



www.elsevier.es/cirugia

O-240 - Comparación de los resultados inmediatos entre laparoscopia y abordaje abierto en 1.500 apendicectomías

A. Gallego Vila, H. Carmen Gómez-Facundo, A. Güell Bara, E. Membrilla Fernández, M.J. Pons Fraguero, J. Guzmán Ahumada, M. Gimeno López y J.J. Sancho-Insenser

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Comparar los resultados clínicos inmediatos entre los abordajes laparoscópico y abierto en la apendicitis aguda en un Servicio de Cirugía General sin protocolo predefinido de abordaje.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos mantenida prospectivamente de 1537 apendicectomías consecutivas entre 2007 y 2013. Se evaluaron sexo, edad, experiencia del cirujano y estancia postoperatoria. Se clasificaron las complicaciones postoperatorias según la escala de Clavien-Dindo.

Resultados: La edad promedio fue $34,5 \pm 0,5$ años (media ± error típico), predominando el sexo masculino (59,3%). En 24 (1,5%) pacientes el abordaje inicial fue por laparotomía media y fueron excluidos, quedando 1513 pacientes para análisis. El abordaje fue abierto (ABI) en 848 (56%) y laparoscópico (LAP) en 665 (44%) pacientes. Se convirtieron 50(7,5%) abordajes laparoscópicos a abiertos. Se utilizó LAP más frecuentemente en mujeres que en hombres (52% vs 38,4%; p 0,0001). No se apreciaron variaciones interanuales substanciales en la prevalencia de apendicitis, pero sí en la proporción de LAP, con pico modal en 2010 (61,2%; p 0,001). Presentaron complicaciones 285 pacientes (19,2%), con una pequeña diferencia entre ABI y LAP (17,9% vs 20,0%; p = 0,00001). Un 42,3% correspondieron a Clavien I (Sin tratamiento); 26,7% a Clavien II (Tratamiento farmacológico); 22,3% a Clavien IIIa (Intervención/Drenaje sin anestesia); 6,7% a Clavien IIIb (Reintervención con anestesia); 1,3% a Clavien IVa (Grave, requiere UCI) y 0,7% a Clavien V (Exitus). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre ABI y LAP para los tipos de complicaciones Clavien (p = 0,28), aunque la tasa de reintervenciones fue algo menor en el grupo ABI que en el LAP (0,9% vs 1,6%; p = 0,25) y la tasa global de infecciones del sitio quirúrgico fue similar (5,4% vs 5,2%; p = 0,9). La estancia postoperatoria media fue de $4,0 \pm 0,1$ días, con estancia significativamente mayor tras abordaje laparoscópico ($3,6 \pm 0,1$ vs $4,2 \pm 0,2$ días; p = 0,011), debido a las estancias del grupo LAP por los pacientes convertidos (n = 50), y/o con infección profunda/órgano-espacio del sitio quirúrgico (n = 35) y/o reintervención (n = 11). El tiempo transcurrido desde la licenciatura del cirujano ($R_1 = 1$) fue de $5,2 \pm 0,5$ años, con diferencias significativas entre ABI y LAP ($5,3 \pm 0,3$ vs $7,8 \pm 0,3$ años; p 0,001). Los médicos residentes realizaron más abordajes ABI que los cirujanos adjuntos (61% vs 43%; p 0,01) y se observó un incremento anual en la proporción de residentes que realizan la intervención como cirujano. Las apendicectomías realizadas por médicos residentes tuvieron un menor número de complicaciones respecto a las realizadas por cirujanos adjuntos (16,3% vs 24,9%; p 0,001), tendencia que se mantiene tanto para el abordaje LAP (17,8% vs 23,6%; p 0,04) como para el abordaje ABI (15,4% vs 26,7%; p 0,001). Aunque la media de edad de los pacientes fue ocho años menor para el grupo ABI respecto al LAP ($30,6 \pm 0,6$ vs $38,6 \pm 0,7$ años; p 0,0001), al excluir los pacientes menores de edad y repetir todas las

comparaciones, no se observaron diferencias en los resultados expuestos.

Conclusiones: En agudo contraste con los ensayos clínicos que comparan los abordajes ABI y LAP para la apendicitis aguda, este estudio observacional de pacientes consecutivos no demuestra la superioridad del abordaje LAP en cuanto a complicaciones postoperatorias ni a estancia postoperatoria.