

11209
2 ej 101



Universidad Nacional Autónoma de México

División de Estudios de Postgrado

Facultad de Medicina

Hospital General Tacuba

I.S.S.T.E.

“COMPLICACIONES DE LA COLECISTECTOMIA”

Tesis Profesional

Que para obtener el título de:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

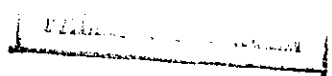
P r e s e n t a :

Dr. José Carlos Posada Viana

Director de Tesis: Dr. Darío Meza Martínez



México, D. F.



1988



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

| | Pág |
|----------------------------|-----|
| I.- INTRODUCCION | 1 |
| II.- GENERALIDADES | 2 |
| III.- HIPOTESIS | 11 |
| IV.- MATERIAL Y METODOS | 12 |
| V.- ANALISIS DE RESULTADOS | 14 |
| VI.- CONCLUSIONES | 18 |
| VII.- BIBLIOGRAFIA | 19 |

I.- INTRODUCCION.

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico sobre el aparato digestivo que con mayor frecuencia se realiza en forma electiva en los servicios de Cirugía General de los -- Hospitales con médicos especialistas en fase de adiestramiento, por lo cual el estudio evaluativo sobre sus complicaciones adquiere capital importancia para destacar la calidad -- del aprendizaje y habilidades quirúrgicas de ese personal en capacitación.

Hay que tener en cuenta que cuando se posee el equipo - humano y técnico mínimo indispensable, es un procedimiento - seguro que brinda al paciente la oportunidad de recibir el - tratamiento definitivo.

Con la utilización de métodos de gabinete de alta sensibilidad y especificidad como el ultrasonido y la colecisto--grafía oral, ha aumentado el número de pacientes con un diagnóstico más preciso de enfermedad de la vesícula biliar que requiere de tratamiento quirúrgico.

Con los resultados obtenidos podemos determinar el número de complicaciones postoperatorias del Hospital General Tacuba I. S. S. S. T. E., para compararlos con cifras de otros servicios de Cirugía General y así mismo, descender hasta -- donde sea posible, los porcentajes de morbimortalidad.

II.- GENERALIDADES.

La colecistectomía es la operación electiva más frecuentemente practicada en el aparato digestivo. Todos los cirujanos generales adquieren una extensa experiencia en intervenciones sobre la vesícula biliar y, en general, el procedimiento es bastante seguro. En casos programados la mortalidad está por debajo del 1% (16) y casi siempre está relacionada con acontecimientos imprevisibles como infarto de miocardio y embolismo pulmonar. De hecho, la colecistectomía en menores de 50 años y por colecistitis crónica tiene una mortalidad del 0.1%. Las cifras superiores son directamente relacionables con mayor edad, enfermedad aguda, procedimientos más extensos y enfermedades asociadas. La colecistectomía en ancianos se acompaña de una formidable mortalidad, del 5 al 10% (15, 19). Las complicaciones se presentan en un 10% de los casos y la mayoría consiste en complicaciones menores, como atelectasia, infecciones leves de la herida y fiebre pasajera.

Las complicaciones de la colecistectomía se dividen en trans y postoperatorias, y estas a su vez en inmediatas, medias y tardías.

A.- COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS. Hermann (12) ha insistido en la técnica de colecistectomía que permite la máxima seguridad. Usando los métodos descritos por él, puede evitarse el daño a las estructuras del hilio hepático. La identificación clara de la arteria y conducto císticos es posible antes de seccionarlos. También es necesaria una exposición óptima; en primer lugar, una incisión adecuada y, en segundo, una ayudantía apropiada (22). Si estos principios se conocen y se siguen, pueden evitarse acontecimientos desagradables en la intervención.

