

resolverían todas estas dudas. Sobre todo, porque la realización de un vaciamiento central no es inocuo, sino que conlleva morbilidad⁶, y actualmente no hay evidencias sólidas que recomienden el vaciamiento central profiláctico en microcarcinomas papilares de buen pronóstico, sino todo lo contrario⁷. Lo importante es seleccionar aquel pequeño porcentaje de casos que podrían beneficiarse de un vaciamiento central terapéutico. Nuestro estudio intentó, con sus limitaciones, dar respuesta a dicho objetivo¹.

Por todo ello, consideramos que es útil la comparación de los grupos tal y como se realizó en el estudio¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ruiz Pardo J, Ríos A, Rodríguez JM, Paredes M, Soriano V, Oviedo MI, et al. Risk factors of metastatic lymph nodes in papillary thyroid microcarcinoma. *Cir Esp.* 2020;98:219-25.
2. Luo Y, Zhao Y, Chen K, Shen J, Shi J, Lu S, et al. Clinical analysis of cervical lymph node metastasis risk factors in patients with papillary thyroid microcarcinoma. *J Endocrinol Invest.* 2019;42:227-36.
3. Zhang C, Li BJ, Liu Z, Wang LL, Cheng W. Predicting the factors associated with central lymph node metastasis in clinical node negative (cN0) papillary thyroid microcarcinoma. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2020;277:1191-8.
4. Miyauchi A, Ito Y. Conservative surveillance management of low risk papillary thyroid microcarcinoma. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2019;48:215-26.
5. Ríos A, Rodríguez JM, Ibáñez N, Piñero A, Parrilla P. Detection of the sentinel node using a magnetic tracer in thyroid cancer. A technical pilot study. *Cir Esp.* 2019;97:169-74.

6. Zambudio AR, Rodríguez J, Riquelme J, Soria T, Canteras M, Parrilla P. Prospective study of postoperative complications after total thyroidectomy for multinodular goiters by surgeons with experience in endocrine surgery. *Ann Surg.* 2004;240:18-25.
7. Haugen BR, Alexander EK, Bible KC, Doherty GM, Mandel SJ, Nikiforov YE, et al. 2015 American Thyroid Association Management Guidelines for Adult Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer: The American Thyroid Association Guidelines Task Force on Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. *Thyroid.* 2016;26:1-133.

José Ruiz Pardo^{a,*}, José Manuel Rodríguez^{a,b,c}
y Antonio Ríos^{a,b,c}

^aServicio de Cirugía General y de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bInstituto Murciano de Investigación Bio-Sanitaria Virgen de la Arrixaca (IMIB-Arrixaca), Murcia, España

^cDepartamento de Cirugía, Pediatría y Obstetricia, y Ginecología, Universidad de Murcia, Murcia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josrp@hotmail.es (J. Ruiz Pardo).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.06.001>
0009-739X/

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

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

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 Saavedra et al.¹ sobre su experiencia en el manejo del traumatismo

esplénico en un hospital de nivel II. Felicitamos a los autores por su experiencia y compromiso con la atención al paciente traumatizado esplénico. Sin embargo, nos gustaría añadir algunas consideraciones basadas en nuestra experiencia.



Al igual que los autores, consideramos que el tratamiento no operatorio (TNO) del traumatismo esplénico contuso constituye a día de hoy el tratamiento de elección salvo inestabilidad hemodinámica o presencia de otras lesiones que justifique la cirugía, llegando a obtenerse tasas de éxito con el tratamiento conservador de hasta el 90%².

Uno de los aspectos que nos parecen controvertidos del artículo de Zurita Saavedra et al. se trata del manejo quirúrgico directo de aquellos pacientes con traumatismo esplénico grado IV (Asociación Americana de Cirugía de Trauma AAST³) independientemente del estatus hemodinámico. Así, en 2017 the World Society of Emergency Surgery (WSES)⁴ publica sus recomendaciones sobre el manejo de los pacientes con traumatismo esplénico estableciendo la estabilidad hemodinámica como aspecto clave del TNO de los pacientes con traumatismo esplénico grado IV-V e introduciendo la angioembolización (AE) como la técnica inicial más adecuada en estos pacientes.

