

## Cartas al director



### Síndrome de Caroli como causa de trasplante hepático

#### Sr. Director:

En primer lugar felicitar a Medrano et al<sup>1</sup> 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<sup>1</sup>.

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<sup>2</sup>; 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 aisla-



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

dos dentro de las indicaciones<sup>3</sup>. A pesar de esto, el trasplante hepático sigue siendo la única opción terapéutica en los casos difusos, no controlables o con hipertensión portal importante<sup>4</sup>.

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 transplantation in patients with Caroli's disease and cholangitis. *Transpl Int.* 1997;10:241-4.



### La cirugía antirreflujo sirve sólo para pacientes con reflujo

#### Sr. Director:

Coincido con gran parte del contenido del editorial del Dr. Mearín<sup>1</sup> 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 considerar la CAR una "rueda de la fortuna"? Según nuestra clasificación (tabla 1) y algoritmo de tratamiento (fig. 1)<sup>2,3</sup>, 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.

**TABLA 1. Estadificación clínica de la enfermedad por reflujo gastroesofágico**

---

A. Sintomatología esofágica o extraesofágica sin lesión mucosa esofágica o extraesofágica

B. Lesión inflamatoria leve (esofágica o extraesofágica) con o sin síntomas (esofágicos o extraesofágicos) (grado I, II; clasificación de Savary) o

C. Lesión inflamatoria severa (esofágica o extraesofágica) con o sin síntomas (esofágicos o extraesofágicos) (grado III, IV; clasificación de Savary) o

D. Activación de la secuencia metaplasia-displasia-neoplasia (m-d-n) (esofágica o extraesofágica), con o sin síntomas (esofágicos o extraesofágicos)

A su vez, pueden haber combinaciones (por ejemplo, inflamación laríngea con mucosa esofágica sana; síntomas extraesofágicos puros con inflamación sólo en la mucosa esofágica; asociación de inflamación con m-d-n; etc.). En estos casos se clasifica según la situación más avanzada

---

reherniación). Se debe examinar cuidadosamente los objetivos de la CAR cuando sólo se busca mejorar la calidad de vida, ya que se puede cambiar una molestia por otra.

Finalmente, cualquier tratamiento mal indicado puede resultar una “rueda de la fortuna”. La CAR, con adecuada indicación y entrenamiento del cirujano, ha demostrado ser una opción terapéutica segura y con altos porcentajes de buenos resultados, y que puede ayudar a pacientes con síntomas atípicos, si éstos están causados por reflujo<sup>4-6</sup>.

**Luis Durand**

Sección de Esófago, Estómago, Duodeno. Departamento de Cirugía. Sección de Patología Esofágica. Sección de Motilidad Intestinal. Gastroenterología. Departamento de Medicina Interna. Hospital de Clínicas. Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. Argentina.

Resulta fundamental demostrar previamente que hay reflujo (correcta selección de pacientes: pH-metría, impedanciometría patológica con o sin medicación, asociación sintomática con eventos de reflujo). Pero demostrar el reflujo gastroesofágico (RGE) no siempre es sencillo, y los estudios objetivos disponibles no siempre se los interpreta adecuadamente.

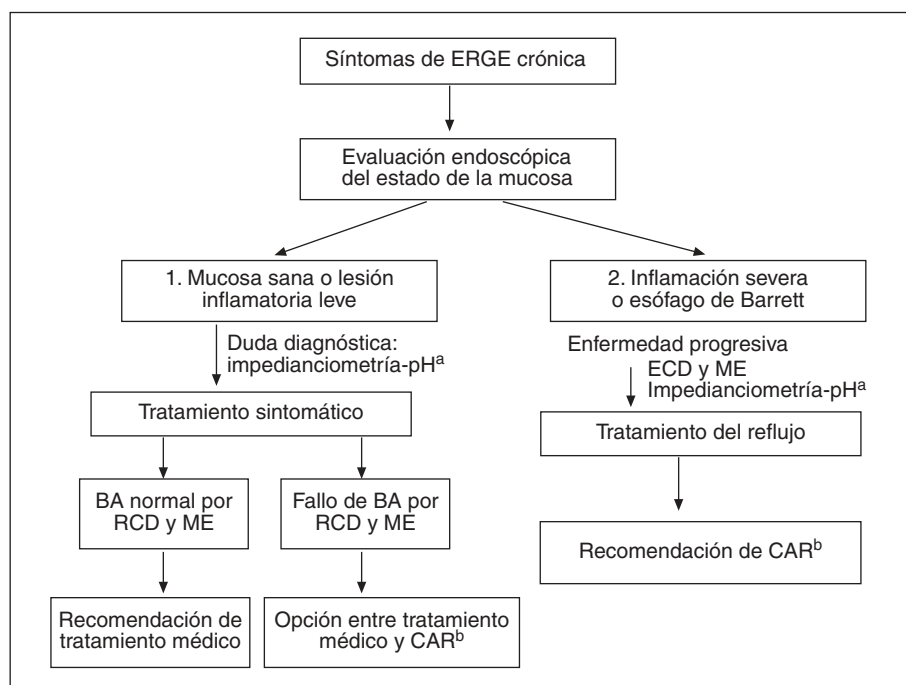
Luego de confirmar el diagnóstico de RGE, se debe considerar: a) los síntomas atípicos pueden tener causas múltiples (no solo el reflujo), y b) la CAR puede fallar.

Un síntoma atípico puede desaparecer, mejorar o persistir igual, luego de CAR exitosa, confirmada por estudios objetivos. Si desaparece, su causa era el reflujo. Si persiste parcialmente, resolvió sólo una de las causas que lo producían. Si permanece igual, la asociación del síntoma al RGE (diagnóstico) fue incorrecta.

La CAR puede fallar y persistir el reflujo y/o además agregar otros problemas (distensión abdominal, disfgia,

**Bibliografía**

1. Mearín F. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico con síntomas atípicos: ¿rueda de la fortuna o ruleta rusa? [editorial]. *Cir Esp*. 2007;81:237-9.
2. Durand L, Caracoche M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal: indicación y técnica quirúrgica. *Enciclopedia Médica Americana. Cirugía Digestiva*. Buenos Aires: Salvucci; 2007. p. 1-22.
3. Ferraina P, Durand L, Ferraro A, Caracoche M, Nahmod MS. Advanced gastric and pancreatic laparoscopic procedures. En: Bland KI, Buechler M, Csendes A, Garden OJ, Sarr MG, Wong J, editores. *General Surgery: principles and international practice*. London: Springer; 2007 (en prensa).
4. Tutuian R, Mainie I, Agrawal A, Adams D, Castell D. Nonacid reflux in patients with chronic cough on acid-suppressive therapy. *Chest*. 2006;130:386-91.
5. Oelschlager BK, Eubanks TR, Oleynikov D, Pope C, Pellegrini CA. Symptomatic and physiologic outcomes after operative treatment for extraesophageal reflux. *Surg Endosc*. 2002;16:1032-6.
6. Kaufman JA, Houghland JE, Quiroga E, Cahill M, Pellegrini CA, Oelschlager BK. Long-term outcomes of laparoscopic antireflux surgery for gastroesophageal reflux disease (GERD)-related airway disorder. *Surg Endosc*. 2006;20:1824-30.



*Fig. 1. Algoritmo de diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) crónica. BA: barrera antirreflujo; CAR: cirugía antirreflujo; ME: manometría esofágica; RCD: radiología contrastada dinámica.ªImpedanciometría y/o pH-metría de 24 horas.ªSalvo contraindicaciones médicas.*