

3. Infantes Ormad M, López Ruiz JA, Tallón Aguilar L, Curado Soriano A, López Pérez J, Oliva Mompeán F, et al. Perforación post-CPRE: nuestra experiencia. XIV Congreso de la Asociación Andaluza de Cirujanos (Torremolinos, Málaga, 17-19 junio 2015).

Marina Infantes Ormad, Luis Tallón Aguilar,
José A. López Ruiz y Antonio Curado Soriano

Unidad de Cirugía de Urgencias, Hospital Virgen Macarena, Sevilla,
España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ltallona@hotmail.com

(L. Tallón Aguilar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.09.004>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A propósito del artículo «Quiste de colédoco mixto (tipo I y II) asociado a malformación de la unión pancreatobiliar. Descripción de un caso y revisión de la literatura». ¿Podemos mejorar el diagnóstico?



Regarding the article «Mixed choledochal cyst (type I and II) associated with a malformation of the pancreatobiliary junction. a case report and review of the literature». Can we improve the diagnosis?

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo del Dr. Zacarías-Ezzat JR et al., publicado en CIRUGÍA ESPAÑOLA¹. El artículo describe un caso clínico de quiste de colédoco y según refiere revisa la literatura. A propósito de dicho artículo creemos conveniente realizar algunos comentarios.

En el caso clínico descrito tras la realización de una tomografía computarizada (TC) de abdomen, que objetiva dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática hasta el área ampular, se procedió a tratamiento quirúrgico. Dicho procedimiento incluyó diverticulectomía pero, posteriormente, requirió una segunda intervención realizando la necesaria resección de vía biliar. Consideramos un caso muy ilustrativo que demuestra una vez más la necesidad de un correcto diagnóstico de los pacientes con ictericia para evitar una cirugía innecesaria o no adecuada. Tal como describen diversos trabajos^{1,2}, ante una dilatación quística de la vía biliar que puede ser sospechada por TC, el diagnóstico de quiste de colédoco, el tipo y la posible asociación de una anomalía de la unión bilio-pancreática puede ser realizado mediante una colangio-resonancia magnética (CRM) con elevada sensibilidad (90-100%) y especificidad (73-100%). Así pues, el manejo descrito en el artículo no parece el más adecuado. Por otra parte, los autores no describen en ningún momento el papel de la CRM en esta situación. Si bien la realización de una CRM puede no estar disponible en todos los centros, consideramos que debe hacerse mención a que este

método diagnóstico es el óptimo para evitar procedimientos invasivos.

Por otra parte querríamos resaltar que la indicación de resección de vía biliar se considera el «gold standard» en todos los quistes de tipo I, reservando la exéresis del quiste para los tipos II^{3,4}. Los quistes tipos III a V requieren un abordaje personalizado, tal como describimos en nuestra experiencia de 18 casos publicada en CIRUGÍA ESPAÑOLA en el 2008⁴.

Por último, considerando que el trabajo refiere incluir una revisión de la literatura, encontramos a faltar en la revisión y bibliografía los artículos comentados²⁻⁴, pues 2 de ellos son de las revisiones más completas publicadas, y nuestra experiencia es una de las experiencias nacionales más amplias.

Financiación

Los autores declaramos no haber recibido financiación alguna para realizar este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener ningún conflicto de intereses para realizar este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zacarías-Ezzat JR, Ramos-Cruz I, Palafox-Vidal D, Chapa-Azuela O, Etchegaray-Donde A. Quiste de colédoco mixto (tipo I y II) asociado a malformación de la unión pancreatobiliar. Descripción de un caso y revisión de la literatura *Cir Esp.* 2015;93:346-8.
2. Domínguez-Comesaña E. Dilataciones congénitas de la vía biliar. *Cir Esp.* 2010;88:285-91.
3. Søreide K, Körner H, Haven J, Søreide JA. Bile duct cysts in adults. *Br J Surg.* 2004;91:1538-48.
4. Altet J, Rafecas A, Fabregat J, Ramos E, García-Borobia FJ, Frago R, et al. Bile duct cysts in adults: Surgical procedure. *Cir Esp.* 2008;84:256-61.

Laura Lladó y Emilio Ramos

Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: 31513llg@comb.cat (L. Lladó).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.05.002>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Micrometástasis del ganglio centinela en mujeres con carcinoma ductal *in situ*. Falsos positivos del método OSNA (*One-step nucleic acid amplification*)?



Micrometastasis in the sentinel node in women with *in situ* ductal carcinoma. False positives of the OSNA (*One-step nucleic acid amplification*) method?

Sr. Director:

En un artículo reciente de su revista, Rubio et al.¹ exponían su experiencia en la biopsia del ganglio centinela (BGC) en mujeres diagnosticadas de carcinoma ductal *in situ* de mama (CDIS). En dicho artículo justificaban la realización de este procedimiento diagnóstico porque un grupo de estas enfermas presentaban afectación metastásica del ganglio centinela (GC), lo que modificaba su estadificación y planificación terapéutica. Al igual que estos autores, nuestro grupo comparte la indicación de la BGC en mujeres con CDIS porque la identificación de un componente infiltrante subestimado en la biopsia inicial está justificada por la importancia de este hallazgo y la baja morbilidad de la técnica. Sin embargo, la introducción del método *one-step nucleic acid amplification* (OSNA) para el estudio intraoperatorio del GC ha incrementado de forma significativa la incidencia de micrometástasis en este grupo de pacientes en quienes, desde el punto de vista oncológico, no es posible la metastatización al ser un proceso no infiltrante. Por ello creemos conveniente exponer nuestra experiencia en micrometástasis del GC en pacientes con CDIS para discutir sus posibles casusas y su repercusión en la planificación terapéutica.

En nuestra experiencia, un total de 8 pacientes diagnosticadas de un CDIS presentaron micrometástasis en la BGC desde la implantación en febrero de 2011 del método OSNA, hasta enero de 2015, sin que en las revisiones de las biopsias

diagnósticas y piezas quirúrgicas se demostrase infiltración/microinfiltración a través de la membrana basal (tabla 1). Esto supone una incidencia del 18,4% de afectación ganglionar sobre un total de 33 pacientes diagnosticadas de CDIS durante este período de tiempo. La mayoría de los CDIS (5 de 8) fueron de alto grado, y en 2 pacientes la micrometástasis afectó al GC número 2 y número 3, sin evidencia de afectación del primer GC. En la mayoría de las enfermas (7 de 8), la afectación micrometastásica del GC no modificó la actitud terapéutica, mientras que en una paciente la existencia de 2 GC con micrometástasis propició la realización de una linfadenectomía axilar (LA), y la indicación de tratamiento quimioterápico tras la cirugía. En esta última paciente no se evidenció infiltración en las biopsias previas ni piezas quirúrgicas, ni tampoco en la grasa axilar.

La presencia de micrometástasis ganglionares en pacientes con CDIS plantea 3 posibles patogénesis. La primera consistiría en una infiltración no diagnosticada en la lesión mamaria con invasión metastásica del GC detectada por el método OSNA. En esta situación la paciente se estadificaría como estadio IB y se debe contemplar la planificación de terapias adyuvantes. La limitación terapéutica de este supuesto se centra en la ausencia de componente histológico infiltrante para la realización de un estudio inmunohistoquímico que oriente dicho tratamiento. Por otro lado, la afectación micrometastásica del GC obliga a una valoración para la indicación de una LA, si bien actualmente el estudio ACOSOG Z0011² y el ensayo IBCSG 23-01³ no la justifican ni en la cirugía