



## P-231 - COMPARACIÓN ENTRE LA COLECISTECTOMÍA ASISTIDA POR ROBOT Y LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA A TRAVÉS DE UN REGISTRO SISTEMÁTICO DE EFECTOS ADVERSOS. ¿ES SEGURA LA RAC?

Llorach-Perucho, Núria; Bejarano-González, Natalia; García-Monforte, Neus; Romaguera-Monzonis, Andreu; Farré-Alins, Pau; Molero-Cano, Carlos; Mora-López, Laura; García-Borobia, Francisco Javier

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción:** La colecistectomía asistida por robot (CAR) es una técnica mínimamente invasiva que permite un abordaje más sofisticado. No está disponible para todos y algunas series han reportado mayores tasas de complicación.

**Objetivos:** Primario: comparar las CL (colecistectomías laparoscópicas) y las CAR en relación a las complicaciones posoperatorias definidas según la clasificación de Clavien Dindo y del CCI. Secundario: determinar la existencia de diferencias entre ambos grupos en las variables demográficas, quirúrgicas y posoperatorias.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de pacientes sometidos a colecistectomías electivas desde el inicio de la cirugía robótica hepatobiliar en nuestra institución. Se excluyeron pacientes con cirugía urgente o con procedimientos asociados.

**Resultados:** Entre marzo de 2022 y noviembre de 2024, se incluyeron 391 pacientes (75,7% CL y 24,3% CAR). El IMC medio global fue menor de 30 y hubo un predominio de mujeres y de ASA II. La mediana de edad fue de 60,26 (15,54) años; CL-61, CAR-57. Tenían una cirugía previa 105 pacientes del grupo laparoscópico y 28 del grupo robótico y se registró CPRE preoperatoria en el 7,4% de las CL y en el 9,4% de las CAR. Los dos diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron la pancreatitis biliar y el cólico biliar. No se evidenciaron diferencias significativas entre grupos ( $p = 0,173$ ). Se constató un tiempo operatorio significativamente mayor ( $p = 0,001$ ) para la CAR en comparación con la CL (mediana en minutos: 73,11 vs. 59,04). Esta diferencia persistió ( $p = 0,02$ ) pese a descontar el tiempo de *docking* y *undocking* (66,8). No hubo diferencias significativas en la estancia hospitalaria ( $p = 0,636$ ) ni en el CCI ( $p = 0,424$ ). Se convirtieron 3 pacientes CL (1%), 1 por sangrado arterial y 2 por síndrome adherencial. Nueve pacientes precisaron reintegro (7 en CL vs. 2 en CAR). En el primer grupo las causas fueron: 2 abscesos con necesidad de drenaje radiológico, 1 absceso tratado con antibiótico, 1 lesión menor de la vía biliar con necesidad de drenaje percutáneo, 1 hematoma de pared abdominal y 2 dolores posoperatorios. En el segundo grupo uno fue por un absceso intraabdominal tratado con antibiótico y el otro por coledocolitiasis que precisó CPRE. Solo un paciente del grupo laparoscópico (0,3%) fue reintervenido; por lesión menor de la vía biliar. Ningún paciente del grupo robótico precisó de una reintervención ( $p = 0,57$ ). No hubo mortalidad en ninguno de los grupos. Los efectos adversos (EEAA), de manera estadísticamente significativa ( $p = 0,042$ ), fueron superiores en los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica frente a los sometidos a cirugía robótica. De las complicaciones

clínicamente relevantes ( $> II$ ) destacaron 3 IIIa (2 abscesos y una lesión menor de la vía biliar) y 1 IVa (1 lesión menor de la vía biliar con *shock* asociado) en el primer grupo y 1 IIIa (coledocolitiasis) y 1 IVa (infarto agudo de miocardio) en el segundo grupo.

**Conclusiones:** La CAR requiere un mayor tiempo operatorio, pero parece reducir el número de EEAA. Puede considerarse una técnica segura para colecistectomías.