Son numerosas las variaciones de la anatomía en el área de la arteria y conducto císticos. Debe ponerse cuidado en -

identificar la arteria en su origen y diseccionarla hasta la pared de la vesicula. En los ancianos, con vasos arterioescleróticos, hay que ser particularmente cuidadosos en evitar una arteria hepática derecha tortuosa, que pasa muy cerca de la pared de la vesicula. Hasta estos últimos años se pensaba que la lesión de la arteria hepática era altamente letal. La ligadura de la misma para controlar la hemorragia en traumatismos hepáticos ha aclarado que la necrosis hepática es rara tras la ligadura de la arteria (21). Sin embargo, las arterias merecen el respeto del cirujano y su lesión debe evitarse.

Si se produce hemorragia durante la disección de la vesicula se necesita un cuidadoso control de la misma. El pinzar a ciegas en la profundidad del campo quirúrgico aumenta el riesgo de lesionar las estructuras del hilio hepático. Puede controlarse la hemorragia mediante compresión digital, pero esta maniobra oscurece el campo y un clamp vascular permite una mejor exposición. El clamp se suelta lentamente, se identifica el punto sangrante y se controla la hemorragia con seguridad. Si se ha lesionado la arteria hepática su reparación es muy difícil y se prefiere la ligadura. Están indicados los antibióticos de amplio espectro, y se debe seguir la evolución de las enzimas hepáticas Transaminasa glutámica pirúvica (TGP) y Transaminasa glutámica oxalacética (TGO) en el postoperatorio para detectar la necrosis hepática.

Algunos trabajos recientes han puesto de manifiesto el extremadamente alto riesgo de la colecistectomía en el paciente con hipertensión portal (1, 18). La pérdida de sangre en estos enfermos es enorme y si es posible debe evitarse el procedimiento.

Sin duda, la complicación más devastadora de la colecistectomía es la lesión del sistema ductal. La revisión de Hermann cifra la incidencia de las lesiones del conducto biliar en un 0.5% (12). A menudo, un aviso para tener más cuidado en la disección del cístico, nos lo da la presencia de una arteria cística muy corta. Este hallazgo sugiere un conducto cis-

tico muy corto. Es alarmante el que en muchos casos de lesión del conducto biliar el cirujano describe una operación muy -- simple y sin complicaciones, siendo la ictericia precoz posoperatoria la primera señal de que se ha lesionado el conducto.

El mejor momento para reparar la lesión del colédoco es el de su producción (9). Las lesiones son secciones completas y parciales o avulsiones. Si se observa que se ha colocado -- parcial o totalmente una ligadura, un clip o una pinza sobre el colédoco, todo lo que se necesita es retirarlo. Se precisa una cuidadosa observación posoperatoria durante 12 a 24 meses con determinaciones de fosfatasa alcalina seriada cada 2 o 3 meses.

En el caso de lesiones por arrancamiento, su causa suele ser una excesiva tracción sobre el cístico. Estos desgarros - pueden repararse suturando cuidadosamente la solapa del conducto arrancado en su sitio. Tradicionalmente se ha venido utilizando seda 6-0, pero recientemente se dispone de suturas no absorbibles sintéticas de monofilamento que pueden convertirse en el material de elección. En cualquier caso se realiza con los nudos hacia afuera, y se deja una pequeña sonda en T, como férula de reparación durante 10 a 15 días. Se deja -- también un drenaje blando en el área de la reparación hasta - que cese el filtrado de bilis. Cuando no se encuentre disponible el fragmento arrancado, puede ser sustituido por un injerto autógeno de vena como parche.

