



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-331 - COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN INGRESO. ESTUDIO UNICÉNTRICO PROSPECTIVO OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO DE UNA MUESTRA DE 423 PACIENTES - ¿ES EL PUERTO ÚNICO EL FUTURO DE LA CMA?

Centeno Álvarez, Ana¹; Pérez Calvo, Javier¹; Subirana Magdaleno, Helena¹; Centeno Álvarez, Clara²; Barri Trunas, Joan¹; Jorba Martín, Rosa³; Castellví Valls, Jordi¹

¹Consorci Sanitari Integral-Hospital de l'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat; ²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; ³Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: El uso de la laparoscopia para el tratamiento de la coledocistitis es una técnica ampliamente utilizada y con un papel fundamental en el contexto de la cirugía mayor ambulatoria. Las técnicas cada vez menos invasivas, junto con la mejoría de la inducción anestésica y la analgesia postoperatoria, juntamente con una correcta selección de los pacientes, permiten su aplicación en un marco cada vez más amplio.

Objetivos: Comparación de la técnica convencional de cuatro puertos con el puerto único para el tratamiento de la coledocistitis para permitir una mayor implementación de las técnicas de modo ambulatorio. Análisis de la relación entre diferentes factores y el tiempo quirúrgico la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio prospectivo observacional descriptivo, unicéntrico, de una muestra de 423 pacientes intervenidos entre enero del 2011 y enero del 2018 por el mismo cirujano, mediante técnica laparoscópica de puerto único o cuatro puertos, todos ellos intervenidos por el mismo cirujano. Se incluyen pacientes mayores de edad, adultos competentes a cargo, con coledocistitis sintomática no complicada, ASA I y II, sin complicaciones quirúrgicas previas o contraindicación para la administración de analgesia convencional. Todos ellos fueron seguidos hasta un mes postoperatorio. Se estudió el tiempo quirúrgico en una y otra vía de abordaje, la estancia hospitalaria, el dolor postoperatorio y satisfacción global. Se estudió la relación entre IMC y tiempo quirúrgico, y entre tiempo quirúrgico y estancia media.

Resultados: La edad media de nuestra serie de pacientes fue 39 ± 9 años. El 80,8% eran mujeres. El IMC medio fue $26,4 \pm 4$, y la gran mayoría de ellos fueron ASA I (65,4%). Se observa que el tiempo quirúrgico medio es de $56,7 \pm 20,4$ minutos. El fracaso de la ambulatorización es de 5,6% (23 pacientes en total), generalmente por dolor o náuseas. La tasa de reingreso es del 1,2% (3 pacientes). El 97% de los pacientes refirieron un EVA ≤ 4 al alta (de entre ellos, 25% EVA 0 y 59,5% EVA 1). Se confirma una relación estadísticamente significativa entre IMC y tiempo quirúrgico ($p = 0,004$). En cuanto a los casos con fracaso de la ambulatorización, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo operatorio respecto los casos sin complicación (p

= 0,017). No hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tiempo quirúrgico entre las dos técnicas quirúrgicas ($p = 0,634$). Del mismo modo, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a tasa de complicaciones o fracaso de la ambulatorización ($p = 0,328$). Se reportaron dos casos de eventración, uno en cada grupo.

Conclusiones: El puerto único es una técnica segura y que ofrece ciertos beneficios respecto la técnica convencional, como son el resultado estético y la facilidad para el cierre de la aponeurosis, que podría estar asociado a una menor tasa de eventración. Según nuestros datos, no supone un alargamiento del tiempo operatorio. La baja tasa de eventración nos dificulta llevar a cabo una comparación entre las técnicas. El IMC predice un alargamiento del tiempo operatorio, pero, según nuestros datos, este hecho no predice una mayor tasa de complicaciones.