

CARTAS AL EDITOR

Santiago, 6 de julio de 2006
Dr. Julio Yarmuch
Editor
Revista Chilena de Cirugía

He leído con mucho interés el artículo "Uso de drenajes tubulares abdominales en pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico con gastrectomía" publicado recientemente¹. Este artículo intenta responder a una antigua y todavía muy vigente controversia respecto de la utilidad del uso de drenajes en cirugía. Se trata, por tanto, de una pregunta de índole terapéutica.

Actualmente, la evidencia más válida para responder este tipo de interrogantes es la encontrada en estudios prospectivos controlados. Sin embargo, la baja incidencia de los eventos, harían probablemente necesario incluir un gran número de pacientes que le den validez al estudio. En este contexto, es razonable intentar dilucidar este tipo de preguntas en estudios observacionales, como lo es el trabajo citado.

El primer paso de análisis de este tipo de estudio es evaluar la validez de los resultados². En material y método se señala haber excluido del análisis los pacientes que presentaron complicaciones ("fistula anastomótica y complicaciones no mortales"), siendo analizados sólo los pacientes sin morbilidad postoperatoria. Esta lamentable exclusión impide absolutamente concluir o sugerir que "la colocación de 1 o 2 drenajes abdominales no representa ningún riesgo quirúrgico" como se señala en el artículo citado.

Parece importante, en especial para quienes están en etapa de formación, aprender a analizar críticamente la literatura médica con el fin de aplicarla correctamente en beneficio de nuestros pacientes.

Dr. ALEX ESCALONA
Departamento de Cirugía Digestiva
Pontificia Universidad Católica de Chile

REFERENCIAS

1. Csendes A, Burgos A, Burdiles P, Maluenda F, Díaz J, Rojas J. Uso de drenajes tubulares abdominales en pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico con gastrectomía. Rev Chil Cir 2006; 58: 30-34.
2. Users' Guides to the Medical Literature. Essentials of Evidence-Based Clinical Practice, Guyatt G, Rennie D (Ed). Chicago, IL. American Medical Association, 2002.

Réplica de Dr Attila Csendes:

Santiago, Julio 26 del 2006.

Dr. Julio Yarmuch
Editor
Revista Chilena de Cirugía
Presente

Estimado Editor.

He leído con mucho interés el comentario del Dr. Escalona referente al manuscrito recientemente publicado sobre "Drenajes abdominales en pacientes con obesidad mórbida"¹. Al respecto deseo comentar las 2 observaciones que se hacen:

1. El trabajo lo único que pretende es demostrar que en pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico, el uso rutinario en la inmensa mayoría de los pacientes (96%) no produce ninguna complicación relacionada con su uso y por otra parte conocer el débito diario por los drenajes y cual fue el momento de su retiro. Tal como se observa en el artículo el uso rutinario de estos drenajes no provoca ningún problema o complicación al paciente. En forma expresa se excluyeron 12 pacientes que presentaron una fistula anastomótica de la gastroyeyuno anastomosis o del muñón gástrico que se observaron entre 557 pacientes operados y que fueron publicados en EEUU². Esta publicación mereció el comentario del Dr. Champion³ y una nueva respuesta de nosotros en la

misma revista⁴. En estos 12 pacientes (2,1% del total), la fístula se presentó en 7 casos entre el 5^o y 8^o día, pudiendo ser todos manejados con controles sucesivos con ecografía y aspiración por el drenaje. En 5 pacientes esta fístula se presentó entre 12 a 15 días después de cirugía, teniendo que colocar un drenaje por vía percutánea. Ninguno de ellos requirió una reoperación por la fístula. Además un drenaje colocado en buena posición puede hacer el diagnóstico precoz de un hemoperitoneo. Por lo tanto, mientras no se compruebe lo contrario, me parece prudente seguir con la política de dejar un drenaje por 5 días que no tiene ninguna consecuencia para el paciente.

2. Respecto a la necesidad de analizar críticamente la literatura médica, estoy totalmente de acuerdo que es fundamental la realización de estudios prospectivos y controlados. Este hecho lo conozco desde hace tiempo, ya que el primer estudio prospectivo y randomizado realizado en Chile es un estudio quirúrgico que se realizó hace 30 años⁵, cuando nadie en Chile conocía el término de estudio prospectivo y randomizado. También presentamos por primera vez un estudio prospectivo de tipo de doble ciego⁶. Después he realizado varios estudios del mismo tipo que han sido citados varias veces en la literatura internacional⁷⁻¹⁵. Me parece que además de comentar o criticar algún trabajo, (que perfectamente puede hacerse), sería mucho mejor que hicieran un esfuerzo realmente importante y valedero y realizaran estos estudios prospectivos, randomizados y con un seguimiento a largo plazo con análisis subjetivo y objetivo de los resultados¹⁶⁻¹⁷, para hacer realmente un aporte al conocimiento científico en Chile y honrar y homenajear a varios distinguidos cirujanos chilenos que nos precedieron. El desafío está lanzado.

