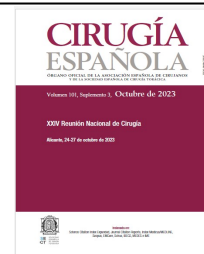




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-536 - APENDICECTOMÍA: ¿QUÉ TÉCNICA DEBO REALIZAR?

González Prado, Cristina; Reoyo Pascual, Felipe; Polanco Pérez, Lucía; Muñoz Plaza, Nerea; Casaval Cornejo, Luis; Cabriada García, Guillermo; Sánchez Luque, Laura; Álvarez Rico, Miguel Ángel

Hospital Universitario, Burgos.

Resumen

Introducción: La apendicectomía es el procedimiento quirúrgico urgente que se realiza con mayor frecuencia en las unidades de cirugía general y del aparato digestivo. Esta técnica se puede realizar mediante 3 tipos de abordaje: apendicectomía abierta, laparoscópica multipuerto y laparoscópica monopuerto. El objetivo de este estudio es comparar estas técnicas.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo que incluía el periodo de 2020-2022 en un Hospital de referencia. Los criterios de inclusión fueron pacientes mayores de 14 años con diagnóstico en la unidad de Urgencias de apendicitis aguda en quienes se realizó cirugía urgente.

Resultados: Durante este periodo se incluyeron 485 pacientes, con una ratio 1:1 de varón-mujer. El diagnóstico se realizó mediante hallazgos clínicos, analíticos y radiológicos. En el 80% se alcanzó el diagnóstico mediante ecografía abdominal. En el 73% de los pacientes se realizó apendicectomía laparoscópica multipuerto, el 21% fue abordaje abierto y en el 6% restante se realizó apendicectomía laparoscópica monopuerto. El 4% de los casos de multipuerto se tuvo que reconvertir a cirugía abierta, mientras que ningún caso de monopuerto precisó de conversión. El tiempo quirúrgico fue mayor en la cirugía monopuerto con una media de 65 minutos, mientras que en cirugía abierta este tiempo descendió hasta 45 minutos. No se observaron diferencias en la profilaxis antibiótica. La estancia hospitalaria fue mayor para la cirugía abierta con 4 días, mientras que la cirugía monopuerto presentó una estancia media de 2 días. No se observaron diferencias en cuanto al inicio de tolerancia oral, deambulación y dolor posoperatorio. Las complicaciones se analizaron con escala Claven-Dindo, presentando un 5% de complicaciones Claven-Dindo > III en el grupo de cirugía multipuerto. Este porcentaje fue similar en el grupo de cirugía abierta. El grupo de cirugía monopuerto no presentó complicaciones Claven-Dindo. La tasa de reingreso fue mayor en la cirugía abierta con un 5% de casos debido a la presencia de absceso intrabdominal. El grupo de cirugía monopuerto no presentó reingresos. La anatomía patológica describió apendicitis aguda gangrenosa en el 47% de los casos de cirugía monopuerto, 32% cirugía abierta y 37% cirugía multipuerto. Se apreciaron un total de 3 casos de adenocarcinoma, siendo 2 de ellos en cirugía multipuerto.

Conclusiones: Según los resultados obtenidos en nuestra serie, los tres tipos de abordaje quirúrgico son similares en términos de seguridad y eficacia. La apendicectomía laparoscópica monopuerto, denostada en los últimos años, ha demostrado en nuestra serie presentar unos datos equiparables a los otros dos abordajes, por lo que concluimos que es una técnica segura, eficaz y reproducible en manos expertas. El abordaje laparoscópico es actualmente el más frecuentemente realizado de manera global, acordando esta opinión con nuestros datos, es considerado de elección. Se debe realizar una individualización a cada caso para una

elección óptima de la técnica quirúrgica.