



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Respuesta al artículo: La concentración de tratamientos puede mejorar los resultados en cirugía compleja del cáncer



Response to the article: Concentration of treatments can improve clinical results in complex cancer surgery

Sr. Editor:

Hemos leído con gran interés la editorial de Borrás y Guarga¹ que creemos expresa el pensamiento de muchos cirujanos de nuestro país², y con la que coincidimos, al mismo tiempo que quisiéramos hacer una serie de reflexiones constructivas sobre algunos aspectos que no vemos reflejados del todo en la misma.

El que la concentración en determinados procedimientos disminuya la mortalidad¹⁻³, ya es una buena razón por sí misma para plantearse la centralización, a pesar de que no todos los estudios lo demuestran⁴, pero no nos parece suficiente el solo hecho de que el volumen por sí mismo sea el principal criterio que defina el centro de referencia, ya que se pueden operar muchos casos, a nivel individual o de servicio, pero si los resultados no se auditan, se comparan o se hacen públicos, podemos caer en el error de que cantidad no sea igual a calidad³.

Desde la Sección de Formación de la Asociación Española de Cirujanos <http://www.aecirujanos.es> pensamos que las unidades de un servicio que pretenda centralizar procedimientos deberían de estar certificadas al igual que sus profesionales, al mismo tiempo que disponer de tecnología puntera e innovadora que ofrezca las mejores oportunidades de tratamiento a nuestros pacientes, y esto sí que sería un requisito básico para que la centralización tuviese un sentido real, además del volumen, porque significa que los resultados de los profesionales y del centro, están auditados y se pueden comparar. Si tenemos en cuenta que la inmensa mayoría de estos pacientes van a ser tratados en algún momento de su proceso por un cirujano, y en una coyuntura en la que está claro que debemos de apostar por la centralización de

procedimientos, sería importante y oportuno, que desde las distintas secciones de la AEC se estableciesen los estándares de calidad que una unidad de referencia debería de reunir para centralizar procedimientos, y que junto al esfuerzo que se está haciendo desde la Unión Europea de Médicos Especialistas <https://www.uemssurg.org/> con los Board, estos tuviesen de verdad un sentido real y práctico y se solapasen con las propuestas necesarias de definir las áreas de capacitación específica y sus diplomas⁵ que contemplaba el paralizado proyecto de troncalidad, y que ya intuía la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que sí que está vigente, por lo que nuestra sociedad debería tener un liderazgo claro y visible, y no solo en la cirugía oncológica.

Agradecimientos

A todos los miembros de la Junta de la Sección de Formación Postgraduada de la Asociación Española de Cirujanos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Borrás JM, Guarga A. La concentración de tratamientos puede mejorar los resultados en cirugía compleja del cáncer. *Cir Esp.* 2018;96:315-6.
2. Codina-Cazador A, Biondo S. El terciarismo en el cáncer de recto. *Cir Esp.* 2015;93:273-5.
3. Finks JF, Osborne NH, Birkmeyer JD. Trends in Hospital Volume and Operative Mortality for High-Risk Surgery. *N Engl J Med.* 2011;364:2128-37.
4. Bos AC, van Erning FN, Elferink MA, Rutten HJ, van Oijen MG, de Wilt JH, et al. No difference in overall survival between

hospital volumes for patients with colorectal cancer in the Netherlands. *Dis Colon Rectum*. 2016;59:943-52.

5. Míquelena Bobadilla JM, Morales-García D, Iturburu Belmonte I, Alcázar Montero JA, Sera Aracil X, Docobo Durántez F, et al. Formación en Cirugía General en España: Troncalidad y áreas de capacitación específica. *Cir Esp*. 2015;93:147-51.

Dieter Morales-García^{a,b,*}, Jose Antonio Alcazar-Montero^{b,c}, Jose María Míquelena-Bobadilla^{b,d} y Xavier Serra Aracil^{b,e}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

^bSección de Formación Postgraduada, Asociación Española de Cirujanos (AEC)

^cServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^dServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

^eServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Parc Taulí, Sabadell, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dms11@me.com (D. Morales-García).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.08.012>
0009-739X/

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

Gastrectomía vertical: tendencia global y algunas controversias



Vertical gastrectomy: Global trends and some controversies

Hemos leído con gran interés la editorial publicada por los doctores Del Castillo Déjardin y Sabench Pereferrer publicado en el volumen 96 de la revista *CIRUGÍA ESPAÑOLA*¹. Queremos felicitar a los autores de dicha editorial la manera tan práctica de resumir las principales controversias actuales de esta técnica quirúrgica en el tratamiento de la obesidad. De manera breve quisiéramos agregar algunos comentarios sobre el mismo tema.

Efectivamente, la gastrectomía vertical (GV) ha tenido una gran aceptación de manera global entre los cirujanos y los mismos pacientes, incluso en países como México donde la obesidad se ha convertido en un grave problema de salud pública, este procedimiento ya ha superado en cantidad de procedimientos anuales al *bypass* gástrico².

Un inconveniente mencionado por los autores sobre esta técnica es la posibilidad de desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), misma idea que se percibe de manera generalizada, sin embargo, este tema aún no está del todo definido, ya que un estudio aleatorizado controlado realizado para evaluar esto no logró demostrar dicha aseveración. Comparó los resultados de la gastrectomía vertical con la banda gástrica (BG)³. Al primer año de seguimiento, el 8,8% de los pacientes que se les realizó BG desarrollaron ERGE y el 21,8% de los pacientes del grupo de GV sin ser estadísticamente significativo. A los 3 años tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

De las controversias mencionadas en la editorial, faltaría agregar 2 más: el protocolo Enhanced recovery after surgery (ERAS) y el diámetro de la sonda de calibración durante el procedimiento.

Los protocolos de ERAS han demostrado mejorar el pronóstico posoperatorio en pacientes en cirugía de colon, pero es un territorio aún poco explorado en cirugía bariátrica.

En 2012 se publicó un estudio aleatorizado controlado que comparó el protocolo ERAS frente al manejo posoperatorio estándar en pacientes a quienes se les realizó GV⁴. La estancia hospitalaria disminuyó de manera significativa en el grupo de protocolo ERAS ($p \leq 0,001$). Igualmente, el costo medio disminuyó en este grupo. Parece ser que el protocolo ERAS tiene pronósticos favorables en la GV y podría volverse una estrategia rutinaria.

Por otro lado, antes de realizar la gastrectomía de la GV con la engrapadora lineal, generalmente se calibra con una sonda a lo largo de la curvatura menor para llevar a cabo el reservorio gástrico. Solo un estudio prospectivo aleatorizado se ha publicado que analiza el calibre de la sonda⁵. En este estudio se logró determinar que el calibre no tiene repercusión en la pérdida de peso a corto plazo.

El tiempo y la evidencia científica determinarán si la GV desplaza al resto de las técnicas quirúrgicas.

Por último, nuevamente quisiéramos felicitar a los autores de la editorial por sus comentarios acertados sobre las tendencias actuales de esta técnica quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Del Castillo Déjardin D, Sabench Pereferrer F. Sleeve gastrectomy: Globalization and its controversies. *Cir Esp*. 2018;96:393-4.
2. Buchwald H, Oien DM. Metabolic/bariatric surgery worldwide 2011. *Obes Surg*. 2013;23:427-36.
3. Himpens J, Dapri G, Cadière GB. A prospective randomized study between laparoscopic gastric banding and laparoscopic isolated sleeve gastrectomy: Results after 1 and 3 years. *Obes Surg*. 2006;16:1450-6.