Cuando se ha seccionado por completo el conducto es preferible una sutura termino-terminal. Si hay tejido traumatizado en los bordes, se debridan los extremos y se aproximan con la técnica más delicada y se suturan con material fino. Una - magnificación modesta (2X) es de gran ayuda para suturar los conductos de tamaño normal. Se coloca un pequeño tubo antes - de comenzar la reparación, haciéndolo salir por encima o por debajo, pero nunca a través del lugar de la anastomosis. El tutor se deja durante 10 a 15 días si no hay fuga de bilis y la colangiografía no demuestra extravasación. Terblanche (20)

recientemente ha llamado la atención sobre la importancia de preservar el aporte sanguíneo del colédoco, pero su trabajo necesita comprobación posterior. No es aconsejable ninguna otra forma de reparación, a menos que se considere necesario implantar un conducto en un asa intestinal. Probablemente esto deba reservarse para cuando falte un segmento del conducto, haciendo imposible la reparación sin tensión. En tales - casos hay que pensar en una coledocoduodenostomía o una coledocoyunostomía en Y de Roux. La técnica de Y de Roux es -- probablemente mejor para evitar el reflujo del quimo al árbol biliar y disminuir las posibilidades de infección.

Uno de los factores más importantes en el manejo de las reconstrucciones biliares es la observación continuada del - paciente. Las estenosis del sistema biliar pueden presentarse años después de la reconstrucción. Habrá una elevación de la fosfatasa alcalina antes de los síntomas o de la ictericia en la mayor parte de los casos. Cuando se eleven los niveles de fosfatasa alcalina, debe sospecharse la estenosis y se deben realizar los procedimientos adecuados de demostración gráfica del árbol biliar. la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es el estudio diagnóstico de elección. Es rápido, seguro, exacto y proporciona los detalles que se necesitan para adoptar decisiones sobre el tratamiento.

Aunque la lesión del colédoco debe considerarse una complicación desafortunada, la lesión no reconocida es un desastre. Si se ha dejado un dren, el drenaje de bilis puede ser copioso. Si no hay drenaje, el comienzo de la ictericia es - rápido y progresivo. la infección es común y evidente, con - fiebre que acompaña a la ictericia. Estos hallazgos llevan - rápidamente a los estudios diagnósticos apropiados, y de nuevo es de gran ayuda la colangiopancreatografía retrógrada en doscópica. Ocasionalmente, el material radiopaco inyectado - en una fistula biliar puede demostrar la lesión, pero es mejor aplazar la fistulografía 8 a 14 días. Los recientes avances en registro radionuclear pueden ayudar a definir la anoru

malidad anatómica (3).

Las pruebas de laboratorio mostrarán niveles elevados de bilirrubinas y fosfatasa alcalina. Las transaminasas pueden estar ligeramente elevadas pero no sugieren normalmente hepatitis. Una vez reconocido el problema debe procederse a la reparación. No es prudente aplazar la corrección de la estenosis esperando la dilatación de los conductos proximales. Casi nunca se prefiere la coledocoduodenostomía, si no se realizó en el momento de la lesión. Las reconstrucciones tardías se realizan mejor mediante coledocoyeyunostomía en Y de Roux. La lesión está casi siempre más cerca de la bifurcación del hepático común de lo que se espera, basándose en los hallazgos radiológicos. Se realiza una anastomosis cuidadosa en un solo plano sin sonda. Hay que poner gran atención en realizar una anastomosis hermética. La fuga de bilis tras la reparación de estenosis del colédoco puede ser más importante que lo estimado. La reconstrucción sin sonda funciona muy bien si se hace cuidadosa y exactamente.

La perforación de conducto en el curso de la colangiografía es poco frecuente pero preocupante, y frecuentemente se pone de manifiesto cuando se ve la colangiografía. Su mejor remedio es un tubo en T de drenaje. Los intentos de exponer y tratar la lesión pueden producir más daño y todo lo que se necesita es un simple drenaje. lo mismo puede decirse cuando se ha creado una falsa vía durante la exploración instrumental del colédoco. A menos que la lesión se vea fácilmente o sea muy grande puede tratarse perfectamente con un simple drenaje o una sonda en T. Cuando la colangiografía postoperatoria demuestre que no hay extravasación del medio de contraste, normalmente unos 10 a 12 días después, puede retirarse la sonda. En ambos casos son raras las estenosis posteriores, a menos que la lesión haya sido muy extensa.

