# Cartas al director

Localizador web
Artículo 207.387

## Síndrome de Caroli como causa de trasplante hepático

**Sr. Director:**

En primer lugar felicitar a Medrano et al[1] por el artículo publicado en la edición de abril de 2007 de CIRUGÍA ESPAÑOLA. Al respecto, nos gustaría presentar el siguiente caso y hacer las siguientes puntualizaciones[1].

Mujer de 44 años con cuadros colangíticos de repetición consecuencia de enfermedad de Caroli diagnosticada 15 años antes en el contexto de un estudio por infertilidad. Entre sus antecedentes personales destaca un hermano fallecido a los 21 años por la misma causa. Dados los repetidos cuadros de colangitis que presenta, cada vez de mayor gravedad, junto con ascitis por descompensación y encefalopatía hepática leve, se decide incluirla en lista local de trasplante hepático preferente; que finalmente se lleva a cabo sin complicaciones. La pieza de hepatectomía presenta grandes dilataciones quísticas en los segmentos VII y VIII, que anatomía patológica informa de dilatación congénita de conductos biliares intrahepáticos, relacionada con fibrosis hepática congénita (síndrome de Caroli), y los ganglios linfáticos hiliares con histiocitosis sinusal (fig. 1). Lo representativo de este caso radica en que es el primero por esta causa en nuestra experiencia de trasplantes hepáticos en edad adulta.

Las enfermedades biliares congénitas tan sólo representan el 3,4% de todos los trasplantes hepáticos efectuados hasta la fecha en nuestro país[2]; las enfermedades más representativas son la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria. Otros procesos, entre los que se incluiría la enfermedad de Caroli, son casos aislados dentro de las indicaciones[3]. A pesar de esto, el trasplante hepático sigue siendo la única opción terapéutica en los casos difusos, no controlables o con hipertensión portal importante[4].

*Fig. 1. Imagen macroscópica de la pieza de hepatectomía del trasplante hepático.*

**Luis Tallón-Aguilar, Felipe Pareja-Ciuró, José María Álamo-Martínez y Miguel Ángel Gómez-Bravo**

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

### Bibliografía

1. Medrano Caviedes R. Artigas V, Sancho FJ, et al. Hepatectomía parcial curativa en la enfermedad de Caroli del adulto. Cir Esp. 2007;81:218-21.
2. Registro Español de Trasplante Hepático. Octava memoria de resultados, 1984-2005.
3. Prieto M, Clemente G, Casafont F, et al. Documento de consenso de indicaciones de trasplante hepático. Gastroenterol Hepatol. 2003;26:355-75.
4. Sans M, Rimola A, Navasa M, et al. Liver trasplantation in patients with Caroli's disease and cholangitis. Transpl Int. 1997;10:241-4.

Localizador web
Artículo 217.157

## La cirugía antirreflujo sirve sólo para pacientes con reflujo

**Sr. Director:**

Coincido con gran parte del contenido del editorial del Dr. Mearín[1] de mayo de 2007, pero encuentro apropiadas algunas consideraciones sobre el planteo tan original del problema, buscando simplificar tanta información, lo cual comienzo por el título.

La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) tiene amplia variedad de presentación, con pronósticos y evoluciones muy diferentes; desde pacientes sintomáticos (típicos o atípicos) sin lesiones hasta un adenocarcinoma de esófago, con múltiples variantes intermedias. Además, existen tratamientos muy diferentes: *a)* proteger la mucosa esofágica dañada (sucralfato); *b)* cambiar el material que refluirá (antiácidos, inhibidores de secreción ácida), o *c)* mejorar la barrera antirreflujo (medidas higiénico-dietéticas, procinéticos, cirugía antirreflujo [CAR]). Tantos estadios de la ERGE, tantas posibilidades terapéuticas y tan abundante bibliografía pueden llevar a confusión.

¿Se puede consideradar la CAR una "rueda de la fortuna"? Según nuestra clasificación (tabla 1) y algoritmo de tratamiento (fig. 1)[2,3], la CAR tiene dos indicaciones: *a)* mejorar la calidad de vida (tratamiento sintomático en el paciente sin lesión), y *b)* prevenir la progresión o curar lesiones ya instaladas (interrumpir la agresión del contenido gastroduodenal al esófago).

El Dr Mearín pone atención en pacientes con síntomas atípicos, sin lesión esofágica o laríngea. Se refiere a una cirugía para mejorar la calidad de vida, anulando o mejorando ciertos síntomas.