



O-245 - ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA VS EXTRACORPÓREA EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA/ROBÓTICA EN CENTRO DE TERCER NIVEL. RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO

López Antoñanzas, Leyre; Jaimes, Elka Alejandra; Saez Rodríguez, Carlos; Catalán Garza, Vanesa; García Alonso, Mauricio; Sanz López, Rodrigo; Mugüerza Huguet, José María; Torres García, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: En la actualidad no existe suficiente evidencia científica sobre cuál es la mejor técnica para realizar la anastomosis, intracorpórea (IC) o extracorpórea (EC), en la hemicolectomía derecha laparoscópica/robótica. Los últimos estudios recientes favorecen la realización de anastomosis intracorpórea debido a la menor tracción del mesenterio, la mejor movilización del colon transverso y la localización de la herida de extracción de la pieza en el abdomen superior.

Objetivos: Comparar los resultados de la anastomosis ileocólica intracorpórea vs. extracorpórea en la hemicolectomía derecha.

Métodos: Se realiza análisis retrospectivo de los pacientes intervenidos en nuestro centro mediante hemicolectomía derecha laparoscópica/robótica en los últimos 5 años, desde enero del 2016 y abril del 2021. Se comparan variables preoperatorias, intraoperatorias y relacionadas con complicaciones, precoces y tardías, en función del tipo de anastomosis realizada. El cierre del defecto de las anastomosis IC se realizó en su totalidad con v-lock, y en la EC con PDS de 3/0 en la 96% de los casos. Las comparaciones de los parámetros continuos se realizaron mediante la prueba de t de Student y/o U Mann-Whitney, según la distribución de los datos. Para comparar las variables categóricas se utilizó la prueba chi cuadrado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron como estadísticamente significativos.

Resultados: 150 pacientes fueron intervenidos de hemicolectomía derecha laparoscópica (IC: 39; EC: 111), dentro del grupo de IC 13 fueron realizadas mediante cirugía robótica con el Da Vinci. Se descartaron aquellos pacientes con cirugía abierta o reconversión. No existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a características basales preoperatorias ni comorbilidades asociadas. La media de tiempo operatorio fue de 165 minutos, sin diferencias entre ambos grupos. La media de número de ganglios resecaos es superior para el grupo de EC frente al IC, (24,74 vs. 20,82 ganglios, $p = 0,035$, respectivamente). Tras el análisis de los datos no se encontraron diferencias para la estancia hospitalaria (EC; 7,43 días vs. IC; 6,05 días, $p = 0,421$), primera deposición (EC; 3,73 días vs. IC; 2,96 días, $p = 0,01$), dolor posoperatorio, complicaciones inmediatas (dehiscencia; 1,80% vs. 0,00%; $p = 0,399$, íleo paralítico; 12,61% vs. 7,7%; $p = 0,404$, sangrado; 9,99% vs. 2,56%; $p = 0,146$, colecciones intraabdominales; 3,66 vs. 0,00%; $p = 0,23$ e

infección de la herida quirúrgica; 4,50% vs. 2,52%; $p = 0,595$) y complicaciones tardías (hernia interna; 1,01% vs. 0,00% $p = 0,552$, hernia incisional; 3,6% vs. 0,00%; $p = 0,23$). Únicamente reingresaron dos pacientes del grupo de anastomosis EC. Tanto el inicio de tolerancia como la primera expulsión de gases resultaron significativamente más precoces en el grupo de anastomosis IC (36,30 horas vs. 51,51 horas; $p = 0,001$). La media de seguimiento ha sido de 37 meses.

Conclusiones: En nuestra serie, no encontramos diferencias importantes según el tipo de anastomosis realizada, por lo tanto, ambos tipos son seguros y factibles. No obstante, una anastomosis intracorpórea da lugar a una cicatriz de extracción de pieza más pequeña, y menor complicaciones relacionadas con la herida; además de presentar un inicio más precoz de la tolerancia y del tránsito intestinal.