

32 11209
27



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION GENERAL DE ENSEÑANZA EN SALUD
CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN :
CIRUGIA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DE "TICOMAN"

**COLECISTECTOMIA ELECTIVA
SIN DRENAJE INTRAPERITONEAL**

P R E S E N T A :
DR. FCO. JAVIER ESPINOZA RAMIREZ
PARA OBTENER EL GRADO DE :
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
ASESOR DE TESIS:
DR. JOSE LUIS ALCUDIA TRUJILLO

MEXICO, D. F.

1991



FALLA DE ORIGEN



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 está 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

INTRODUCCION -----	1
FISIOPATOLOGIA DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIASICA -----	4
CUADRO CLINICO -----	6
FISIOLOGIA DEL PERITONEO -----	9
PROBLEMA -----	11
HIPOTESIS -----	11
OBJETIVOS -----	12
JUSTIFICACION -----	13
MATERIAL Y METODOS -----	14
ANALISIS -----	16
RESULTADOS -----	16
CONCLUSIONES -----	19
BIBLIOGRAFIA -----	21

I N T R O D U C C I O N

EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA COLECISTITIS AGUDA HA SUFRIDO UN CAMBIO PECULIAR DURANTE EL ULTIMO MEDIO SIGLO. CON ANTERIORIDAD LA OPINION QUIRURGICA PREVALECIENTE SOSTENIA LA COLOCACION DE DRENAJE POSTERIOR A LA COLECISTECTOMIA.

EL DRENAJE RUTINARIO EN LA VESICULA CON LA TECNICA DE COLECISTECTOMIA - FUE DESCRITA EN 1883 (2,6,7,9,12,13), 31 AÑOS DESPUES SPIVAK INTRODUCE LA IDEA DE COLECISTECTOMIA SIN DRENAJE Y LA CONTROVERSIAS DEL DRENAJE Y NO DRENAJE SE PRESENTA DESDE ENTONCES (2,6,20,16).

SERIA EXACTO DECIR QUE LA GRAN MAYORIA DE LOS CIRUJANOS POR RUTINA COLOCAN UN DRENAJE HACIA EL LECHO VESICULAR LUEGO DE LA COLECISTECTOMIA SIMPLE (4,7,10,12).

ACTUALMENTE EL DILEMA EXISTE ENTRE 80 Y 90 % DE LOS CIRUJANOS (1,5,7,8)

LA BASE RACIONAL DE LA COLOCACION DEL DRENAJE ES QUE PERMITE RECOGER EL ESCAPE DE CUALQUIER COLECCION DE SANGRE A PARTIR DE UN LECHO VESICULAR DE REZUMANTE O COLECCION DE BILIS POR UNA FILTRACION BILIAR PASADA POR ALTO, DEL MISMO MODO POR UNA LIGADURA CISTICA QUE SE HAYA REALIZADO - (1,7,8).

SIN EMBARGO EN LOS ULTIMOS 70 AÑOS HAN APARECIDO INFORMES DE COLECISTECTOMIAS SIN DRENAJE Y QUE ADUCEN UNA MEJORIA REAL EN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS (2,4,7,9,10,14,15). COMPARADA CON LOS PACIENTES - QUE SE LES COLOCA DRENAJE. EN ESTAS OBSERVACIONES SE COMENTA QUE LOS DRENAJES DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA ELEVA LA MORBILIDAD POSTOPERATORIA, INCREMENTA LA INCIDENCIA DE FIEBRE, AUMENTA LA CONTAMINACION BACTERIANA INTRAPERITONEAL, PREDISPONE A ORGANO O VISCERA ADYACENTE A EROSIONARSE A UN ALTO INDICE DE COMPLICACIONES PULMONARES E INFECCIONES EN EL TRACTO DE DRENAJE (2,4,6,7,8,9,10,12,13), Y ADEMAS AUMENTA LOS DIAS DE HOSPITALIZACION.

