



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-191 - ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA VS EXTRACORPÓREA EN HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA CON EL USO DEL MONOPUERTO

Atahualpa Arenas, Fredy¹; Durán Escribano, Carlos²; Valiño Fernández, Cristina²; del Castillo Díez, Federico²; Castell Gómez, José²; Álvarez Peña, Estibaliz²

¹Hospital Quiron La Luz, Madrid; ²Hospital La Luz Quironsalud, Madrid.

Resumen

Introducción: El tipo de anastomosis ileocólica, intracorpórea (IC) o extracorpórea (EC), tras la hemicolectomía derecha laparoscópica por cáncer de colon derecho continúa en debate, aunque el estándar ha sido la anastomosis extracorpórea estudios recientes favorecen a la anastomosis intracorpórea con los argumentos de evitar la tracción del mesenterio, la movilización del colon transverso y la localización de la herida de extracción de la pieza operatoria en el abdomen superior. La herida quirúrgica periumbilical por la que además se extrae la pieza operatoria con el uso del monopuerto podría influir sobre tales factores. Existen pocos estudios sobre el uso específico del monopuerto respecto al tipo de anastomosis.

Objetivos: Comparar los resultados a corto plazo de la anastomosis ileocólica intracorpórea vs extracorpórea en la hemicolectomía derecha laparoscópica con el uso del monopuerto en el cáncer de colon derecho.

Métodos: Presentamos nuestra serie prospectiva de los últimos cinco años de pacientes con adenocarcinoma de colon derecho intervenidos mediante hemicolectomía derecha laparoscópica utilizando el monopuerto Gel Point de Applied Medical y pinzas de laparoscopia convencional. Analizamos variables intraoperatorias así como post operatorias comparando ambos tipos de anastomosis. Incluimos adenocarcinomas de colon derecho cT1-4, NanyM0. La elección del tipo de anastomosis se hizo según el íleon y el colon transverso pudieron eviscerarse a través del monopuerto y permitieron una anastomosis extracorpórea segura, en caso opuesto se realizó intracorpórea.

Resultados: Tras descartar 16 pacientes por conversión a cirugía abierta, analizamos 100 pacientes intervenidos mediante hemicolectomía derecha laparoscópica utilizando el monopuerto, de los cuales a el 40% se realizó una anastomosis intracorpórea y a el 60% extracorpórea. Se colocó un trocar epigástrico adicional de 5 mm en el 34% de pacientes. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, IMC, estado funcional ECOG y tamaño del tumor. Tras el análisis de los datos no se encontraron diferencias para las variables analizadas: tiempo operatorio (media IC 110 minutos vs EC 111 minutos, $p = 0,54$), tiempo para el primer flato (media IC 3,4 días vs EC 2,9 días, $p = 0,99$), número de ganglios (media IC 22,5 ganglios vs EC 22,6 ganglios, $p = 0,73$) ni estancia hospitalaria (media IC 7 días vs EC 6 días, $p = 0,35$). En cuanto a la morbilidad intrahospitalaria tampoco hubo diferencia ($p = 0,39$), llama la atención la tasa de infección del sitio quirúrgico (superficial, profundo

e intraabdominal): 12% en total, siendo el 6% en el grupo de anastomosis intracorpórea vs 19% en el grupo extracorpórea aunque sin alcanzar una diferencia significativa ($p = 0,27$). Hubo un caso de mortalidad hospitalaria en el grupo extracorpórea ($p = 0,44$).

Conclusiones: En nuestra serie, no encontramos diferencias según el tipo de anastomosis íleo cólica intra o extracorpórea para las variables estudiadas, por lo tanto ambos tipos de anastomosis son factibles e igual de seguras. Con el uso del monpuerto no fue necesaria la movilización del colon transversal y tampoco requirió una herida para la extracción de la pieza quirúrgica.