B.- COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS.

1. Complicaciones de la Herida Quirúrgica.- Las infeccio

nes de la herida operatoria son poco comunes: 2% en colecistectomía simple y 8% cuando se asocia con la exploración del colédoco (6). Hay factores que se asocian a una mayor incidencia de infecciones, tales como obstrucción, edad avanzada e inflamación aguda. Así mismo, se asocian a una mayor tasa de infecciones de la herida operatoria el cultivo positivo de la bilis y de la pared de la vesícula biliar (17). Es interesante anotar cuando se encuentran bacterias en la bilis y se desarrolla una infección de la herida, ésta suele ser ocasionada por el mismo microorganismo (4). Esta observación es el argumento utilizado para recomendar el cultivo intraoperatorio rutinario de la bilis. Los más comunes microorganismos encontrados son E. Coli, Estafilococos, Klebsiella y Aerobacter. Cualquiera de las cefalosporinas disponibles es eficaz. En pacientes de riesgo elevado, como los seniles mayores de 70 años, los obstruidos y los que tienen colecistitis aguda, el uso de antibioticoterapia profiláctica es racional. Se administra preoperatoriamente y se continúa con una o dos dosis postoperatorias. Si fracasa la profilaxis, puede ser necesario el drenaje quirúrgico.

El drenar demasiado pronto no resuelve el problema; el esperar demasiado tiempo expone al paciente a un riesgo excesivo de infección sistémica. La determinación del momento adecuado para el drenaje se basa en la observación clínica, que incluye la temperatura, los hallazgos locales y el estado general del enfermo. La ultrasonografía abdominal proporciona ayuda adicional en la localización del absceso. Puede realizarse el drenaje percutáneo del absceso con control ecográfico, dependiendo de la habilidad del radiólogo.

En ocasiones puede acumularse bilis en el espacio subhepático. La bilis en el abdomen puede producir o no síntomas dramáticos (5). En algunos enfermos es bien tolerada y su manifestación puede tener o no sintomatología. También una Gammagrafía localizará la lesión y permitirá su aspiración quirúrgica o percutánea. Si no hay una fuente de filtrado conti

nno de bilis, solo será necesario una aspiración. Si hay evidencia de goteo continuo, hay que realizar un drenaje quirúrgico.

2. Muñón Cístico Residual.- Es controvertido si un muñón cístico residual puede ser fuente de síntomas recurrentes tras colecistectomía (8, 10). En ocasiones, puede haberse practicado una colecistectomía subtotal y el resultado es una situación muy confusa. En tales casos, la operación primitiva ha sido practicada mucho tiempo atrás, cuando muchos cirujanos temían una disección cercana al colédoco. Como resultado, sólo se extirpó la parte más accesible de la vesícula. Después el enfermo desarrolla síntomas típicos de Colecistitis o cólico biliar, pero tiene una historia de colecistectomía previa. A veces una colecistografía oral mostrará lo que parece ser una vesícula y en la operación se hace evidente que sólo se ha extirpado una parte de la misma. Si la colecistografía oral falla en mostrar el residuo de la vesícula, el diagnóstico puede hacerse por ultrasonido o por una colangiografía retrógrada. En tales pacientes el tratamiento es completar la colecistectomía.

Más a menudo se encuentra uno con enfermos que tienen síntomas recurrentes sugestivos de enfermedad del tracto biliar y en los que se encuentra un muñón cístico residual. Este problema puede eliminarse si en la primera operación se tiene cuidado de identificar cuidadosamente la unión del cístico con el colédoco y de seccionar el cístico a no más de 3 mm de la unión. Cuando no se hace esta disección cuidadosa, el resultado es un muñón cístico que oscila entre unos pocos milímetros a varios centímetros de longitud. Con los conductos largos se presenta la estasis y tienden a formar piedras y presentarse síntomas. El problema está en decidir, en ausencia de cálculos, si el muñón cístico tiene la longitud suficiente como para producir síntomas. En general, si el remanente es de menos de 1 cm, los síntomas no serán casi nunca a consecuencia del muñón. Para aquellos casos en que el muñón tiene más de 1 cm, la causa de los síntomas pueden ser -

los cálculos recurrentes. los neuromas del conducto cístico que pueden encontrarse casi siempre al final del muñón se ha demostrado convincentemente que puedan producir los síntomas.

