



## Réplica de los autores

### Sr. Director:

En primer lugar, quisiéramos agradecer a los Dres. Cózar y del Olmo la atenta lectura de nuestro trabajo<sup>1</sup>. Sus aportaciones, avaladas por su amplia experiencia en el tratamiento de reservorios subcutáneos, son sin duda enriquecedoras. No obstante, consideramos necesario puntualizar sobre algunos aspectos referidos en su carta:

#### 1. Sobre la vía de abordaje:

A pesar de que un 40% de los pacientes no pudo beneficiarse de la vía cefálica, la consideramos de elección por los siguientes motivos:

– La necesidad de sedación asociada a la anestesia local la consideramos en todos los pacientes independientemente de la vía de acceso, de la misma manera que en otros procedimientos (herniorrafias, drenajes de abscesos, etc.). La comodidad del paciente así lo exige.

– Una tasa de neumotórax del 1,8% en la serie de los doctores Cózar y del Olmo (1,3% en la nuestra) justifica la utilización de la vena cefálica por disección como primera alternativa de abordaje, dado que en esta vía no se produce esta complicación.

– Cuando se adquiere experiencia en el procedimiento, una mínima disección en el surco deltopectoral localiza la vena cefálica y si ésta no es adecuada se procede a la punción subclavia. El tiempo operatorio dura pocos minutos. Hacer de esto inferencias sobre coste parece

arriesgado.

– Nuestra tasa de malposición, dolor crónico y trombosis se ajustan a lo publicado en la bibliografía.

#### 2. Sobre el tipo de catéter:

En nuestra casuística no hemos tenido complicaciones del tipo de imposibilidad de extracción sanguínea que obligue a retirar el dispositivo.

#### 3. Sobre la profilaxis antibiótica:

Los autores refieren una tasa de infección del 3%. En nuestra serie, la tasa es del 1,3%. Estamos de acuerdo en que es fundamental realizar un correcto procedimiento de implantación y posterior manejo del dispositivo. Adicionalmente, consideramos que una dosis única de una cefalosporina (o su alternativa en pacientes alérgicos) nos permite mantener tasas tan bajas de infección sin morbilidad añadida.

#### 4. Sobre la profilaxis antitrombótica:

Los autores indican esta profilaxis en pacientes de alto riesgo. Son, pues, pacientes neoplásicos, portadores de un catéter central y que reciben tratamiento quimioterápico; por lo tanto, de riesgo. De acuerdo con autores como Monreal et al<sup>2</sup> o Masci et al<sup>3</sup>, consideramos que el uso de heparina de bajo peso molecular es efectivo y seguro en estos pacientes. Hay publicaciones que defienden incluso el uso de anticoagulantes orales<sup>4</sup>.

**Benito Flores**

Servicio de Cirugía General. Hospital Morales Meseguer.  
Murcia. España.

### Bibliografía

1. Cózar A, del Olmo M. Consideraciones del abordaje subclavio en accesos venosos totalmente implantables. *Cir Esp* 2003;74:246-7.
2. Monreal M, Alastrue A, Rull M, Mira X, Muxart J, Rosell R, et al. Upper extremity deep venous thrombosis in cancer patients with venous access devices. Prophylaxis with a low molecular weight heparin (Fragmin). *Thromb Haemost* 1996;75:251-3.
3. Masci G, Magagnoli M, Zucali PA, Castagna L, Carnaghi C, Sarina B, et al. Minidose warfarin prophylaxis for catheter-associated thrombosis in cancer patients: can it be safely associated with fluorouracil-based chemotherapy? *J Clin Oncol* 2003;21:736-9.
4. Carr KM, Rabinowitz I. Physician compliance with warfarin prophylaxis for central venous catheters in patients with solid tumors. *J Clin Oncol* 2000;18:3665-7.