



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-022 - NUESTRA EVOLUCIÓN EN LA TÉCNICA DE RESECCIÓN DE PRIMERA COSTILLA MÍNIMAMENTE INVASIVA. ESTUDIO RETROSPECTIVO COMPARATIVO

Ricardo Medina Sánchez, José Ramón Cano García, Wolker Tavárez Estévez, Héctor González de la Torre, Michelle Leung Shao y David Pérez Alonso

Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Analizar los resultados de pacientes intervenidos de resección de primera costilla por síndrome del opérculo torácico, comparando dos variantes quirúrgicas de técnica mínimamente invasiva.

Métodos: Estudio retrospectivo, analítico, transversal, comparando la técnica quirúrgica empleada entre los años 2014-2021, Grupo A(GA) = abordaje videotoracoscópico biportal (segundo espacio intercostal - línea axilar anterior, y quinto espacio intercostal - línea axilar media) y 2022-2024, Grupo B(GB) = abordaje videotoracoscópico biportal con puerto anterior más bajo (cuarto espacio intercostal - línea axilar anterior) y casos robóticos (con un puerto adicional posterior). La sección costal posterior se realizó con laminotomo en el GA y con costotomo de diseño propio en el GB. Se recogieron diversas variables sociodemográficas y quirúrgicas (tipo de afectación, tiempo quirúrgico, complicaciones, escala EVA de dolor en el primer día y al alta, días de drenaje, estancia hospitalaria, mejoría de la sintomatología, dolor residual, grado de disestesias a los 3 y 6 meses). Se realizó un análisis inferencial bivariado mediante χ^2 para variables categóricas y con U de Mann-Whitney para comparación de medias en los dos grupos quirúrgicos (programas SPSS.V.19 y JAMOVI).

Resultados: En el GA se incluyeron 44 pacientes ($39,9 \pm 10,2$ años) y 16 ($42,6 \pm 9,7$ años) en el GB, siendo más frecuente la afectación de tipo vascular (GA:65,9%; GB: 81,3%). Se detectaron diferencias significativas respecto a los tiempos quirúrgicos (GA: $110,0 \pm 33,0$ minutos; GB: $68,3 \pm 17,7$ minutos; $p < 0,001$) y al dolor, tanto al primer día (GA: $5,95 \pm 2,03$; GB: $4,13 \pm 1,63$; $p 0,002$) como al alta (GA: $2,41 \pm 1,23$, GB: $1,44 \pm 1,15$; $p 0,003$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas respecto a complicaciones (GA: 13,6%, GB: 6,3%; $p 0,171$), días de drenaje (GA: $1,80 \pm 1,00$, GB: $1,50 \pm 1,03$; $p = 0,211$) y estancia hospitalaria (GA: $2,95 \pm 1,08$, GB: $2,56 \pm 0,81$; $p = 0,174$). En el GA hubo mejoría de los síntomas a los 3 meses en el 75,0% de los casos y a los 6 meses en el 65,9%, mientras que en el GB mejoraron el 100% de ambas medidas, siendo resultados estadísticamente significativos (3 meses; $p = 0,027$ / 6 meses; $p = 0,019$). La mejoría según el tipo de opérculo, solo fue significativa en los tipos mixtos a 3 meses ($p = 0,048$), siendo no significativa en el resto de tipos, y en ningún caso a los 6 meses. Se encontraron diferencias en el dolor residual a los 3 meses entre los grupos (GA: leve 18,3%, moderado 45,5%, grave 10,0%; GB: leve 11, moderado 3, grave 2; $p 0,006$). Se observó una diferencia en el grado de

dolor residual a los 3 meses (GA: leve 25,0%, moderado 61,4%, grave 13,6%; GB: leve 68,8%, moderado 18,8%, grave 12,5%; $p = 0,006$) pero sin significación a los 6 meses (GA: leve 63,6%, moderado 31,8%, grave 4,5%; GB: leve 62,5%, moderado 6,3%, grave 0%; $p = 0,082$). No se encontraron diferencias respecto a la presencia de disestesias residuales a los 3 ($p = 0,084$) y 6 meses ($p = 0,961$).

Conclusiones: La técnica mínimamente invasiva modificada, con el puerto anterior más bajo y mediante costotomo de diseño propio, ha mostrado disminución en dolor en el posoperatorio y residual, así como una reducción significativa del tiempo quirúrgico.