

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.

Queremos reforzar la idea de Jiménez et al.⁵ de que un registro multicéntrico nos ayudaría a conocer la situación real del TNO sobre el traumatismo esplénico, y que las series pequeñas deben ser revisadas con cautela porque pueden mostrar resultados no significativos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zurita Saavedra M, Pérez Alonso A, Pérez Cabrera B, Haro García AM, Ruiz García VM, Mirón Pozo B, et al. Resultados en el tratamiento de traumatismos esplénicos utilizando un protocolo multidisciplinar en 110 pacientes consecutivos en un hospital de nivel II. *Cir Esp.* 2020;98:143-8.
2. Sánchez Arteaga A, Beltrán Miranda P, Gómez Bravo M.Á, Pareja Ciuro F. Respuesta a «Resultados en el tratamiento de traumatismos esplénicos utilizando un protocolo multidisciplinar en 110 pacientes consecutivos en un hospital de nivel II». *Cir Esp.* 2020;98:498-9.
3. The American Association for the Surgery of Trauma (AAST). Disponible en: www.aast.org
4. Petrone P, Anduaga Peña MF, Servide Staffolani MJ, Brathwaite C, Axelrad A, Ceballos Esparragón J. Evolución en el tratamiento conservador del traumatismo esplénico contuso. *Cir Esp.* 2017;95:420-7.

5. Jiménez Fuertes M, Costa Navarro D, Jover Navalón JM, Turégano Fuentes F, Ceballos Esparragón J, Yuste P, et al. Traumatismo esplénico en España: ¿en qué punto estamos? *Cir Esp.* 2013;91:584-9.

Clara Giménez Francés^{a,*}, Miguel Ruiz Marín^{a,b},
Pedro López Morales^a y Antonio Albarracín Marín-Blázquez^{a,b,c}

^aCirujano, Servicio de Cirugía General, Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, España

^bProfesor de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

^cJefe de Servicio, Responsable de la Cátedra de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Católica San Antonio, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clara.gf92@gmail.com

(C. Giménez Francés).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.06.016>

0009-739X/

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