



## O-062 - ESTUDIO COMPARATIVO APENDICECTOMÍA POR PUERTO ÚNICO VS REDUCED PORT SURGERY. NUESTRA EXPERIENCIA 2008-2013

J.A. Garijo Álvarez<sup>1</sup>, M. Cea Soriano<sup>1</sup>, A. Pueyo Rabanal<sup>1</sup>, M. Gascón Hove<sup>2</sup>, C. García Llorente<sup>1</sup>, E. Esteban Agustí<sup>1</sup>, M.I. Hernanz Hernández<sup>1</sup>, P. Galindo Jara<sup>1</sup>, R. Barriga Sánchez<sup>1</sup>, P. Benito Expósito<sup>3</sup> y L. Rabadán Ruiz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Torrejón. <sup>2</sup>Hospital Militar de Zaragoza. <sup>3</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La apendicectomía se realiza anualmente en al menos 700.000 pacientes/año en la comunidad Europea, resultando en el procedimiento quirúrgico de urgencias más común. La cirugía laparoscópica a través de un acceso único (SPA™; LESS, en sus acrónimos anglosajones), se está mostrando como una vía de desarrollo de las técnicas laparoscópicas más comunes y ha llevado antes las dificultades encontradas en su implantación al desarrollo de la Reduced Port Surgery, que facilita su ejecución. Nuestro grupo viene desarrollando varios accesos laparoscópicos diferentes para el abordaje de la apendicitis aguda. El acceso por puerto único (1) (tras umbilical y suprapúbico) y un abordaje trasumbilical reduced port surgery (2). Se presentan los resultados de 2 series simultáneas de apendicectomías realizados con ambas técnicas.

**Métodos:** Se presentan los casos de Apendicitis Aguda intervenidos en 2 servicios del Área de Madrid (Infanta Sofía y Torrejón) entre julio/2008 y marzo/2013, 130 en total (45 abordaje por puerto único y 85 abordaje reduced port surgery). Se realizaron 2 grupos, en función de si se utilizaba un trocar de puerto único (Tri-port® Advanced Surgycal Concepts, Whilock, Brey, Irlanda) o trocates convencionales, con la técnica de reducción de trocates (12 mm-5 mm y una pinza de 3 mm para tracción). Tanto en el abordaje a través de una incisión de Fannestiel sobre tubérculo suprapúbico drch como transumbilical, se realiza una incisión epidérmica de 1,5 cm y de 2-2,5 cm a nivel facial. En la técnica reduced port una incisión epidérmica única transumbilical y 2 incisiones diferentes a nivel facial y una incisión supraumbilical de 3 mm para la pinza de tracción 3 mm. En todos los casos se utilizó instrumental precurvado (Olympus GmbH) y recto de laparoscopia convencional y óptica recta de 30°/5 mm (Karl Storz GmbH). Analizamos tiempos quirúrgicos; tiempos de cierre de las incisiones; complicaciones fasciales; complicaciones infecciosas intraabdominales; estancia media. Tiempo de introducción de los diferentes cirujanos en ambas técnicas.

**Resultados:** No se han encontrado diferencias significativas entre nuestros 2 grupos. No ha habido dehiscencias del muñón apendicular en ninguno de los casos tratados, ni diferencias en el nº de abscesos postoperatorios. La estancia media postoperatoria en ambos grupos está por debajo de las 24h (media 22,4h). Hay claras diferencias en el tiempo de fidelización de los cirujanos entre ambas técnicas.

**Conclusiones:** La llegada de los abordajes tipo reduced port surgery, facilita el proceso de

aclimatación/curva de aprendizaje de los equipos quirúrgicos a esta técnica, fidelizando al cirujano por su mayor facilidad y menor coste a estos abordajes laparoscópicos avanzados. Este es uno de los objetivos de la implantación de cualquier técnica quirúrgica, máxime si se hace de urgencias sin poder programar el momento de su realización. No encontramos diferencias significativas en nuestras series en ninguno de los parámetros medidos. Aunque el corto número de procedimientos no permite sacar conclusiones generalizables a otros grupos, la llegada de estos nuevos conceptos, más fáciles de realizar, pensamos puede facilitar su expansión.