



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Dispositivos venosos implantables: principales complicaciones y factores de riesgo asociados



Implantable venous devices: main complications and associated risk factors

Estimado Director:

Escribimos esta carta en relación con el artículo publicado en febrero de 2020, por Pérez Calvo et al.¹: «Estudio comparativo entre vías de acceso de implantación de Port-a-Cath®», que hemos leído con gran interés.

El número de pacientes que usan dispositivos venosos implantables ha aumentado considerablemente debido al incremento de pacientes oncológicos, y debemos esforzarnos en estudiar los aspectos relacionados con su aplicación y complicaciones. Sin embargo, a propósito de este trabajo, queremos ampliar la información en cuanto a los factores de riesgo relacionados con las complicaciones secundarias al uso de estos dispositivos.

Pérez Calvo et al.¹ reportan menor tasa de complicaciones globales con la disección venosa (DV) versus punción venosa (PV). Muchas de estas complicaciones se relacionan directamente con la técnica quirúrgica empleada: neumotórax, hematoma, lesión vascular o nerviosa, etc. Así, consideramos adecuada la comparación entre PV y DV en cuanto a estas complicaciones.

Sin embargo, las complicaciones más frecuentes en el artículo fueron la infección y la trombosis. Múltiples factores han sido directamente relacionados con ambas complicaciones. La neutropenia, la medicación administrada, la infusión de nutrición parenteral y las comorbilidades del paciente son los factores de riesgo más relacionados con la infección o trombosis tras la colocación de un catéter central²⁻⁵. Pérez Calvo et al.¹ analizan edad, sexo, IMC, ASA, lateralidad y motivo de colocación del dispositivo como variables comparativas entre ambos grupos, obviando los factores previamente mencionados. Estos podrían actuar como factores de confusión, distorsionando los resultados globales del estudio.

Penel et al.² realizan un análisis multivariante obteniendo la edad joven, las dificultades quirúrgicas y la administración de nutrición parenteral como factores de riesgo asociados significativamente con infección sistémica. Aspiazu et al.³, comparando DV y PV, obtienen como factor de riesgo para mayor tasa de infección el uso de catéteres de bajo calibre (< 6 French). Otros factores relacionados con infección fueron las neoplasias hematológicas, la terapia administrada a través del catéter y la neutropenia así como su duración^{2,4,5}. La utilización de antibióticos ha sido considerada como factor de protección durante la inserción de estos dispositivos⁶. Sin embargo, los resultados obtenidos de los diversos estudios que analizan esta asociación son controvertidos.

Así, debido al incremento del uso de estos dispositivos durante los últimos años, queremos felicitar a los autores por su aportación, a fin de conocer las ventajas y desventajas acaecidas durante la colocación con ambas técnicas descritas. Sin embargo, consideramos interesante la comparación de ambos grupos de trabajo teniendo en cuenta los factores previamente mencionados. Pensamos que estos resultados serían de gran aportación a la literatura científica en aras de promover la utilización segura de estos dispositivos, que cada vez son más necesarios para nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Calvo J, Castellví Valls J, Crusellas O, Petrone P. Estudio comparativo entre vías de acceso de implantación de Port-A-Cath®. *Cir Esp.* 2020;98:79-84.
2. Penel N, Neu J-C, Clisant S, Hoppe H, Devos P, Yazdanpanah Y. Risk Factors for early catheter-related infections in cancer patients. *Cancer.* 2007;110:1586-92.

3. Aspiazu DA, Cabello R, Tuduri I, Morcillo J, García-Vallés MC, de Agustín JC. Análisis comparativo entre la técnica de Seldinger vs. disección abierta en la implantación de reservorios intravenosos. *Cir Pediatr.* 2011;24:19-22.
4. Groeger JS, Lucar AB, Thaler HT, Friedlander-Klar H, Brown AE, Kiehn TE, et al. Infectious morbidity associated with long-term use of venous access devices in patients with cancer. *Ann Intern Med.* 1993;119:1168-74.
5. Lebeaux D, Larroque B, Gellen-Dautremer J, Leflon-Guibouut V, Dreuer C, Bialek S, et al. Clinical outcome after a totally implantable venous access port-related infection in cancer patients. *Medicine (Baltimore).* 2012;91:309-17.
6. Nezami N, Xing M, Groenwald M, Silin D, Kokabi N, Latich I. Risk factors of infection and role of antibiotic prophylaxis in totally implantable venous access port placement: propensity score matching. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2019;42:1302-10.

Isabel Casal-Beloy^{a,*} y Alejandra García-Novoa^b

^aServicio de Cirugía Pediátrica, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

^bServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: isabelcasalbe@gmail.com (I. Casal-Beloy).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.018>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A propósito de «Respuesta a “Resultados en el tratamiento de traumatismos esplénicos utilizando un protocolo multidisciplinar en 110 pacientes consecutivos en un hospital de nivel II”»



In relation to “Response to ‘Management of splenic injuries utilizing a multidisciplinary protocol in 110 consecutive patients at a level II hospital’”

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Zurita et al.¹ y la respuesta al mismo de Sánchez et al.² sobre su experiencia con el manejo de los traumatismos esplénicos. Coincidimos con los autores de ambas publicaciones en las indicaciones del tratamiento no operatorio (TNO) y manejo del trauma esplénico. Nos gustaría sumar la experiencia de nuestro centro, también es un hospital de nivel II.

Hemos comparado los resultados de Zurita et al.¹ con los de nuestra serie. Desde el 2007 al 2019 en nuestro hospital se han tratado 41 pacientes con traumatismo esplénico. De ellos, 28 precisaron cirugía urgente (27 esplenectomías y uno cirugía conservadora) y en 13 casos se optó por TNO. La indicación de cirugía urgente la basamos en la estabilidad hemodinámica del paciente y la clasificación de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma (AAST)³. En comparación con el grupo de Zurita et al., nuestra casuística es bastante menor. Circunstancia atribuible a que los traumatismos más graves son trasladados al centro de referencia que se encuentra a 8 km del nuestro y cuenta con servicios de Neurocirugía y Radiología intervencionista disponibles las 24 horas. Tres de los 13 casos que recibieron TNO, precisaron

esplenectomía urgente. Esto supone un fracaso del TNO del 32% bastante superior al encontrado en la bibliografía^{1,4}. El porcentaje de pacientes que necesitaron esplenectomía fue del 68%, resultado también superior al descrito en la literatura (aproximadamente el 50% de los pacientes serían candidatos a TNO⁴).

Al revisar los resultados nos sorprendió nuestra mayor tasa de esplenectomías y fracaso de TNO, y revisamos los casos para encontrar una explicación.

Pensamos que fue debido a que es una serie pequeña que además está sesgada, ya que los politraumatismos graves y los pacientes con lesiones susceptibles de embolización son trasladados al centro de referencia. En nuestro hospital tratamos traumatismos de menor gravedad y en los que, por inestabilidad hemodinámica, nos trasladan por cercanía. Esta situación explica que nuestra tasa de esplenectomía sea del 68%, ya que, por la gravedad de sus lesiones, la cirugía estaba indicada.

En cuanto al fracaso del TNO también pensamos que se debe a que es una muestra pequeña. De los tres casos en los que precisaron cirugía urgente, dos de ellos se inestabilizaron de forma brusca durante su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, lo que permitió un diagnóstico y tratamiento inmediatos. El tercer caso presentó inestabilidad hemodinámica tras un esfuerzo.