



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-103 - ¿ES LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL COLON DERECHO LA IDEAL PARA INICIARSE EN CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COLORRECTAL?

Toledano Trincado, Miguel<sup>1</sup>; Sánchez González, Javier<sup>2</sup>; Martín Esteban, María Luz<sup>1</sup>; Montenegro Martín, María Antonia<sup>1</sup>; Concejo Cutoli, Pilar<sup>1</sup>; Colao Garcai, Laura<sup>1</sup>; Cuevas González, Jorge<sup>1</sup>; Martín del Olmo, Juan Carlos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Comarcal de Medina del Campo, Medina del Campo. <sup>2</sup>Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

### Resumen

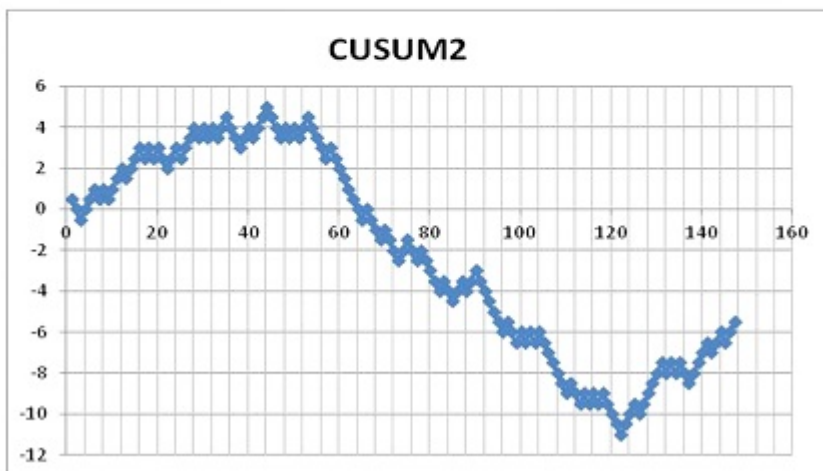
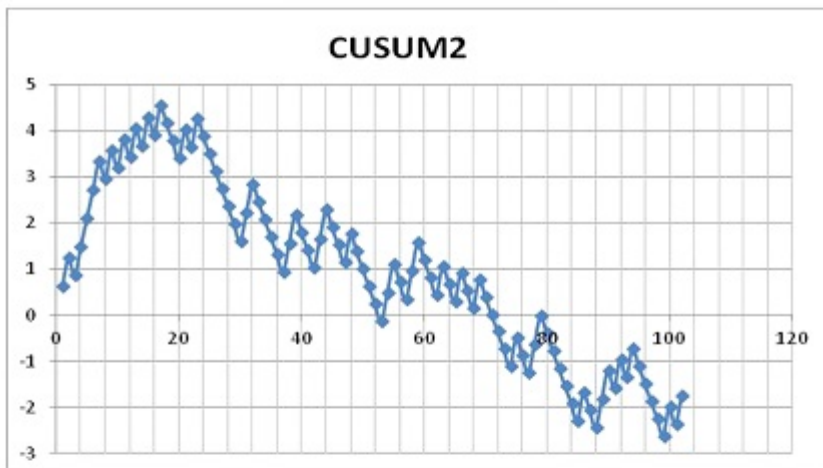
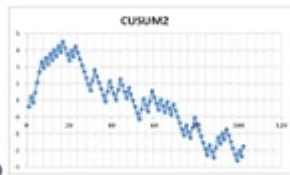
**Introducción:** Desde la implantación de la cirugía laparoscópica colorrectal como técnica de elección en muchas unidades de coloproctología, se está discutiendo cual es la mejor técnica para iniciarse y cual se aprende antes. Parece que no hay duda en asegurar que la patología oncológica rectal es más difícil y requiere más experiencia. Analizamos nuestros resultados para intentar averiguar si es cierto que el colon derecho es el idóneo para empezar y se aprende antes que el colon izquierdo.

**Métodos:** Entre 2004-2014 hemos analizado nuestra serie de forma prospectiva en base de Datos Access<sup>®</sup> 2003 y análisis de datos con SPSS<sup>®</sup> V19. En el estudio comparamos los resultados del colon derecho laparoscópico (C.D.) frente al colon izquierdo (C.I.), descartando las cirugías de recto (resecciones anteriores y amputaciones abdominoperineales). Enfrentamos las variables cuantitativas y las cualitativas a los años de experiencia, mediante curvas de correlación CUSUM y Moving Average, obteniendo significación en ciertas variables que son las que nos marcan la calidad o aprendizaje.

Aprendizaje Czquierdo



Aprendizaje C.Derecho



**Resultados:** Obtenemos base de datos con 387 cirugías colorrectales laparoscópicas, de las cuales fueron 102 colon derecho y 147 colon izquierdos. Los dos grupos son homogéneos, sin diferencias significativas en las variables sexo, diagnóstico, ASA, IMC, conversión, urgentes, paliativas, cirugía previa ni estadio tumoral. El porcentaje de conversión fue 10,8% C.D. vs 12,2% C.I. El 9,5% de los C.I. fue intervenido con prótesis colónica previa. En las variables cuantitativas solo encontramos diferencias significativas en el tiempo quirúrgico C.D. 179,8 min vs C.I. 197,6 min ( $p < 0,05$ ). El número de ganglios por pieza fue mayor en el C.D pero sin llegar a ser significativo (C.D. 22,12 vs C.I. 18,7  $p = 0,069$ ) y en el resto, estancia postquirúrgica, estancia en REA, inicio de tolerancia oral y necesidades de analgesia de segundo escalón, no encontramos diferencias. El número de complicaciones mayores (C.D. 13,2% vs C.I. 15,5%), infección de herida (C.D. 11% vs C.I. 10,1%), absceso abdominal (C.D. 5,5% vs C.I. 7%), hemoperitoneo (C.D. 1,1% vs C.I. 4,7%), fístulas (C.D.

7,7% vs C.I. 4,7%), reintervenciones (C.D. 9,9% vs C.I. 7,8%) y exitus (C.D 3,3% vs C.I. 1,6%) fue similar en los dos grupos. Definimos la variable Calidad o Aprendizaje como ausencia de conversión, no complicación quirúrgica y pieza quirúrgica con recuento de ganglios por encima de 12 (pieza satisfactoria). La comparación de ambas curvas de aprendizaje C.D vs C.I. nos apunta que pasamos la curva antes en el colon derecho, procedimiento nº 16, que en el colon izquierdo, nº 44. El tiempo quirúrgico no es un buen marcador de calidad en nuestro estudio.

**Conclusiones:** Los resultados indican que la cirugía laparoscópica del colon derecho se aprende antes y posiblemente sea la mejor técnica para iniciarse en la cirugía colorrectal laparoscópica.