc.* 2011;59:756-7.
7. Philip NA, Ahmed N, Pitchumoni CS. Spectrum of drug-induced chronic diarrhea. *J Clin Gastroenterol.* 2017;51:111-7.
8. Sáez-González E, Díaz-Jaime FC, del Val-Antoñana A. Perfil clínico-analítico, serológico e histológico de la enteropatía sprue-like asociada con la toma de olmesartán. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108:685-6.

9. Shahzad MA, Harding D, Ruskiewicz A, Tran E, England G, Philpott H. Gastrointestinal: Olmesartan-induced enteropathy. *J Gastroenterol Hepatol.* 2018;33:1691. <http://dx.doi.org/10.1111/jgh.14317>. PMID: 29968297.
10. Burbure N, Lebwahl B, Arguelles-Grande C, Green PH, Bhagat G, Lagana S. Olmesartan-associated sprue-like enteropathy: A systematic review with emphasis on histopathology. *Hum Pathol.* 2016;50:127-34.

Correo electrónico: anam.gcabrera@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.08.011>
0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Ana María García Cabrera

Cirugía General y Digestiva, Unidad de Coloproctología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

Rendimiento del sistema Bethesda en el diagnóstico citopatológico del nódulo tiroideo



Performance of the Bethesda system in the cytopathological diagnosis of the thyroid nodule

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el artículo de Mora-Guzmán et al.¹ sobre el rendimiento del sistema Bethesda en el diagnóstico citopatológico del nódulo tiroideo. A propósito de este trabajo creemos conveniente completar la información de los autores comunicando nuestra experiencia².

La estandarización de la terminología empleada para la descripción de la citología tiroidea es fundamental para poder adecuar con la máxima precisión la actitud terapéutica. En nuestra experiencia, los resultados de la punción aspiración con aguja fina (PAAF) tiroidea analizados antes de la implantación del sistema Bethesda fueron de muy baja calidad, de tal forma que en el 27,7% de los casos no existió concordancia entre el resultado de la PAAF y el estudio anatomopatológico definitivo, con un 54,5% de falsos negativos y un 13,9% de falsos positivos en 112 pacientes analizados. Esto se tradujo en un valor predictivo positivo (VPP) del 57,7% y un valor predictivo negativo (VPN) del 79,1%, valores muy pobres comparados con los resultados obtenidos por Mora-Guzmán et al., que presentan un VPN del 99,5% y un VPP del 93,5%.

Una de las dificultades que plantean los autores, es la importancia de la diferenciación entre la categoría III y la categoría V, aunque ellos describen unos resultados que se acercan a lo recomendado^{3,4}. Respecto a la categoría I destacan el escaso número obtenido y lo adjudican al hecho de que todas las PAAF se han hecho guiadas por ecografía y sin aspiración⁵. Nuestros resultados solo se clasificaron en positivos o negativos según si se encontraron o no indicios de malignidad. La PAAF fue negativa en el 76,8% y positiva en el 23% de los casos. En nuestro caso, raramente se empleó el

ecógrafo, excepto en nódulos no palpables, por lo que puede hacernos pensar que este hecho también podría tener relación con los malos resultados obtenidos. Actualmente estamos pendientes de una nueva evaluación de resultados tras la estandarización de la técnica con el sistema Bethesda, pero *a priori*, tras un análisis preliminar y nuestra impresión clínica, parece indicar una clara mejoría.

En resumen, podemos concluir que resulta imprescindible la implantación del sistema Bethesda, ya que se trata de una clasificación fácil y sencilla de usar que permite discriminar con ciertas garantías el riesgo de malignidad de un nódulo tiroideo aunque, como siempre, existen factores como el del profesional implicado, en este caso citólogo, difícilmente medibles y comparables.

BIBLIOGRAFÍA

- Mora-Guzmán I, Muñoz de Nova JL, Marín-Campos C, Jiménez-Jefferman JA, Cuesta-Pérez JJ. Rendimiento del sistema Bethesda en el diagnóstico citopatológico del nódulo tiroideo. *Cir Esp.* 2018;96:363-8.
- Granel-Villach L, Fortea-Sanchis C, Laguna-Sastre JM, Escrig-Sos J, Salvador-Sanchis JL. Rendimiento diagnóstico de la punción aspiración con aguja fina de tejido tiroideo. *Rev Colomb Cir.* 2016;31:103-10.
- Iskandar ME, Bonomo G, Avadhani V, Persky M, Lucido D, Wang B, et al. Evidence for overestimation of the prevalence of malignancy in indeterminate thyroid nodules classified as Bethesda category III. *Surgery.* 2015;157:510-7.
- Krane JF, Vanderlaan PA, Faquin WC, Renshaw AA. The atypia of undetermined significance/follicular lesion of undetermined significance:malignant ratio: A proposed performance measure for reporting in The Bethesda