



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas al Director

Sobre drenar o no drenar la anastomosis infraperitoneal tras escisión rectal por cáncer



To drain or not to drain the infraperitoneal anastomosis after rectal excision for cancer

Sr. Director:

Hemos leído un artículo reciente de Denost et al.¹ publicado en *Annals of Surgery*, con gran interés. Sinceramente, felicitarles y admirar su esfuerzo para evaluar el efecto del drenaje pélvico después de la cirugía rectal para el cáncer. Sin embargo, creemos que sus conclusiones no son completamente concordantes con los resultados del estudio, y nos preocupa hasta qué punto pudieran tener consecuencias negativas sobre los pacientes.

Se trata de un ensayo de superioridad entre drenar y no drenar con resultados estadísticamente negativos (no-significativos) en el que el criterio de valoración principal fue la sepsis pélvica postoperatoria, incluyendo fuga anastomótica, absceso pélvico, y peritonitis. De acuerdo con tales resultados estadísticamente negativos, los autores concluyen que el uso de un drenaje pélvico después de la escisión rectal baja para el cáncer de recto no confiere ningún beneficio al paciente.

Generalmente, en cualquier ensayo de superioridad con resultado negativo, una conclusión en negativo debe tomarse con gran prudencia: la ausencia de evidencia no es la evidencia de la ausencia². Aunque para la fuga anastomótica y para la peritonitis el efecto del drenaje parece ser mínimo, no estamos de acuerdo en una conclusión tan contundente para la aparición de un absceso pélvico. A los 30 días de la cirugía, los autores descubren una diferencia en el absceso pélvico de 3,7% (IC 95%: -2,8-10,2%) en contra de no drenar ($p = 0,24$). Durante la hospitalización inicial, esa diferencia era del 4,4% (IC 95%: -1,2-10,1%; $p = 0,10$). Ambos intervalos de confianza se pueden calcular fácilmente a partir de la información del artículo, aunque los autores no los reportan. Así pues, en ambas situaciones, sería perfectamente posible una diferencia

del 10%, y esta diferencia es precisamente la que los autores consideran como clínicamente relevante. Además, la probabilidad³ (nivel de confianza) derivada de sus propios datos, de que se produzcan más abscesos pélvicos durante el ingreso hospitalario cuando no se utilizan drenajes, frente al uso de drenajes, es nada menos que del 94%. Queda claro que los autores incurrir en un error muy frecuente de interpretación de un resultado estadísticamente no significativo². También queda manifiesto que para facilitar la interpretación de los resultados principales de un estudio han de acompañarse de intervalos de confianza como se aconseja en las Normas de Vancouver, y no fiarlo a la ley del todo o nada del valor de p .

En conclusión, creemos que los resultados del ensayo de Denost et al.¹ no demuestran que el uso del drenaje pélvico no produzca efectos beneficiosos para evitar abscesos pélvicos después de la cirugía rectal para el cáncer. Es más, a partir de sus resultados la hipótesis opuesta se podría plantear perfectamente. Por lo tanto, este problema de investigación tan importante aún no ha quedado resuelto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Denost Q, Rouanet P, Faucheron JL, et al. To drain or not to drain infraperitoneal anastomosis after rectal excision for cancer: The GRECCAR 5 Randomized Trial. *Ann Surg*. 2017;265:474-80.
2. Altman DG, Bland JM. Absence of evidence is not evidence of absence. *BMJ*. 1995;311:495.
3. Shakespeare TP, GebSKI VJ, Veness MJ, Simes J. Improving interpretation of clinical studies by use of confidence levels, clinical significance curves, and risk-benefit contours. *Lancet*. 2001;357:1349-53.

Javier Escrig-Sos^{a*} y Antonio Lluca-Abella^b

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad Multidisciplinar de Cirugía Oncológica Abdominopélvica (UMCOAP), Hospital General Universitario de Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I (UJI), Castellón, España

^bServicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad Multidisciplinar de Cirugía Oncológica Abdominopélvica (UMCOAP), Hospital General Universitario de Castellón, Departamento de Medicina, Universitat Jaume I (UJI), Castellón, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javierescrig@telefonica.net (J. Escrig-Sos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.05.002>
0009-739X/

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Debemos asumir la nueva definición de sepsis en el campo de la cirugía?