3. Síndrome Postcolecistectomía.- Una de las situaciones más desagradables que se nos presentan como cirujanos es realizar una colecistectomía por presunta litiasis sintomática y ver como el paciente vuelve a los tres meses o muchos años -- después con los mismos síntomas que le llevaron al quirófano. Este síndrome se ha descrito hasta en el 5% de los pacientes operados por enfermedad litiasica biliar (2).

Existen varias posibilidades: a) los síntomas por los que se operó no se debían a los cálculos; b) un error operativo pudo producir una situación que dió lugar a patología biliar recurrente; c) el enfermo pudo haber desarrollado una -- nueva enfermedad.

Una historia cuidadosa puede evitarnos la persistencia - de síntomas no relacionados con enfermedad biliar. Algunos es tados patológicos como úlcera péptica, esofagitis por reflujo cáncer de colon transverso, apendicitis retrocecal, y otros, pueden simular un cólico biliar o una colecistitis aguda. El cirujano debe recordar que el proceso patológico puede estar fuera del árbol biliar, como se ve hasta en el tercio de los pacientes de algunas series que estudian el síndrome postcolec istectomía (11). El cirujano debe reconocer estas posibilidad es, excluirlas mediante una cuidadosa historia clínica y, --- cuando esté indicado, realizar los tests diagnósticos precisos. Esto no significa que todo paciente que requiera una col ecistectomía tendrá que someterse a un tránsito intestinal, un enema opaco y una pielografía intravenosa. El clínico expe rimentado debe, mediante una cuidadosa historia sospechar y perseguir diagnósticos alternativos cuando sea necesario.

4. Pancreatitis.- La existencia de hiperamilasemia tras colecistectomía no es infrecuente. Después de colangiografía transoperatoria, se demuestra que del 4 al 8% de los enfermos están hiperamilasémicos; sin embargo, se han descrito elevaciones similares tras colecistectomía sin colangiografía (7).

Esto sugiere que la elevación del nivel de amilasa se debe a otras causas, no relacionadas con la elevación de las presiones ductales durante la inyección de contraste, como se pensaba antes (13). Sin embargo, la pancreatitis es poco corriente. Desarrollan ésta complicación entre 0.7 y 2.4% de los enfermos sometidos a cirugía del árbol biliar (23). La mortalidad es bastante elevada, 29 y 50% (14, 23) en estudios retrospectivos de enfermos sometidos a colecistectomía. En ninguna de éstas series hubo manipulación agresiva del esfínter de Oddi durante la operación. Si se presenta una pancreatitis postoperatoria es obligado un diagnóstico precoz y una terapéutica agresiva de reposición hidroelectrolítica. Finalmente hay que tener en mente que la atención cuidadosa a los detalles pre y transoperatorios reducirán la incidencia de las complicaciones y minimizarán la frustración de cirujanos y pacientes.

III.- HIPOTESIS.

La colecistectomía programada es un procedimiento quirúrgico seguro cuyas complicaciones se presentan en el 10% de los casos y la mortalidad en pacientes menores de 50 años está por debajo del 1%.

OBJETIVO:

Demostrar que la colecistectomía en forma programada es un procedimiento que brinda una extraordinaria seguridad para el paciente cuando se hace en forma electiva. En pacientes menores de 50 años con cifras de morbilidad y mortalidad menores del 10 y 1% respectivamente y que las cifras son directamente relacionadas con mayor edad, enfermedad aguda, padecimientos más extensos y enfermedades asociadas.

