



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-022 - EXPERIENCIA INICIAL EN LA REALIZACIÓN DE ANASTOMOSIS ÍLEO-CÓLICA INTRACORPÓREA LAPAROSCÓPICA

Sáez Ruiz, Susana; Alarcón Iranzo, Marina; Ruiz Carmona, María Dolores; Solana Bueno, Amparo; Lozoya Trujillo, Roberto; Conde Ric, Andrea; Villaseñor Cerda, Elena; Fernández Martínez, Cristina

Hospital de Sagunto, Puerto de Sagunto.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar los resultados de nuestra experiencia inicial en la realización de anastomosis íleo-cólica laparoscópica intracorpórea (ICL IC).

**Métodos:** Revisión retrospectiva de base de datos prospectiva de todas las anastomosis ICL IC realizadas en nuestro Servicio desde su implantación en octubre de 2020.

**Resultados:** Se han realizado 72 anastomosis ICL IC (35 mujeres, 37 hombres, edad media 73,5 años: 65 hemicolectomías derechas (HD), 6 HD ampliadas y una resección ileocecal). En 11 pacientes (15,3%) se practicó linfadenectomía D3. En 39 casos (54,2%) se utilizó verde de indocianina previo a la sección intestinal, implicando este el cambio del punto de sección planificado solo en 2 casos (5%). La anastomosis fue laterolateral con una carga azul de Echelon® en todos los casos, el 94,4% con disposición isoperistáltica y el cierre de la brecha luminal con Stratafix® 2/0 (95,8%). En el 83,3% de casos se practicó una incisión de Pfannenstiel limitada para la extracción del espécimen quirúrgico. El tiempo quirúrgico medio (DE) fueron 224 (49,2) minutos con una diferencia estadísticamente significativa en el consumo de tiempo en linfadenectomía D3 frente a D2 (260 vs. 215 min; p 0,002). La morbilidad global fue del 34,7% (25 pacientes): Clavien-Dindo (CD) I: 2 casos (2,8%); CD II: 16 (22,2%); CD IIIa: 2 (2,8%); CD IIIb: 2 (2,8%); CD V: 3 (4,2%). La principal complicación fue el íleo parético, 17 pacientes (23,6%), requiriendo SNG y/o procinéticos en 11 casos. La tasa de dehiscencia anastomótica fue del 4,2% (3 casos, de los que precisaron reintervención 2 pacientes, mientras el tercero se trató con antibioterapia iv). La ISQ fue del 1,4%. La tasa de reingreso fue del 5,6%. La mortalidad fue del 4,3% (un sangrado de pared por punción de heparina con shock hipovolémico, una neumonía por aspiración y un ACV secundario a una estenosis subclavia no diagnosticada previamente). Veinte de los 25 pacientes que presentaron morbilidad asociaban diferentes patologías previas (DM, cardiopatía...) pero ninguna se asoció de forma significativa con el desarrollo de la misma. El grado ASA y el IMC > 30 no mostraron relación con la aparición de morbilidad. La edad mayor de 70 años se asoció de forma significativa con el desarrollo de complicaciones (# 70 años: 76%; p 0,05). La estancia media hospitalaria fue de 6,7 días, con un 39,4% de pacientes con alta a los 4 días. Con un seguimiento medio (DE) de 13,5 (7,3) meses no se ha diagnosticado ningún caso de eventración posoperatoria.

**Conclusiones:** La anastomosis íleocólica intracorpórea permite cifras altas de realización de incisiones pequeñas con menor potencial de desarrollo de eventraciones, mejores resultados estéticos y menor aparición de adherencias posoperatorias. El tiempo quirúrgico es alto, fundamentalmente con linfadenectomía D3 y creemos que, con el aumento de nuestra experiencia, este disminuirá. La morbilidad sigue siendo alta, pero

con mayor frecuencia, leve, a expensas fundamentalmente del íleo parético. En nuestra experiencia la mortalidad no ha sido originada de forma directa por el tipo de anastomosis realizada.