



Réplica a «Respuesta a resultados en el tratamiento de traumatismos esplénicos utilizando un protocolo multidisciplinar en 110 pacientes consecutivos en un hospital de nivel II»

Reply to «Response to management of splenic injuries utilizing a multidisciplinary protocol in 110 consecutive patients at a level II hospital»

Sr. Director:

En primer lugar queremos agradecer la acertada discusión a nuestro trabajo publicado sobre el manejo de los traumatismos esplénicos en un hospital de nivel II¹ en la respuesta planteada en el artículo por Sánchez Arteaga et al.². Tras leer detenidamente sus observaciones compartimos efectivamente que el tratamiento no operatorio (TNO) es el de elección si existe estabilidad hemodinámica en los traumatismos esplénicos grado IV e incluso grado V de la Asociación Americana de Cirugía de Trauma³ (AAST), incluyendo la angioembolización como técnica inicial más adecuada, que ha mostrado ser un procedimiento seguro y con altas tasas de tratamiento efectivo y preservación del órgano⁴.

A pesar de estas consideraciones iniciales, y tal como hemos mencionado en nuestro artículo, en nuestro medio no se disponía de Radiología Intervencionista en cualquier día u horario de la semana, estando supeditados a tal fin al horario laboral de los mismos. Como indica acertadamente, llama la atención que no se derivaran pacientes dada la proximidad del centro de referencia para tal fin, pero ello es debido a múltiples factores acaecidos durante los años en los que se desarrolló este protocolo: exceso de celo interprofesional, desconocimiento de dicha posibilidad, y principalmente, los años políticamente convulsos de fusión y desfusión hospitalaria que se sucedieron en Granada. Nos es grato indicar que actualmente esto no sucede, y ambos centros disponen de un servicio compartido de Radiología Intervencionista disponible diariamente.

Es por este motivo que nuestro estudio destaca un volumen acumulado elevado en comparación a otras series de cirugía conservadora de bazo, lo cual tendremos en consideración como materia de futuras publicaciones, bien sea analizando detenidamente los resultados individualmente o, más ampliamente manejando los sesgos de confusión e identificando las causas a través de análisis discriminante o árboles de clasificación y regresión (CART) desarrollados en estudios de coincidencia de puntaje de propensión o *propensity score matching*.

Por otro lado, nos gustaría aclarar que la posible justificación a la alta media de estancia hospitalaria referida se debió principalmente a que hasta un 27% de los pacientes tratados eran pacientes politraumatizados, con afectación de múltiples órganos y fracturas óseas de diferente complejidad. En el resto

de los casos la falta de unanimidad de criterios podría ser la justificación para alargar la estancia hospitalaria, basados en experiencias profesionales individuales y teorías obsoletas.

En resumen, la idea de desarrollar un protocolo para establecer un flujo de pacientes y opciones terapéuticas nació con la meta de solventar todos estos aspectos tratados anteriormente y así poder unificar criterios y planteamientos terapéuticos. Todo ello se logró adecuando la tipología de los pacientes y ajustándose a los medios disponibles en el momento, teniendo siempre en el punto de mira los estándares internacionales⁵.

B I B L I O G R A F I A

1. Zurita Saavedra M, Pérez Alonso AJ, Pérez Cabrera B, Haro García AM, Ruiz García VM, Mirón Pozo B, et al. Management of splenic injuries utilizing a multidisciplinary protocol in 110 consecutive patients at a Level II hospital. Cir Esp. 2020;98:143-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.08.007>.
2. Sánchez Arteaga A, Beltrán Miranda P, Gomez Bravo MA, Pareja Ciuro F. Respuesta a resultado en el tratamiento de traumatismos esplénico utilizando un protocolo multidisciplinar en 110 pacientes consecutivos en un hospital de nivel II. Cir Esp. . <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.003>.
3. Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K, Zarzour BL, Coburn M, Cribari C, et al. AAST Patient Assessment Committee Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney. J Trauma Acute Care Surg. 2018;85:119-22. <http://dx.doi.org/10.1097/TA.0000000000002058>.
4. Lee R, Jeon CH, Kim CW, Kwon H, Kim JH, Kim H, et al. Clinical Results of Distal Embolization in Grade V Splenic Injury: Four-Year Experience from a Single Regional Trauma Center. J Vasc Interv Radiol. 2020 Apr 24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jvir.2020.01.029>.
5. Petrone P, Anduaga Peña MF, Servide Staffolani MJ, Brathwaite C, Axelrad A, Ceballos Esparragón J. Evolution of the treatment of splenic injuries: from surgery to non-operative management. Cir Esp. 2017;95:420-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.07.007>.

Alejandro José Pérez Alonso^{a,*}, Marisol Zurita Saavedra^b, Javier Gomez Sanchez^b y Patrizio Petrone^c

^aUnidad de Cirugía Hepatobilíopancreática y Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España

^bUnidad de Cirugía Coloproctológica. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España

^cDepartment of Surgery, NYU Langone Health-NYU Winthrop Hospital, NYU Long Island School of Medicine, Mineola, Nueva York, Estados Unidos

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: apma85@hotmail.com (A.J. Pérez Alonso).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.020>

0009-739X/

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