JUSTIFICACION:

Establecer primordialmente cifras propias dentro de --- nuestra Institución, corroborándose así, si es cierto que --- nos encontramos a un nivel adecuado de asistencia médico-quirúrgica, con relación a cifras obtenidas de la literatura médica internacional.

IV.- MATERIA L Y METODOS.

En la División de Cirugía General del Hospital General Tacuba del I. S. S. T. E., se practicaron 300 colecistectomías electivas desde Mayo de 1985 a Septiembre de 1987, se revisaron los expediente clínicos, hubo seguimiento de los - pacientes hasta tres meses después de realizado el procedi- miento quirúrgico, a través de la Consulta Externa, entrevi-stas personales y telefónicas, con el apoyo de Trabajo Social para la búsqueda y localización de algunos pacientes.

A.- CRITERIOS DE INCLUSION: Todos los pacientes a los - cuales se les haya practicado colecistectomía en forma elec- tiva, con o sin exploración de vías biliares y con colangio- grafía transoperatoria o sin ella.

B.- CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes colecistectomiza- dos de urgencia.

C.- CRITERIOS DE ELIMINACION: Ninguno.

D.- CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS:

- 1- Edad
- 2- Sexo
- 3- Colectitis Litiásica o Alitiásica
- 4- Enfermedad sistémica asociada: Hipertensión arte- rial y/o Diabetes Mellitus
- 5- Colocación de dren de Penrose ono
- 6- Exploración de vías biliares o no
- 7- Colangiografía transoperatoria o no
- 8- Complicaciones transoperatorias
- 9- Complicaciones postoperatorias:
 - Infección de la herida
 - Colección subhepática
 - Litiasis residual del colédoco

- Lesión de vasos sanguíneos
- Lesión de vías biliares
- Hemorragia transoperatoria y postoperatoria
- Fístula biliar externa postoperatoria
- Pancreatitis
- Síndrome postcolecistectomía

10- Mortalidad operatoria.

V.- ANALISIS DE RESULTADOS.

1. De los 300 pacientes colecistectomizados, fueron 246 mujeres (82%) y 54 hombres (18%).

Cuadro No. 1 DISTRIBUCION POR SEXO

| | | |
|---------|-----|------|
| MUJERES | 246 | 82% |
| HOMBRES | 54 | 18 |
| TOTAL | 300 | 100% |

2. Las edades oscilaron entre 13 y 85 años, siendo el promedio de 40.2 años. El grupo mayoritario estuvo ubicado entre los 41 y 50 años, correspondiendo a 118 (39.3%).

Cuadro No. 2 GRUPOS DE EDAD

| | | |
|------------|-----|--------|
| 11-20 años | 5 | 1.6% |
| 21-30 | 61 | 20.3 |
| 31-40 | 72 | 24.0 |
| 41-50 | 118 | 39.3 |
| 51-60 | 23 | 7.6 |
| 61-70 | 12 | 4.0 |
| 71-80 | 7 | 2.3 |
| 81-90 | 2 | 0.6 |
| Total | 300 | 100.0% |

3. Se reportaron 235 (78.3%) con litiasis vesicular y 65 (21.6%) alitiásicos.

Cuadron No. 3 RELACION ENTRE LITIASICAS Y ALITIASICAS

| | | |
|-------------------------|-----|--------|
| Colecistitis Litiásica | 235 | 78.3% |
| Colecistitis Alitiásica | 65 | 21.6 |
| Total | 300 | 100.0% |

4. Entre las enfermedades sistémicas asociadas se encontraron 19 (6.3%) con hipertensión arterial y 17 (9.6%) con Diabetes Mellitus.

5. Se practicaron 38 (12.6%) colecistectomías con Exploración de vías biliares y 29 (9.6%) con colangiografía transoperatoria sin exploración instrumental.

