

Al mayor riesgo de las resecciones hepáticas derechas, se oponen los beneficios que pueden proporcionar en cuanto a supervivencia. Se acepta que la hepatectomía derecha es la técnica quirúrgica que ofrece más posibilidades de lograr una resección R0, de manera que algunos autores recomiendan reservar la resección aislada de la VB sólo para los tumores Bismuth I de tipo papilar. En el resto de casos, se debería intentar planificar una hepatectomía derecha, siempre que las características del paciente lo permitan^{5,6}.

Es cierto, que el drenaje biliar preoperatorio implica un riesgo nada despreciable de provocar infección biliar. Tal como se comenta en el artículo de Figueras et al¹ este riesgo puede ser minimizado realizando un drenaje externo del futuro remanente, con reinfusión de la bilis mediante sonda nasoyeyunal, y administración de prebióticos y probióticos. Además, es recomendable realizar cultivos periódicos de la bilis para poder elegir el tratamiento antibiótico más adecuado en caso de que el paciente presente signos clínicos de infección y para dirigir la profilaxis antibiótica preoperatoria⁷. Con estas medidas, la incidencia y gravedad de las complicaciones infecciosas del drenaje biliar pueden ser generalmente bien controladas.

Finalmente, dado que la preparación y la mejoría del estado nutricional del paciente pueden requerir varias semanas, en nuestros últimos casos los enfermos y sus familiares han sido instruidos para realizar la reinfusión de bilis en su domicilio. De esta forma se puede minimizar el tiempo de estancia hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueras J, Codina-Barreras A, López-Ben A, Soriano J, Pardina B, Falgueras L, et al. Las hepatectomías mayores en pacientes

con colangiocarcinoma e ictericia son seguras. *Cir Esp.* 2009;86:296-302.

2. Laurent A, Tayar C, Cherqui D. Cholangiocarcinoma: preoperative biliary drainage (Con). *HPB (Oxford)*. 2008;10:126-9.
3. Rocha FG, Matsuo K, Blumgart LH, Jarnagin WR. Hilar cholangiocarcinoma: the Memorial Sloan-Kettering Cancer Center experience. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* Published on line: 6 October 2009.
4. Lladó L, Ramos E, Torras J, Fabregat J, Jorba R, Valls C, et al. Resección radical del colangiocarcinoma hilar. Indicaciones y resultados. *Cir Esp.* 2009;83:139-44.
5. Capussotti L, Vigano L, Ferrero A, Muratore A. Local surgical resection of hilar cholangiocarcinoma: Is there still a place? *HPB (Oxford)*. 2008;10:174-8.
6. Ikeyama T, Nagino M, Oda K, Ebata T, Nishio H, Nimura Y. Surgical approach to bismuth Type I and II hilar cholangiocarcinomas: audit of 54 consecutive cases. *Ann Surg.* 2007;246:1052-7.
7. Nagino M, Takada T, Miyazaki M, Miyakawa S, Tsukada K, Kondo S, et al. Preoperative biliary drainage for biliary tract and ampullary carcinomas. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2008;15:25-30.

Emilio Ramos*, Jaume Torras, Laura Lladó y Antonio Rafecas

Unidad de Cirugía Hepática,
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo,
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eramos@bellvitgehospital.cat (E. Ramos).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.01.010

Respuesta del autor

Author's reply

Agradecemos al Dr. Ramos su interés en nuestro manuscrito¹. Efectivamente la discusión sobre la conveniencia del drenaje biliar preoperatorio, reinfusión de la bilis por sonda nasointestinal, junto con nutrición enteral y posterior embolización portal, es un tema candente en la literatura quirúrgica sobre el tumor de Klatskin².

Para los autores orientales es un paso imprescindible en el tratamiento de estos pacientes. Los autores occidentales son más restrictivos a la hora de indicar todo este proceso preoperatorio, que no cabe duda también tiene su morbi-mortalidad propia. No hay estudios aleatorizados, en el tumor de Klatskin, que puedan arrojar luz sobre el

tema. Los metaanálisis son antiguos y tampoco ayudan mucho, pero en todo caso lo desaconsejan³. Probablemente en su indicación también juegan factores culturales y económicos. Pero es cierto que actualmente hay una tendencia entre los autores occidentales a incorporar el drenaje preoperatorio que oscila entre el 40 y 60% de los pacientes.

Hay algunos hechos demostrados con evidencia científica, tal como que la hepatectomía contribuye a disminuir el porcentaje de márgenes positivos, y por tanto, la supervivencia. Por tanto, la resección local de la vía biliar debe ser abandonada porque es un tratamiento paliativo⁴.

Referente a que la hepatectomía derecha es el mejor tratamiento no hay evidencia científica, por el sesgo en la selección de pacientes en los trabajos publicados hasta ahora⁵. Pensamos que la hepatectomía derecha o izquierda debe indicarse en función del tipo de afectación de la vía biliar IIIa o IIIb y la invasión vascular homolateral⁶.

Por otra parte, compartimos que el drenaje biliar, bien sea preoperatorio, bien paliativo (debido a la desnutrición u otras comorbilidades), no tiene discusión ante la presencia de colangitis o el tamaño del futuro remanente hepático (< 40%). Por nuestra parte, también lo indicamos habitualmente en caso de resecciones derechas en pacientes con bilirrubina superior a 15 mg/dL, siempre que no se haya producido una atrofia del hígado derecho.

Parece innovadora y muy prometedora la experiencia que aporta el Dr. Ramos de realizar la reinfusión de bilis y la nutrición preoperatoria de los pacientes en su domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Figueras J, Codina-Barreras A, López-Ben A, Soriano J, Pardina B, Falgueras L, et al. Las hepatectomías mayores en pacientes con colangiocarcinoma e ictericia son seguras. *Cir Esp*. 2009;86:296-302.
2. Tsao JI, Nimura Y, Kamiya, Hayakawa N, Kondo S, Nagino M, et al. Management of hilar cholangiocarcinoma. Comparison of an American and Japanese experience. *Ann Surg*. 2000;232:166-74.
3. Sewnath ME, Karsten TM, Prins MH, Rauws EJA, Obertop H, Gouma DJ. A meta-analysis on the efficacy of preoperative biliary drainage for tumors causing obstructive jaundice. *Ann Surg*. 2002;236:17-27.
4. Kosuge T, Yamamoto J, Shimada K, Yamasaki S, Makuuchi M. Improved surgical results of hilar cholangiocarcinoma with procedures including major hepatic resection. *Ann Surg*. 1999;230:663-71.
5. Neuhaus P, Jonas S, Settmacher U, Thelen A, Benckert C, Lopez-Hänninen E, et al. Surgical management of proximal bile duct cancer: extended right lobe resection increases resectability and radicality. *Langenbecks Arch Surg*. 2003;388:194-200.
6. Figueras J, Llado L, Valls C, Serrano T, Ramos E, Fabregat J, et al. Changing strategies in diagnosis and management of hilar cholangiocarcinoma. *Liver Transpl*. 2000;6:786-94.

Joan Figueras

Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Servicio de Cirugía, Hospital de Girona Dr Josep Trueta, Girona, España

Correo electrónico: info@jfigueras.net

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.011