

Respuesta de los autores

Authors' reply

Sr. Director:

ácido hialurónico: Dificultades para el control mamográfico.
Cir Esp. 2010;88:421-3.

Muchas gracias a los doctores Goisis et al por sus comentarios a nuestro artículo, pues creemos que complementan a la perfección este trabajo. Valoramos muy positivamente su interés y confiamos poder leer sus resultados próximamente. Efectivamente, creemos que son necesarios nuevos estudios para confirmar la seguridad de éste y otros productos^{1,2}.

Carlos Fortea-Sanchis*, David Martínez-Ramos,
Miguel Alcalde-Sánchez y José Luis Salvador-Sanchis

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de
Castellón, Castellón, España

BIBLIOGRAFIA

1. Goisis M, Savoldi A, Guareschi M. Is Hyaluronic Acid Gel a Good Option for Breast Augmentation? *Aesthetic Plast Surg.* 2010. doi: [10.1007/s00266-010-9603-x](https://doi.org/10.1007/s00266-010-9603-x).
2. Fortea-Sanchis C, Martínez-Ramos D, Alcalde-Sánchez M, Sáez Valero E, Salvador-Sanchis JL. Inyección en la mama de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlosfortea@gmail.com
(C. Fortea-Sanchis).

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.10.006](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.10.006)

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.ciresp.2009.05.009](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2009.05.009)

Drenaje biliar preoperatorio en pacientes con colangiocarcinoma hiliar

Preoperative biliary drainage in patients with hilar cholangiocarcinoma

Compartimos los puntos de vista expresados por Figueras et al en relación con el tratamiento quirúrgico del tumor de Klatskin¹, a la vez que felicitamos a los autores por sus excelentes resultados. Estos resultados aportan una excelente evidencia de que en pacientes ictericos con colangiocarcinoma hiliar, la resección de la vía biliar o las resecciones del hígado izquierdo pueden realizarse sin necesidad de preparación preoperatoria. Esta afirmación es igualmente cierta en muchos casos de resecciones derechas. Sin embargo, consideramos relevante insistir en las indicaciones del drenaje biliar preoperatorio.

Los grupos occidentales^{2,3} indican el drenaje biliar de manera muy selectiva dependiendo de la duración de la

ictericia (> 2 semanas), el nivel de bilirrubina (> 200 $\mu\text{M/L}$), la presencia de colangitis o el tamaño del futuro remanente hepático (< 30%). Por el contrario, los autores asiáticos lo indican con frecuencia, cuando se planifica una hepatectomía derecha. Por nuestra parte, lo practicamos habitualmente en caso de resecciones derechas en pacientes con bilirrubina superior a 200 $\mu\text{M/L}$, siempre que no se haya producido una atrofia del hígado derecho⁴. Sin embargo, los pacientes jóvenes (< 65 años), con estado nutricional conservado (albúmina > 36 g/L) pueden ser operados directamente, con bilirrubinas > 200 $\mu\text{M/L}$, siempre que no tengan infección biliar. Lamentablemente, ésta no es una situación frecuente.

Véase contenido relacionado en DOI: [10.1016/j.ciresp.2009.05.009](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2009.05.009)

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, Viganò 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.