6. Se colocó drenaje subhepático en el hiato de Winslow en 298 (99.4%) de los pacientes y solamente 2 (0.6%) se dejaron sin drenaje.

7. El tiempo de retiro del dren de Penrose fué de 48 a 72 horas en el 98.8% de los pacientes.

8. Hubo 8 casos de hemorragia transoperatoria, 3 (0.9%) proveniente de la arteria cística y 5 (1.5%) del lecho hepático con repercusión hemodinámica, los cuales ameritaron transfusión transoperatoria.

9. Se reportaron 3 casos (0.9%) de hemorragia postoperatoria importante, de los cuales 2 ameritaron reintervención en las primeras 24 horas, proveniente del lecho hepático, el tercer caso se trató de un paciente cirrótico - el cual se manejó conservadoramente con sangre total, plasma fresco congelado y vitamina K.

10. Se ocasionó lesión al conducto biliar principal en un solo caso, detectándose durante la intervención, siendo manejado con colocación de una sonda en T en el sitio de la lesión.

11. Se presentaron 4 (1.2%) fistulas biliares externas, 3 por la contrabertura del Penrose, las cuales cerraron espontáneamente entre 7 y 30 días, el cuarto caso se presentó

por la herida quirúrgica, con cierre también espontáneo a los 18 días.

12. Hubo dos casos de colección serosa subhepática diagnosticada por ultrasonido, siendo necesario reintervenir a un paciente, el otro presentó además un hematoma subcapsular hepático y se manejó en forma conservadora.

13. Las complicaciones de la herida se presentaron en 4 (1.3%) de los casos: 3 con absceso de pared de los cuales 2 - habían tenido exploración de vías biliares. Se reportó un solo caso de seroma de la herida.

14. Se presentaron 3 (1%) de hernias postincisionales: 2 en la herida quirúrgica y 1 en el orificio del dren de Penrose.

15. Se reportó un caso de granuloma a cuerpo extraño con infección de tejidos blandos en el orificio de contrabertura del Penrose, el cual ameritó tratamiento quirúrgico posteriormente.

16. La mortalidad operatoria (30 días) fué de un caso -- (0.3%) el cual se trató de un paciente masculino mayor de 50 años, el cual presentó un absceso subhepático y subfrénico - con sepsis intraabdominal y diabetes descompensada, siendo re intervenido al octavo día y falleciendo el doceavo día postoperatorio.

17. El tiempo de estancia hospitalaria osciló entre 48 horas y 30 días, siendo el promedio de 4.2 días.

18. Se encontraron 5 (1.5%) casos de litiasis residual - del colédoco, de los cuales 2 se resolvieron con extracción por medio de una canatilla de Dormia a través del trayecto -- fistuloso y 2 más necesitaron reintervención quirúrgica; el - último caso estaba pendiente de tratamiento definitivo al finalizar el presente estudio.

19. No se han reportado casos de estenosis de vías biliares hasta después de 3 meses de seguimiento de los pacientes, como tampoco de pancreatitis aguda.

20. Se presentaron complicaciones transoperatorias en 9

casos (2.7%) y postoperatorias en 18 (6.7%), las cuales se resumen en los cuadros 4 y 5.

Cuadro No. 4 COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS

| | | |
|--------------------|---------|------|
| Hemorragia | 8 casos | 2.4% |
| Lesión de colédoco | 1 | 0.3 |
| Total | 9 | 2.7% |

Cuadro No. 5 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

| | | |
|----------------------------|---------|------|
| Hemorragia | 3 casos | 1.0% |
| Fístula biliar ext. | 4 | 1.2 |
| Seroma subhepático | 2 | 0.6 |
| Hematoma subcapsular | 1 | 0.3 |
| Absceso de la herida | 3 | 1.0 |
| Seroma de la herida | 1 | 0.3 |
| Hernia postincisional | 3 | 1.0 |
| Granuloma a cuerpo extraño | 1 | 1.3 |
| Total | 18 | 6.7% |

VI.- CONCLUSIONES.