Prof. Dr. ATTILA CSENDES, FACS
Director Departamento de Cirugía
Hospital Clínico U. de Chile

REFERENCIAS

- Csendes A, Burgos A, Burdiles P, Maluenda F, Díaz J, Rojas J. Uso de drenajes tubulares abdominales en pacientes con obesidad mórbida sometidos a bypass gástrico con gastrectomía. *Rev Chil Cir* 2006; 58: 30-34.
- Csendes A, Burdiles P, Burgos AM, Maluenda F, Díaz JC. Conservative management of anastomotic leaks after 557 open gastric bypass. *Obes Surg* 2005;15:1252-1556.
- Champion JK. Management of anastomotic leaks. *Obesity Surgery* 2005;15:1257.
- Csendes A. Comparative management of anastomotic leaks. *Obesity Surgery* 2006;16: 375-376.
- Csendes A, Uribe P. Estudio prospectivo y randomizado de dos tipos de laparotomías en cirugía biliar primaria. *Rev Chil Cir* 1976; 28: 33-38.
- Csendes A, Rappaport J, Sepúlveda MA. Estudio de la intolerancia por diferentes alimentos en controles y en pacientes con colelitiasis mediante la técnica de "doble ciego". *Rev Chil Cir* 1977; 29: 50-53.
- Braghetto I, Csendes A, Velasco N. A prospective and randomized study on the treatment of postoperative paralytic ileus. *Clin Gastroent* 1979; 13: 289.
- Csendes A, Velasco N, Braghetto I. A prospective randomized study comparing forceful dilatation and oesophagomyotomy in patients with achalasia of the esophagus. *Gastroenterology* 1981; 80: 789-795.
- Velasco N, Braghetto I, Csendes A. Treatment of residual common bile duct stones: A prospective controlled study comparing monoolein and heparin. *World. J Surg* 1983; 7: 266-270.
- Yarmuch J, Csendes A, Schütte H, Braghetto I, Encina J, Bastías J. Comparación de la efectividad de diferentes ranitidinas en la reducción de la secreción gástrica de ácido en ulcerosos duodenales. *Rev Méd Chile* 1988; 116: 254-257.
- Braghetto I, Csendes A, Lazo M, Rebolledo P, Díaz A, Bardavid A. et al. A prospective, randomized study comparing highly selective vagotomy and extended highly selective vagotomy in patients with duodenal ulcer. *Am J Surg* 1988 ; 155: 443-446.
- Csendes A, Braghetto I, Henríquez A, Cortés C. Late results of a prospective randomised study comparing forceful dilatation and esophagomyotomy in patients with achalasia. *Gut* 1989; 30: 299-304.
- Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Debandi A, Díaz J, Rappoport J. y cols. Estudio prospectivo y randomizado de 2 tipos de anastomosis como método de reconstrucción después de gastrectomía total. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 348-353.
- Csendes A, Burdiles P, Korn O, Braghetto I, Huertas C, Rojas J. Late results of a randomized clinical trial comparing total fundoplication versus calibration of the cardia with posterior gastropexy. *Brit J Surg* 2000; 87: 289-297.
- Csendes A, Burdiles P, Rojas J, Braghetto I, Díaz JC, Maluenda F. A prospective randomized study comparing D2 total gastrectomy versus D2 total gastrectomy plus splenectomy in 187 patients with gastric carcinoma. *Surgery* 2002; 131: 401-407.
- Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Puente G, Korn O, Díaz JC *et al*. Long term results of classic anti-reflux surgery in 152 patients with Barrett's esophagus: Clinical, radiologic, endoscopic, manometric, and acid reflux test analysis before and late after operation. *Am J Surg* 1993; 166: 45-49.
- Csendes A, Braghetto I, Burdiles P, Korn O, Csendes P, Henríquez A. Very late results of esophagomyotomy for patients with achalasia. Clinical, endoscopic, histologic, manometric and acid reflux studies in 67 patients for a mean follow up of 190 months. *Ann Surg* 2006; 243: 196-203.