

y el 3,5%³, por lo que consideramos que el beneficio de la PTHio es muy reducido.

En conclusión, según nuestros datos no es necesaria la determinación sistemática de la PTHio en pacientes con HPP localizado. Animamos a otros grupos a publicar su experiencia tanto con los resultados de la medición de la PTHio como si han dejado de hacerlo de forma sistemática.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés alguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Laxague F, Angeramo CA, Armella ED, Valinoti AC, Mezzadri NA, Fernández Vila JM. Preoperative matching studies in the diagnosis of parathyroid adenoma for primary hyperparathyroidism: Can we avoid intraoperative PTH monitoring? *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021 Oct;99:572-7.
2. Harrison BJ, Triponez F. Intraoperative adjuncts in surgery for primary hyperparathyroidism. *Langenbecks Arch Surg*. 2009;394:799-809.
3. Barczyński M, Gołkowski F, Nawrot I. The current status of intraoperative iPTH assay in surgery for primary hyperparathyroidism. *Gland Surg*. 2015;4:36-43.

Clara Giménez Francés^{ab}[1_TD\$DIFF], Pedro López Morales^a, Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{ac}[2_TD\$DIFF] y Marife Candel Arenas^{ac}

^aServicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bHealth Sciences PhD Program, Universidad Católica de Murcia UCAM, Campus de los Jerónimos n°135, Guadalupe 30107, Murcia, Spain

^cFacultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

*Autora para correspondencia.

Correo electrónico: clara.gf92@gmail.com

(C. Giménez Francés).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.11.021>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Cirugía taurina en el siglo XXI

Bullfighting surgery in the XXI century



A propósito del artículo del Dr. Ríos¹ en el que refleja, con acierto, la problemática de la cirugía taurina, nos gustaría añadir algunas otras preocupantes razones que debemos considerar.

Si su desempeño «siempre es urgente» y «con alto volumen de actividad», y el objetivo primordial que se persigue es «salvar la vida» in situ, es fácil entender que, sumando falta de experiencia y de equipamiento, nos lleven imperiosamente a malos resultados².

La calidad asistencial que se requiere no ignora la seguridad clínica que precisa, requiriendo potenciar la investigación en este particular escenario: hay que medir para visualizar; de la misma manera que se estudian los fármacos, debemos conocer la eficacia y la seguridad de las «enfermerías de plaza», tan desiguales en infraestructuras para atender el mismo cometido, lo que induce a considerarlas el talón de Aquiles de la tauromaquia.

La calidad asistencial se basa en ciclos de mejora continua sustentada en tres pilares básicos: 1) estructura: recursos necesarios para cumplir los objetivos materiales, humanos, financieros y organizativos; 2) proceso: serie de tareas inte-

rrelacionadas que juntas permiten conseguir los objetivos, y 3) resultado: todo cambio en la salud atribuible al proceso, y se precisa medir los cambios mediante indicadores basados en evidencias científicas³.

El Reglamento Taurino vigente adolece de garantías cuando para los espectáculos taurinos que no sean de primera o segunda dice que «no precisan de anestesiólogo», obviando la alta incidencia de lesiones en el resto (plazas de tercera y festejos populares), sin importar la gravedad de las mismas⁴.

Por último, queremos dejar en el aire algunas preguntas por ser de respuesta ambigua: ¿Cómo se ejerce la función de inspección y cumplimiento del Reglamento? ¿Qué sociedades científicas han participado en el asesoramiento de los organizadores responsables? ¿Quién responde del mantenimiento de los aparatos de anestesia? ¿Cuáles son los estándares de calidad y seguridad para el desempeño y quién los controla?

Existen muchos huecos que tapar y no debemos mirar para otro lado. Si queremos subsistir debemos ponernos manos a la obra.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ríos A. Cirugía taurina en el siglo XXI. De la gloria al desprecio. *Cir Esp.* 2021;99:482-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.12.014> [consultado 1 Nov 2021].
2. Gervas J, Pérez-Fernández M. Cuando ya no puedes más: estructura, proceso y resultado. *Acta Sanitaria*. Octubre 2020 [consultado 1 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/cuando-ya-no-puedes-mas-estructura-proceso-y-resultado/>.
3. Saturno J, Gascón JJ, Parra P. Tratado de calidad asistencial en atención primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma. 1997.
4. Real Decreto 1649/1997 por el que se regulan las instalaciones sanitarias y los servicios médico-quirúrgicos en los espectáculos taurinos [consultado 1 Nov 2021]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1997/10/31/1649>

Francisco López-Soriano* y Javier Belmonte

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: francisco.lopez1818@gmail.com (F. López-Soriano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.11.013>

0009-739X/© 2021 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

¿Colecistectomía y cirugía bariátrica en pacientes con colelitiasis asintomática?



Cholecystectomy and bariatric surgery in asymptomatic patients with cholelithiasis?

Estimado Director,

En las conclusiones del artículo publicado en su revista por Ainhoa Andrés-Imaz et al. sobre la aparición de colelitiasis después de la cirugía bariátrica (CB)¹ se recomienda el uso postoperatorio de ácido ursodesoxicólico y la colecistectomía concomitante durante la operación bariátrica «independientemente de la sintomatología». Creo que tras su estudio de aparición de colelitiasis de novo en el 10% de los pacientes, durante el primer año postoperatorio de CB, sí se justificaría el uso ulterior de ácido ursodesoxicólico, aunque sea controvertido². Sin embargo, este hallazgo quizás no sería suficiente para promover la colecistectomía en todos los pacientes obesos con colelitiasis durante la CB.

Respecto a estos pacientes, hay un claro consenso en realizar la colecistectomía concomitante con la CB cuando existan síntomas relacionados con la litiasis biliar²⁻⁶, pero en los casos asintomáticos existen muchas dudas.

En primer lugar habría que analizar la técnica bariátrica, puesto que no es lo mismo realizar la colecistectomía tras una gastrectomía vertical que tras un bypass gástrico u otra técnica más compleja⁵. Hay artículos que demuestran un leve incremento en las complicaciones de los pacientes a los que se les asocia la colecistectomía tras finalizar un bypass gástrico^{2,4,5}. Sin embargo, otros autores obtienen buenos

resultados y proponen la realización de ambas técnicas a la vez⁶.

¿Qué sucede en los pacientes asintomáticos sometidos a una gastrectomía vertical? La gastrectomía vertical es un procedimiento más sencillo con una duración próxima a los 60 min en el que la colecistectomía puede incrementar la operación 40-50 min. En este caso se sigue teniendo acceso endoscópico a la vía biliar y sería solo la prevención de complicaciones biliares junto al ahorro de una segunda intervención lo que apoyaría este doble procedimiento.

En el Congreso de la SECO de 2021, presentamos nuestra experiencia en los pacientes con colelitiasis sintomática/asintomática antes de la CB y la evolución subsiguiente con/sin colecistectomía. De los 39 pacientes diagnosticados mediante ecografía de colelitiasis durante 10 años, los 10 sintomáticos se operaron sin incidencias, y se realizó con éxito una gastrectomía vertical con colecistectomía a 9, de los 29 restantes. Lo más interesante fue que el 90% los otros 20 pacientes no colecistectomizados, permanecieron asintomáticos durante un periodo largo de tiempo (3-12 años).

En resumen, son numerosos los factores a tener en cuenta para plantear la colecistectomía durante la CB en pacientes asintomáticos con colelitiasis. El más importante quizás sea la experiencia en colecistectomía compleja de los cirujanos⁵. Si el equipo tiene buenos resultados y no incrementa la