

## Respuesta de los autores

### Authors' reply

Sr. Director:

Hemos leído con interés el artículo de Morales-Conde et al<sup>1</sup> y una carta al director referida al mismo, remitida por Rosado et al<sup>2</sup>. Nuestro comentario va dirigido a la pertinencia del empleo sistemático de drenajes y también a su exteriorización, en este caso en cirugía laparoscópica por incisión única.

La cirugía de mínima invasión es no sólo un *desideratum*, clínico sino ya una realidad aplicable a muchos casos en cirugía colorrectal, estando el empleo de un puerto único entre sus últimos desarrollos técnicos. Por ello queremos resaltar el citado artículo, ya que aporta gestos interesantes<sup>1</sup>.

Sin embargo, hace muchos años que no se sustenta la clásica frase de Lawson Tait «En la duda, drenar»<sup>3</sup>. La duración funcional de los drenajes en la cavidad abdominal es mínima<sup>4</sup>, su empleo no está exento de complicaciones y pueden ser nocivos en la vecindad de las anastomosis. Además su uso inapropiado no es banal y tiene un coste; cuando menos, se asocia a molestias, dificultad de movilización, y dificulta la participación activa del paciente en su recuperación, fundamentos de la cirugía *fast-track*<sup>5</sup>. De hecho, sendos metaanálisis no hallaron diferencias en la mobimortalidad de los pacientes en estudios prospectivos-aleatorizados, concluyendo que su uso rutinario no está indicado<sup>6,7</sup>.

Pese a ello, en una reciente encuesta, el 38,5% de cirujanos miembros de la Sección de Coloproctología de la AEC o de la Asociación Española de Coloproctología los emplean de forma rutinaria<sup>8</sup>. ¿Por qué pues sigue usándose el drenaje? Casi el 90% de los encuestados indican que porque les tranquiliza. Así de simple. Ello supone una influencia de la tradición quirúrgica que aún costará de modificar pese a las evidencias de que no es necesario. En el caso que nos ocupa, el segundo punto que comentan Rosado et al<sup>2</sup> es sobre su exteriorización por la puerta de entrada. Obviamente, pueden aprovecharse orificios de trocares de pequeño calibre para dejar un drenaje que se crea necesario por peritonitis local, inadecuada hemostasia, etc., pero no parece lógico hacerlo a través de una incisión quirúrgica de 25 mm pues obviamente interfiere con su cierre. En un reciente estudio se halló una incidencia de hernias a través de puertas de entrada laparoscópicas del 0,75%, todas en puertos de más de 5 mm, recomendándose el cierre cuidadoso de los orificios mayores<sup>9</sup>. Por otra parte, se han descrito complicaciones importantes como la de herniación con necrosis de intestino delgado a través del orificio del puerto por el que se exteriorizó<sup>10</sup>.

Los autores, a los que felicitamos, buscan continuamente procedimientos menos invasivos siendo pioneros en la introducción de técnicas novedosas que benefician el postoperatorio de los pacientes. Gestos tan simples como omitir un

drenaje pueden contribuir también al confort perioperatorio y a una menor morbilidad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Morales-Conde S, García-Moreno J, Cañete Gómez J, Barranco-Moreno A, Sucas-Macías M. Hemicolectomía derecha por cáncer de colon por vía laparoscópica con puerto único. Cir Esp. 2010;88:129-31.
2. Rosado-Cobián R, Fabiano P, Carranza D, Gallardo A. Hemicolectomía derecha laparoscópica por incisión única: ¿Es necesario el drenaje? Cir Esp. 2011;89:479.
3. Robinson JO. Surgical drainage: an historical perspective. Br J Surg. 1986;73:422-6.
4. Agrama HM, Blackwood JM, Brown CS, Machiedo GW, Rush BF. Functional longevity of intraperitoneal drains. An experimental evaluation. Am J Surg. 1976; 132:418-21.
5. Wasey N, Baughan J, De Gara CJ. Prophylaxis in elective colorectal surgery: the cost of ignoring the evidence. Can J Surg. 2003;46:279-84.
6. Urbach DR, Kennedy ED, Cohen MM. Colon and rectal anastomoses do not require routine drainage. A systematic review and meta-analysis. Ann Surg. 1999;229:174-80.
7. Karliczec A, Jesus EC, Matos D, Castro AA, Atallah AN, Wiggers T. Drainage or nondrainage in elective colorectal anastomosis: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Dis. 2006;8:259-65.
8. Roig JV, García-Fadrique A, García-Armengol J, Redondo C, Villalba FL, Salvador A, et al. Perioperative care in colorectal surgery. Current practice patterns and opinions. Colorectal Dis. 2009;11:976-83.
9. Bevan KE, Venkatasubramaniam A, Mohamed F, Moran BJ, Cecil TD. Respect for the laparoscopic port site: lessons in diagnosis, management, and prevention of port-site hernias following laparoscopic colorectal surgery. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2010;20:451-4.
10. Komuta K, Haraguchi M, Inoue K, Furui J, Kanematsu T. Herniation of the small bowel through the port site following removal of drains during laparoscopic surgery. Dig Surg. 2000;17:544-6.

José Vicente Roig Vila\*, Juan García Armengol, Marcos Bruna Esteban y José Mir Labrador

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [roig\\_jvi@gva.es](mailto:roig_jvi@gva.es) (J.V. Roig Vila).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.11.012](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.11.012)