

Respuesta del autor

Author's reply

Agradecemos los comentarios de Barriga et al sobre nuestro artículo¹. Una de las motivaciones del trabajo fue la ausencia de consenso en el tratamiento de esta enfermedad, incluso entre integrantes de nuestro grupo. En los 3 pacientes de nuestra serie¹ con pT2 inicial se realizó ampliación de cirugía con linfadenectomía, pero sólo uno con resección hepática. La distinción entre T1a y T1b cuando había discrepancia en el tratamiento ante T2 no se planteó, aunque el paciente T1, que fue pT1b, sí recibió resección hepática parcial y linfadenectomía de entrada por sospecha preoperatoria y a criterio personal del cirujano.

Publicaciones recientes hacen hincapié en la subclasificación del grado T1, pero aún hoy día no existe consenso quizá por escaso número de pacientes de las series. Son ejemplo las 2 referencias citadas por Barriga et al, una publicada este año 2009², posterior a la redacción de nuestro trabajo. Goetze³ et al realizan ampliación de cirugía en 5 de 21 pacientes T1a y en 23 de 72 pacientes T1b. El porqué realizan ampliación en T1a no queda claro, como tampoco queda claro que no la realicen en el 68% de T1b dada su actitud más agresiva en el cáncer de vesícula. En cuanto a la serie de Shibata² et al, puede comprobarse que de los 2 pacientes T1b de su serie, en uno practican ampliación de la resección y no en el otro. El que recibe ampliación quirúrgica muere a los 24 meses en relación con la neoplasia; sin embargo, el no resecado está vivo a los 166 meses. En una serie de 23 pacientes T1b, You⁴ et al no encontraron diferencias significativas al asociar a la colecistectomía con linfadenectomía una resección hepática

o de órgano adyacente, por lo que concluyeron recomendar la colecistectomía con linfadenectomía como tratamiento en los T1b.

Así las cosas, reafirmamos la necesidad de una base de datos propia y una guía de tratamiento consensuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morera Ocón FJ, Ballestín Vicente J, Ripoll Orts F, Landete Molina F, García-Granero Ximénez M, Millán Tarín J, et al. Cáncer de vesícula biliar en un hospital comarcal. *Cir Esp*. 2009;86:219-23.
2. Shibata K, Uchida H, Iwaki K, Kai S, Ohta M, Kitano S. Lymphatic invasion: An important prognostic factor for stages T1b-T3 gallbladder cancer and indication for additional radical resection of incidental gallbladder cancer. *World J Surg*. 2009;33:1035-41.
3. Goetze TO, Paolucci V. Immediate re-resection of T1 incidental gallbladder carcinomas: A survival analysis of the German Registry. *Surg Endosc*. 2008;22:2462-5.
4. You DD, Lee HG, Paik KY, Heo Jin S, Choi SH, Choi DW. What is an adequate extent of resection for T1 gallbladder cancers? *Ann Surg*. 2008;247:835-8.

Francisco J. Morera Ocon

Servicio de Cirugía General, Hospital de Requena, Valencia, España
Correo electrónico: fmoreraocon@aecirujanos.es

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.11.022

doi:10.1016/j.ciresp.2009.11.024

Tratamiento ambulatorio de las hemorroides con sistema hemorpex. ¿Un método innovador?

Outpatient treatment for haemorrhoids with hemorpex. An innovative method?

Tras leer el artículo de Iachino et al¹, queremos felicitar a los autores por los buenos resultados obtenidos. No obstante, nos gustaría hacer algunas reflexiones.

La serie incluye pacientes con hemorroides grado 2, 3 y 4. Sin embargo, las hemorroides grado 4 suelen considerarse indicación de hemorroidectomía por la elevada tasa de

recidiva con otros métodos, lo que se corresponde con lo indicado en el artículo (37,5%), sin tener en cuenta la persistencia del componente anocutáneo. En una revisión bibliográfica realizada por Giordano et al², se favorece la ligadura de la arteria hemorroidal guiada por Doppler (LAHD) para hemorroides grado 2 y 3.