



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-737 - LA ELECCIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA APENDICITIS AGUDA

González Prado, Cristina¹; González Prado, Marta²; Polanco, Lucia¹; Domínguez, Idoia¹; Casaval, Luis¹; Cabriada, Guillermo¹; Otero Rondón, Michelle¹; Álvarez Rico, Miguel Ángel¹

¹Hospital Universitario, Burgos; ²Hospital Universitario, León.

Resumen

Objetivos: La apendicitis aguda es una inflamación del apéndice vermiforme, habitualmente causada por obstrucción luminal, y representa la causa más frecuente de abdomen agudo. Su diagnóstico se basa en la clínica (dolor en fosa iliaca derecha, fiebre, náuseas) y se confirma con analítica e imagen, siendo la ecografía abdominal la prueba más utilizada. El tratamiento estándar es quirúrgico, pudiendo realizarse mediante técnica abierta, laparoscópica multipuerto o laparoscópica monopuerto.

Métodos: Este estudio retrospectivo descriptivo se realizó en el Hospital Universitario de Burgos. Se incluyeron 485 pacientes mayores de 14 años diagnosticados con apendicitis aguda intervenidos quirúrgicamente de urgencia. Se excluyeron los pediátricos, aquellos con diagnósticos quirúrgicos diferentes o tratados de forma conservadora o programada.

Resultados: Los pacientes presentaban una edad media de 43 años (hombres) y 38 años (mujeres), con un IMC medio de 25 kg/m². La mayoría fueron clasificados como ASA II. El síntoma más común fue el dolor en fosa iliaca derecha. El diagnóstico se basó en datos clínicos, analíticos y ecográficos, identificando con frecuencia signos como el aumento del diámetro apendicular y presencia de apendicolitos. En cuanto al abordaje quirúrgico, el 73% de los pacientes fueron intervenidos mediante apendicectomía laparoscópica multipuerto, el 21% mediante cirugía abierta y el 6% con laparoscopia monopuerto. La conversión a cirugía abierta fue necesaria en el 4% de los casos multipuerto, pero no en monopuerto. La cirugía abierta fue más común en pacientes con ASA > III. El tiempo quirúrgico fue más corto en cirugía abierta (45 minutos), seguido de multipuerto (media intermedia) y mayor en monopuerto (65 minutos). La estancia hospitalaria fue más prolongada en la cirugía abierta (4 días), mientras que la laparoscopia monopuerto mostró una estancia más corta (2 días). No se encontraron diferencias significativas en la tolerancia oral ni en el dolor posoperatorio. Las complicaciones graves (Clavien-Dindo > III) fueron similares en cirugía abierta y multipuerto (~5%), mientras que no se registraron en monopuerto. Asimismo, la tasa de reingreso fue mayor en cirugía abierta, principalmente por abscesos intraabdominales, lo que podría deberse a la limitada capacidad de lavado quirúrgico en ese abordaje. En términos de hallazgos anatomopatológicos, se registró una mayor proporción de apendicitis gangrenosa en cirugía monopuerto (47%), frente al 32% en cirugía abierta y 37% en multipuerto. Se detectaron tres casos de adenocarcinoma apendicular, dos en el grupo multipuerto.

Conclusiones: Los tres abordajes quirúrgicos demostraron ser seguros y eficaces. Sin embargo, la apendicectomía laparoscópica monopuerto presentó beneficios en términos de menor estancia hospitalaria, ausencia de reingresos y complicaciones graves, aunque con mayor duración quirúrgica. Estos resultados deben interpretarse con precaución debido al tamaño muestral reducido del grupo monopuerto. Se sugiere considerar esta técnica, especialmente en manos experimentadas, como una opción válida y posiblemente ventajosa. Finalmente, se destaca la importancia de individualizar cada caso para elegir la técnica quirúrgica más adecuada, aunque la laparoscopia sigue siendo considerada el abordaje de elección.