



# Cirugía Española



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

## O-172 - ESTUDIO AEI: ANASTOMOSIS INTRACORPÓREA VS EXTRACORPÓREA EN LA HEMICOLECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

Bollo, Jesús<sup>1</sup>; Martínez, Carmen<sup>1</sup>; Hernández, Pilar<sup>1</sup>; Salas, Pedro<sup>2</sup>; Rabal, Antonio<sup>1</sup>; Fornaguera, Ione<sup>1</sup>; Targarona, Eduardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital General Lázaro Cárdenas, Guadalajara, México.

### Resumen

**Introducción:** Se han identificado 20 publicaciones y 7 metanálisis comparando de forma retrospectiva la hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis extracorpórea (AE) con la hemicolectomía derecha laparoscópica con anastomosis intracorpórea (AI), mostrando ligera superioridad del grupo AI. Presentamos el primer estudio prospectivo aleatorizado unicéntrico comparando las dos técnicas. ClinicalTrials.gov Identifier: NCT02667860.

**Métodos:** Se aleatorizaron 140 pacientes afectos de una tumoración de colon derecho, entre 18 y 99 años, en los cuales estaría indicada la realización de una hemicolectomía derecha laparoscópica electiva, reglada y con pretensión curativa. Se excluyeron aquellos pacientes clasificados ASA IV, afectos de metástasis a distancia, cirugía no curativa o cirugía con varios procedimientos simultáneos o resecciones limitadas al área ileocecal como hemicolectomías derechas ampliadas.

**Resultados:** Los dos grupos son comparables ya que no existieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto la edad (IA 73,1 vs AE 70,6) sexo, IMC (IA 27,5 vs AE 26,23), clasificación de ASA, antecedentes patológicos médicos (46% vs 53%) o quirúrgicos (24% vs 36%), así como localización del tumor en ciego, colon ascendente o ángulo hepático. El tiempo operatorio fue mayor en el grupo de AI 151,17 minutos vs AE 124,53 minutos  $p = 0,001$ . La necesidad de transfusión fue menor en la AI 6% vs AE 10%,  $p = 0,15$ . La longitud del colon resecado fue mayor en el grupo de AI 25,24 cm vs AE 22,49 cm,  $p = 0,27$  al igual que los ganglios resecados 19,75 vs 18,57,  $p = 0,29$ . La longitud de la herida quirúrgica fue menor en el grupo AI 6,72 cm vs AE 8,77 cm  $p = 0,001$ , al igual que la infección de herida quirúrgica. El retorno a la funcionalidad digestiva fue más precoz en el grupo AI ya que la ingesta oral comenzó a los 2,51 días vs AE 2,90 días,  $p = 0,397$ , y la primera deposición fue el en grupo AI 2,82 días vs 3,60 días,  $p = 0,01$ . Las complicaciones médicas fueron menores en el grupo AI 29,7% vs AE 29%,  $p = 0,1$ , así como el número de reintervenciones quirúrgicas AI 1,5% vs AE 6,15%  $p = 0,1$ . La aparición de íleo paralítico fue menor en el grupo AI 7,6% vs AE 13%, al igual que las rectorragias 3% vs 9%. En cuanto a las complicaciones infecciosas: la infección de herida quirúrgica fue 1,5% vs 3% y la infección de órgano espacio fue similar 3% vs 4%. La estancia media fue menor en el grupo AI 5,7 días vs AE 6,5  $p = 0,29$ . Los reingresos fueron menores en el grupo AI 0% vs AE 7%  $p = 0,58$ .

**Conclusiones:** La realización de una anastomosis intracorpórea es una opción quirúrgica que requerirá de un tiempo quirúrgico más prolongado, pero que proporciona unos resultados oncológicos equiparables a la anastomosis extra corpórea en cuanto número de ganglios resecados. Por otra parte la realización de una

anastomosis intracorpórea parece ser superior en cuanto a la recuperación funcional digestiva más precoz, con un menor número de complicaciones tanto médicas como quirúrgicas, lo que conllevaría a una estancia hospitalaria menor.