EN COMPARACION A LOS PACIENTES QUE NO SE LES COLOCA DRENAJE EN ESTUDIOS CUIDADOSAMENTE CONTROLADOS (2,4,6,7,10), ADEMAS SE REFIERE QUE EN LOS PACIENTES QUE SE LES COLOCA DRENAJE PRESENTAN MAYOR COLECCION DE FLUIDO SUBHEPATICO DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA Y QUE EN LOS PACIENTES NO DRENADOS ES MAS BAJA LA COLECCION 1,3,4,7,8,10).

SE INFORMA TAMBIEN QUE EN CIERTO NUMERO DE ESTUDIOS AL AZAR NO HAY SIGNIFICANCIA EN LAS INFECCIONES A PARED Y EN OTRAS COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES QUE SE LES COLOCA DRENAJE Y EN EL GRUPO SIN DRENAJE.

ESTOS REPORTE DE LITERATURA DE CIRUGIA EN LA SEGUNDA MITAD DEL SIGLO, NOS INDICAN QUE EL DRENAJE DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA NO ES NECESARIO Y QUE EL DRENAJE SE ASOCIA A UNA ALTA DE INCIDENCIA DE COMPLICACIONES (1,2,4,7,8,9,10,12,14,15).

FISIOPATOLOGIA DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIASICA

MUCHOS DE LOS CASOS DE COLECISTITIS AGUDA SE DEBEN A CALCULOS BILIARES QUE OBSTRUYEN EL CONDUCTO CISTICO CON EDEMA, INFLAMACION, Y FRECUENTE MENTE INVASION BACTERIANA SUBSECUENTE.

EL MECANISMO MEDIANTE EL CUAL LOS CALCULOS BILIARES OBSTRUYEN EL CONDUCTO CISTICO Y CAUSAN COLECISTITIS AGUDA CONTINUA SIN ACLARARSE COMPLETAMENTE. EN GENERAL UN CALCULO BILIAR QUE OBSTRUYE EL ORIFICIO DEL CONDUCTO PRODUCE UNA CONTRACCION INTENSA DE LA VESICULA, LO QUE CAUSA EL DOLOR DEL COLICO BILIAR. CUANDO EL CALCULO NO PUEDE PASAR A TRAVES DEL CONDUCTO LAS CONTRACCIONES AUMENTAN, Y COMIENZA A PRODUCIRSE EDEMA EN LAS PAREDES VESICULARES. AL PERSISTIR EL EDEMA Y LA OBSTRUCCION SE PRODUCEN LESIONES EN LA CAPA CELULAR EPITELIAL DE LA MUCOSA DE LA VESICULA SEGUIDAS DE LA LIBERACION DE ENZIMAS, DEL TIPO DE LA FOSFOLIPASA, QUE DESCOMPONEN A LOS FOSFOLIPIDOS Y PRODUCEN UNA INFLAMACION LOCAL INTENSA.

LUEGO SE PRODUCE INFLAMACION AGUDA, QUE PERSISTE EN CASO DE QUE EL CALCULO PASE O SE PRODUZCA PARALISIS DE LA PARED VESICULAR POR DISMINUCION DE CONTRACCIONES MUSCULARES. LAS BACTERIAS DESEMPERAN UN PAPEL RELATIVAMENTE MENOR EN LA PRODUCCION DE COLECISTITIS AGUDA, Y MAS BIEN COMPLICAN O ---

PERPETUAN LA ENFERMEDAD, LA INVASION BACTERIANA DE LA PARED DE LA VESICULA, UNA VEZ QUE SE DESORGANIZAN LOS MECANISMOS LOCALES DE DEFENSA POR LA INFLAMACION, DESENCADENA LA ETAPA DE INFECCION, GANGRENA DE LA PARED Y PERFORACION.