1. La colecistectomía en forma programada es el tratamiento de elección para la enfermedad vesicular inflamatoria litiásica o alitiásica, siendo un procedimiento seguro cuando se cuenta con el equipo necesario.

2. De acuerdo a las cifras esperadas se encontró una morbilidad menor del 10% y una mortalidad menor de 1% para pacientes menores de 50 años.

3. No se presentaron complicaciones fatales por casos de lesión a vasos sanguíneos y vías biliares.

4. No hubo complicaciones atribuibles a la conlangiografía transoperatoria.

5. A las complicaciones descritas se les manejó en forma adecuada con su debido tratamiento específico.

6. Las cifras obtenidas concuerdan con las de otras series de hospitales reconocidos internacionalmente.

7. No hubo dificultades para el seguimiento posterior de los pacientes a través de la Consulta Externa y entrevistas personales.

VII.- BIBLIOGRAFIA

1. Aranha, Sonta and Greenles. Cholecystectomy in cirrhotic patients: a formidable operation. Am. J. Surg., 143: 55, - 1982.
2. Bodvall. The postcholecystectomy syndrome. Clin. Gastroenterology, 2:103, 1973.
3. Caride and Gibson. Noninvasive evaluation of bile leakage. Surg. Gyn. Obst., 145:517, 1982.
4. Chetlin and Elliot. Preoperative antibiotics in biliary -- surgery. Arch. Surg., 116:606, 1981.
5. Conn, Chávez and Fair. Bile peritonitis. Am. Surg., 36:219 1970.
6. Cruse. Incidence of wound infections on general surgery -- services. Surg. Clin. N. A., 55:1269, 1975.
7. Fartha, Ammar and Chang. The incidence and significance of elevations of serum an urinary amylase levels following -- transcystic duct cholangiography, Surg Gyn Obst., 151:769, 1980.
8. Garlock and Hurwitt. The cystic duct syndrome. Surgery, 29: 833, 1951.
9. Glenn. Iatrogenic Injuries to the biliary duct system. -- Surg. Gyn. Obst., 146:430, 1978.
10. Glenn and Johnson. Cystic duct remnant. Surg. Gyn. Obst. - 101:331, 1955.
11. Glenn and McSherry. Secondary abdominal operation following biliary tract surgery. Surg. Gyn. Obst. 121:979, 1965.
12. Hermann. A plea for a safer technique of cholecystectomy, -- Surgery, 76:609, 1976.
13. Hess. Surgery of the biliary passages and the pancreas. New York, D. Van Nostrand, 1985.
14. Imrie, McKay and Benjamin. Secondary acute pancreatitis: Etiology, prevention, diagnoses and management. Br. J. Surg. 65:399, 1978.
15. Lygidakis. Operative risk factors of cholecystectomy-cho-

- ledocotomy in the erderly. Surg. Gyn. Obst. 157:15, 1983.
16. McSherry and Glenn. The incidence and causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. - Ann. Surg., 191:271, 1980.
 17. Robson, Bogart and Heggers. An endogenous source of wound infections based quantitative bacteriology of the biliary tract. Surgery, 86:471, 1970.
 18. Schwartz. Biliary tract surgery and cirrhosis. Surgery, - 90:577, 1981.
 19. Sullivan. Biliary tract surgery in the erderly. Am. J. -- Surg. 143:218, 1972.
 20. Terblanche. An ischemic basis for biliary structures. Surgery, 94:52, 1983.
 21. Vogt and Hermann. Choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy or sphinteroplasty for biliary and pancreatic disease. Ann. Surg., 193:161, 1981.
 22. Warren, Mountain and Midell. Management of structures of the biliary tract. Surg. Clin. N. A., 51:996, 1964.
 23. White, Morgan and Hopton. Postoperative pancreatitis. Am. J. Surg., 120:132, 1970.