



P-294 - CIRUGÍA ENDOLAPAROSCÓPICA COMBINADA (CELS). ¿EL FUTURO DE LOS PÓLIPOS COLÓNICOS BENIGNOS COMPLEJOS MÁS SEGURO Y EFICIENTE?

Martínez Izquierdo, Gema; Rodríguez García, José Ignacio; Ruiz Fernández, Raquel; Ibero Casadiego, Giana Pamela; Fernández Martínez, Daniel; Fernández Hevia, María; García Flórez, Luis Joaquín; Granero Trancón, José Electo

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Objetivos: La polipectomía endoscópica constituye la técnica de elección para la resección de los pólipos de colon. Sin embargo, en ocasiones la resección endoscópica no es posible, bien por el tamaño o por la localización del pólipo, siendo entonces la resección segmentaria de colon la opción de tratamiento. En la década de 1990 aparece la cirugía endoscópica y laparoscópica combinada (CELS), considerándose desde entonces una alternativa menos invasiva y con menos complicaciones potenciales en casos de pólipos benignos no resecados por colonoscopia. El objetivo del estudio es analizar los resultados de la implementación del CELS en dos fases en nuestro centro.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes sometidos a CELS en una primera fase de 2010 a 2012 y en una segunda de mayo de 2022 hasta abril de 2023, teniendo en cuenta datos epidemiológicos, intraoperatorios y relacionados con el seguimiento y complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes sometidos a CELS, 6 en la primera fase y 10 en la segunda. El 62,5% del total de la muestra eran hombres. La edad media total fue de 73 años y IMC medio 27,28 kg/m². El 25% eran ASA II y el 50% ASA III. El tamaño medio de los pólipos resecados fue de 26 mm, con el ciego como localización más frecuente (43,8%). En 4 de los 6 pacientes de la primera fase se empleó la técnica laparoscópica como asistencia a la colonoscopia terapéutica, en los que se realizó resección endoscópica submucosa (RES), mientras que los 2 restantes de la primera fase y los 10 de la segunda fase se sometieron a cirugía laparoscópica con apoyo endoscópico para la localización de las lesiones. De estos 12 pacientes en los que la resección fue principalmente laparoscópica, en 7 de ellos se llevó a cabo una resección local, frente a 5 en los que se realizó una resección segmentaria (cequectomía). De las resecciones locales, en 4 de ellas se empleó sutura mecánica con endoGIA y en las otras 3 sutura manual. La estancia media de la primera fase fue de 9,3 días, mientras que en la segunda fue de 4,7 días en los casos en que se realizó CELS como única técnica y de 15,75 días en los 4 pacientes que se sometieron a CELS junto con otra cirugía asociada (3 fueron una resección anterior de recto y la restante fue una reconstrucción del tránsito). En cuanto a las complicaciones, en la primera fase, hubo complicaciones en 2 pacientes (33,3%), que presentaron hemorragia posoperatoria tras realizarse RES, precisando uno de ellos reintervención quirúrgica. En la segunda fase, solo hubo complicaciones en un paciente (8,33%), que presentó una perforación de intestino delgado tras someterse a resección local laparoscópica asistida por

colonoscopia con cirugía resectiva asociada por cáncer colorrectal; este paciente requirió de reintervención.

Conclusiones: La técnica CELS ha demostrado ser versátil en cuanto a la adaptación a la necesidad en cada paciente, permitiendo una evaluación intraoperatoria de cada lesión de cara a ofrecer el procedimiento más seguro, coste-efectivo y con más preservación visceral.