Should we assume the new definition of sepsis in the surgical field?

Estimado director:

Recientemente, la Society of Critical Care Medicine (SCCM) y la European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) alcanzaron un consenso que modificaba las definiciones de sepsis y shock séptico, mediante una compleja metodología basada en 3 estudios retrospectivos desarrollados principalmente en EE. UU., además de en encuestas que utilizaban la metodología Delphi y en una revisión de la literatura¹.

Lo más destacado de estas nuevas definiciones es la exclusión del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SRIS) del concepto de sepsis. Esta quedaría ahora definida por un cambio ≥ 2 en el Sepsis-related Organ Failure Assessment (SOFA) o un Quick SOFA (qSOFA) modificado con infección conocida o probable¹.

Los autores del consenso basan esta decisión principalmente en un estudio retrospectivo en pacientes ingresados en UCI en situación de sepsis grave². De estos pacientes, uno de cada 8 (12,5%) sufrió un cuadro de sepsis y disfunción multiorgánica sin presentar al menos 2 criterios de SRIS. Sin embargo, no se puede desdeñar que en 7 de cada 8 casos (87,5%) sí se cumplieron al menos 2 criterios de SRIS, y que fueron considerados como tal³. Si bien es cierto que el SIRS no es una herramienta perfecta, su utilidad está ampliamente fundamentada. Dada la alta mortalidad de la sepsis, debiera primarse una herramienta de *screening* de alta sensibilidad, como ha sido el SRIS, frente a la especificidad, algo mayor con el SOFA⁴. En múltiples estudios se ha objetivado una relación directamente proporcional entre mortalidad y el SRIS⁵⁻⁸. Además, su uso, así como las definiciones de sepsis previas y las intervenciones asociadas han reducido significativamente la mortalidad global por sepsis^{2,6,9-12}.

El nuevo consenso basa la definición de sepsis en la disfunción de órganos. La escala SOFA fue diseñada para identificar de forma objetiva la disfunción de órgano establecida en el contexto de sepsis en el paciente crítico¹¹, y dicho score no

incluye, por ejemplo, la coagulopatía, una de las disfunciones orgánicas más frecuentes en enfermos sépticos^{7,11}. Su uso, pese a ser habitual en las unidades de cuidados intensivos, es anecdótico en otros contextos⁴. Su poca aplicación fuera de la unidad de cuidados intensivos, como pueden ser las urgencias quirúrgicas o las plantas de cirugía, donde surgen y se diagnostican habitualmente los casos de sepsis en origen, así como su dependencia de estas definiciones de fallo de órgano, situación que acaece en la sepsis grave y que impediría un diagnóstico precoz, no parecen aconsejar su uso en nuestro ámbito.

Es por ello por lo que coincidimos con otros autores que también manifiestan su preocupación por el cambio de paradigma^{3,4}. Creemos que sustituir una definición de sepsis —que sumada a la homogenización de los paquetes de intervenciones ha supuesto una disminución global de la mortalidad, y ha bajado las cifras de sepsis grave alrededor del 7-16% y del shock séptico del 20-25%^{3,9,11,12}, y que está ampliamente extendida y validada (mayor precocidad con menor mortalidad)—, por otra de uso marginal, sin estudios prospectivos en diferentes tipos de pacientes, entornos y regiones que respalden este cambio, supone un ejercicio de riesgo al que no debiéramos exponer a nuestros pacientes.

«Good clinical care is grounded in common sense and carefully considered intervention, not in esoteric renderings of biology» John Marshall⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, Bauer M, et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315:801-10.
2. Kaukonen K-M, Bailey M, Suzuki S, Pilcher D, Bellomo R. Mortality related to severe sepsis and septic shock among