

visión podría existir la posibilidad de herir los vasos mamarios. Sin ánimo de polemizar, creemos que cada grupo debe adoptar la técnica que más confianza le proporcione y es de agradecer a los autores la observación y la experiencia por ellos descrita.

En una reciente publicación del grupo de Nuss³ se revisan las modificaciones técnicas y los resultados de la técnica en 303 pacientes, que él mismo presentó en la Reunión Internacional de Cirugía Torácica celebrada en Barcelona los pasados 11 y 12 de abril de 2002. En esta revisión se constata el aumento de la edad de los pacientes intervenidos, que llega hasta los 29 años. Asimismo, se recomienda una mayor permanencia de la barra, hasta tres años, en los pacientes de mayor edad para evitar la recidiva del *pectus* una vez retirada la barra.

L. Molins, C. Simón y G. Vidal
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Sagrat Cor. Barcelona. España.

1. Santana N, Hernández H, Gámez P, Madrigal L, Córdoba M, Varela A. Corrección videotorascópica mínimamente invasiva del *pectus excavatum*. Arch Bronconeumol 2002;38:392-5.
2. Molins L, Bento L, Mateu M, Rami R, Buitrago J, Vidal G. Corrección del *pectus excavatum* mediante la técnica mínimamente invasiva de Nuss. Arch Bronconeumol 2002;38(Supl 2):148-9.
3. Croitoru DP, Kelly REJ, Goretsky MJ, Lawson ML, Swoveland B, Nuss D. Experience and modification up date for the minimally invasive Nuss technique for *pectus excavatum* repair in 303 patients. J Pediatr Surg 2002;37:437-45.



Corrección videotorascópica mínimamente invasiva del *pectus excavatum*

Sr. Director: Hemos leído con mucho interés el artículo de Santana et al¹ en el que se describe la corrección videotorascópica del *pectus excavatum* en tres pacientes mediante la técnica mínimamente invasiva de Nuss. Los autores describen con minuciosidad la evolución de esta cirugía, así como los detalles técnicos de dicha corrección con la colocación de la barra de acero moldeable subes-ternal popularizada por Nuss. En el intento de disminuir la incidencia de complicaciones comunicadas en la bibliografía, como pericarditis, aneurisma de la arteria mamaria interna, perforación pericárdica, etc., los autores presentan una innovación técnica que consiste en la introducción de la barra en el espacio extrapleurar creado con la pinza, quedando los vasos mamarios posteriores a la misma.

Nuestra experiencia con esta técnica es similar a la de los autores², aunque colocamos la barra en posición intrapleurar, sin haber tenido complicaciones. Nos parece que el abordaje extrapleurar podría ser más sangrante y que en el trayecto contralateral sin control de