

5. Bedi RS, Beving DE, Zanello LP, Yan Y. Biocompatibility of corrosion-resistant zeolite coating for titanium alloy biomedical implants. *Acta Biomater.* 2009;5:3269-71.

José M. Mier*, Juan J. Fibla y Laureano Molins

Servicio de Cirugía, Hospital Universitari Sagrat Cor, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmmo50@hotmail.com (J.M. Mier).
<http://www.ctsnet.org/home/jmierodriozola>

0009-739X/\$ – see front matter

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

doi:10.1016/j.ciresp.2010.12.022

Respuesta del autor

Author's reply

Sr. Director:

En primer lugar, agradecer al doctor Mier los comentarios sobre nuestro artículo «Fijación quirúrgica de las fracturas costales con grapas y barras de titanio (sistema STRATOS). Experiencia preliminar». La utilización del titanio como material de diseño de prótesis cada día está más extendida debido a sus excelentes características¹. Los sistemas STRATOS y STRACOS (*Strasbourg Thoracic Osteosyntheses System*, MedXpert, Heitersheim, Germany) se utilizan, además de en la fijación costal por tórax inestable, en diferentes indicaciones: reconstrucción de la pared torácica tras resección de tumores de la pared torácica², pseudoartrosis de fracturas costales, fracturas costales con dolor crónico, e incluso en algún caso en fracturas de la clavícula³. Otro grupo importante es como soporte en la corrección de las dehiscencias y malformaciones del esternón⁴, en particular, en el *pectus carinatum* y *escavatum*.

El caso que presentan los doctores Mier y Molins es un ejemplo perfecto de esta indicación. Solamente un comentario al respecto: debido a la presión que ejerce el esternón sobre la barra de titanio, especialmente en varones corpulentos con una gran resección de cartílagos, mi recomendación es utilizar al menos 2 barras situadas con una distancia de al menos 2 espacios costales, para evitar las roturas de los anclajes de las grapas. El tiempo quirúrgico y la pérdida sanguínea no varían en exceso. El tiempo de hospitalización es el mismo e incluso menor. La estabilización del esternón suele producir menos dolor postoperatorio, y como consecuencia la disminución del riesgo de rotura de las barras evitando la reintervención

quirúrgica, en la mayoría de los casos, para una nueva estabilización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bedi RS, Beving DE, Zanello LP, Yan Y. Biocompatibility of corrosion-resistant zeolite coating for titanium alloy biomedical implants. *Acta Biomater.* 2009;5:3269-71.
2. Gonfiotti A, Santini PF, Campanacci D, Innocenti M, Ferrarello S, Caldarella A, et al. Malignant primary chest-wall tumours: techniques of reconstruction and survival. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2010;38:39-45.
3. Moreno de la Santa Barajas P, Polo Otero MD. Fijación de fractura clavicular con placa de titanio STRACOS. En: *Cirugía Ortopédica y Traumatología*. Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 22-3.
4. Ceresa F, Casablanca G, Patané F. Complicated sternal dehiscence treated with the Strasbourg thoracic osteosyntheses system (STRATOS) and the transposition of greater omentum: a case report. *J Cardiothorac Surg.* 2010;5:53.

Pablo Moreno de la Santa Barajas

Servicio de Cirugía Torácica, Hospital POVISA, Vigo, España
Correo electrónico: pmoreno@povisa.es

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.04.011