Pese a la ausencia de estudios randomizados que lo sustenten (en el año 2017 se comenzó a realizar un estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico «SinE qua NOM trial» que tuvo que ser cancelado debido a un reclutamiento demasiado lento⁵), existe evidencia suficiente basada en estudios retrospectivos y metaanálisis que apoyan esta indicación con buenos resultados⁶.

En base a ello, y dado a la proximidad del centro de referencia a tan solo 300 m, creemos que aquellos pacientes con traumatismo esplénico grado IV-V y estabilidad hemodinámica debieran ser referidos para la AE a dicho centro, pues es conocida que la tasa de éxito al TNO en estos pacientes es mayor cuando se realiza la AE⁴. También alentamos a los autores a la realización de un estudio «propensity score» de los resultados de ambas técnicas.

Por otro lado, es de nuestra atención también el elevado número de cirugía conservadora de bazo realizadas. Si bien, echamos de menos un análisis de los resultados de las mismas, resulta un tanto contradictorio con la tendencia en la literatura en la que este abordaje se ha ido reduciendo con el tiempo dado el aumento del TNO y los malos resultados iniciales de esta técnica, aunque con poca evidencia al respecto⁷. Esta cirugía es compleja, y nos parece muy interesante su volumen acumulado el cual también consideramos una materia a publicar por sí sola.

Finalmente, desconocemos si exceso de celo o la ausencia de embolización, así como la alta tasa de cirugía conservadora pudiera justificar la alta estancia referida por los autores.

En resumen, creemos que, respecto al traumatismo esplénico contuso, la estrategia general de manejo que debe prevalecer sería que la estabilidad hemodinámica nos permite la realización de un TNO incluso en pacientes con lesiones grado IV-V acompañado de la AE, y que, a falta de nuevos estudios, la cirugía conservadora del bazo en este contexto debe ser realizada solo en manos expertas o bajo protocolos de ensayos clínicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zurita Saavedra M, Pérez Alonso A, 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 [consultado 4 Mar 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31739975>.
2. Brillantino A, Iacobellis F, Robustelli U, Villamaina E, Maglione F, Colletti O, et al. Non operative management of blunt splenic trauma: A prospective evaluation of a standardized treatment protocol. *Eur J Trauma Emerg Surg*. 2016;42:593-8.
3. Kozar RA, Crandall M, Shanmuganathan K, Zarza BL, Coburn M, Cribari C, et al. Organ injury scaling 2018 update: Spleen, liver, and kidney. *J Trauma Acute Care Surg*. 2018;85:1119-22 [consultado 4 Mar 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30462622>.
4. Coccolini F, Montori G, Catena F, Kluger Y, Biffi W, Moore EE, et al. Splenic trauma: WSES classification and guidelines for adult and pediatric patients. *World J Emerg Surg*. 2017;12:40 [consultado 5 Mar 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28828034>.
5. Splenic Injury Embolization - the Question About NOM (SinE Qua NOM) - Tabular View - ClinicalTrials.gov. [consultado 4 Mar 2020] Disponible en: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT03231202?view=record>
6. Bhangu A, Nepogodiev D, Lal N, Bowley DM. Meta-analysis of predictive factors and outcomes for failure of non-operative management of blunt splenic trauma. *Injury*. 2012;43:1337-46 [consultado 5 Mar 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21999935>.
7. Beal SL, Spisso JM. The Risk of Splenorraphy. *Arch Surg*. 1988;123:1158-63 [consultado 5 Mar 2020] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3415469>.

Alejandro Sánchez Arteaga^a, Pablo Beltrán Miranda^{b,*}
Miguel Ángel Gómez Bravo^b y Felipe Pareja Ciuro^a

^aUnidad de Cirugía de Urgencias y Politraumatismo, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^bUnidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablobm81@hotmail.es
(P. Beltrán Miranda).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.03.003>
0009-739X/

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