

- cancer: A consensus report of the European Society of Endocrine Surgeons (ESES). *Langenbecks Arch Surg*. 2014;399:155-63.
4. 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.
 5. Liu LS, Liang J, Li JH, Liu X, Jiang L, Long JX, et al. The incidence and risk factors for central lymph node metastasis in cN0 papillary thyroid microcarcinoma: A meta-analysis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2017;274:1327-38.
 6. 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.
 7. 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.

María del Carmen González-Sánchez^{a,b,c,*}
y Guzmán Franch-Arcas^{a,b,c}

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca, España

^bDepartamento de Cirugía, Universidad de Salamanca, Salamanca, España

^cInstituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL), Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: crmngs@hotmail.com
(M.d.C. González-Sánchez).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.05.005>
0009-739X/

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

Respuesta - Factores de riesgo de metástasis ganglionares en el microcarcinoma papilar de tiroides



Reply - Risk Factors of Metastatic Lymph Nodes in Papillary Thyroid Microcarcinoma

Estimado Editor:

En primer lugar agradecer a la Dra. González y al Dr. Franch Arcas el comentario sobre nuestro artículo «Factores de riesgo de metástasis ganglionares en el microcarcinoma papilar de tiroides»¹.

El comentario que realizan los autores es interesante. Sin embargo, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que condicionan el diseño del estudio realizado en contra de comparar estrictamente aquellos casos en los que solo se realizó vaciamiento central (11 vs. 11 casos con y sin adenopatías metastásicas centrales, respectivamente).

Lo primero que condiciona el diseño de nuestro estudio es que el vaciamiento central profiláctico en el microcarcinoma papilar prácticamente no se realiza hoy en día. Las referencias que indican la Dra. González y el Dr. Franch Arcas, cuando indican que sistemáticamente se realiza disección profiláctica del compartimento central, corresponden a centros asiáticos, donde su realización ha estado más extendida^{2,3}. Sin embargo, actualmente esta tendencia está cambiando, y en dichos grupos se está extendiendo el tratamiento mediante vigilancia activa,

es decir, manejo conservador con seguimiento y sin ningún gesto terapéutico, operándose solamente el pequeño porcentaje de microcarcinomas que presenta evolución tumoral o mal pronóstico⁴. Esto condiciona que en la actualidad las series quirúrgicas asiáticas de microcarcinomas sean de tumores que presentan peor evolución, por lo tanto son más agresivos y en consecuencia presentan mayor afectación linfática.

Por ello, si se comparan solo los pacientes con vaciamiento central, se va a realizar una comparación entre microcarcinomas de peor pronóstico¹⁻⁵, ya que en ellos es donde se plantea su realización. Esto va a dar una visión no real de los microcarcinomas tratados, excluyendo el grueso de tumores que presentan un pronóstico excelente.

En este sentido, es aceptado que pacientes que han sido tratados con cirugía y que tras un seguimiento prolongado cumplen criterios de curación pueden considerarse curados y que no presentan extensión linfática. Si bien, siempre puede existir una pequeña duda sobre si se presentó o no alguna micrometástasis subclínica que haya permanecido latente en el tiempo.

Hay que recordar tal y como indican nuestros colegas, la Dra. González y el Dr. Franch Arcas, que no es posible la realización de estudios prospectivos aleatorizados, los cuales

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.