CUADRO CLINICO

EL CUADRO CLINICO MAS COMUN EN LA COLECISTITIS AGUDA ES EL DE UN PACIENTE DE EDAD MADURA CON SINTOMAS PREVIOS DE COLICOS BILIARES. CERCA DEL 25 % - LOS ENFERMOS CON COLECISTITIS AGUDA NO CALCULOSA HABIAN PRESENTADO ANTES SINTOMAS QUE PUEDEN REFERIRSE A LAS VIAS BILIARES, PERO LA MAYORIA HABRA PADECIDO SINTOMAS DE DOLOR EPIGASTRICO, NAUSEAS O SINTOMAS DISPEPTICOS - NO ESPECIFICADOS. EL DOLOR DE LA COLECISTITIS AGUDA TEMPRANA ES DIFICIL DE DISTINGUIR DEL COLICO BILIAR, PERO UNA VEZ QUE ESTE ULTIMO HA PERSISTIDO MAS DE CUATRO A SEIS HORAS, DE ORDINARIO SE ESTABLECE UN DIAGNOS--TICO CLINICO DE COLECISTITIS AGUDA. EL DOLOR ES DE TIPO COLICO, AUNQUE NO CESA ENTRE EPISODIO, COMO SUCEDE CON LOS CAUSADOS POR EL INTESTINO - DELGADO. EL DOLOR GENERALMENTE SE IRRADIA HACIA EL EPIGASTRIO Y OCASTO NALMENTE HACIA LA ESPALDÁ, POCAS VECES AL COSTADO O A LA PORCION INFE---RIOR DEL ABDOMEN. NAUSEAS Y VOMITOS SON COMUNES, LA FIEBRE GENERALMENTE ES BAJA, MENOR DE 38°C, LAS TEMPERATURAS MAYORES, DE 38.9°C INDICARAN - SOSPECHA DE COMPLICACIONES, COMO GANGRENA O PERFORACION. EL PACIENTE SUELE TENER UN ASPECTO NO TOXICO, CON SOLO TAQUICARDIA LEVE, A MENOS - QUE SE HAYAN PRODUCIDO COMPLICACIONES.

LOS DATOS FISICOS SON SENSIBILIDAD DOLOROSA EN EL CUADRANTE SUPERIOR DE-RECHO, DEFENSA ABDOMINAL Y SIGNOS DE MURPHY. LA SENSIBILIDAD PUEDE SER LEVE EN LOS CASOS TEMPRANOS; O ENCONTRANDOSE COMPLETAMENTE RIGIDO EL

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO EN UNA PERSONA CON VESICULA BILIAR GANGRE-
NOSA.

EN 20 % DE LOS CASOS SE ENCUENTRA UNA MASA EN EL CUADRANTE SUPERIOR -
DERECHO, Y AUNQUE PUEDE SER EL EXTREMO DE LA VESICULA BILIAR QUE SE -
PALPA, CON MAYOR FRECUENCIA ES UNA MASA DE EPIPLON SOBREPUESTA AL ORGAN
NO INFLAMADO. LA PERITONITIS GENERALIZADA ES POCO COMUN Y DEBE INCRE-
MENTAR LA SOSPECHA DE PERFORACION VESICULAR.

LOS DATOS DE LABORATORIO INDICAN EL ESPECTRO DE LA ENFERMEDAD. LOS --
CASOS LEVES DE COLECISTITIS AGUDA SUELEN PRODUCIR POCAS ANORMALIDADES
EN LOS EXAMENES DE LABORATORIO REGULARES. EL RECuento DE LEUCOCITOS A
VECES ES NORMAL, PERO COMUNMENTE DE 12 000 A 15 000 POR ML; CUANDO ES
SUPERIOR A 15 000 POR ML EL CIRUJANO DEBE SOSPECHAR UNA ENFERMEDAD MAS
GRAVE, COMO GANGRENA O PERFORACION LEVE. MUY A MENUDO SE ENCUENTRAN -
NIVELES DE BILIRRUBINA INFERIORES A 4 MG POR DL, DE ORDINARIO CAUSADOS
POR INFLAMACION LOCAL DEL HIGADO ALREDEDOR DE LA VESICULA BILIAR INFLAM
ADA, MAS QUE POR OBSTRUCCION DE CONDUCTORES BILIARES, SI LA BILIRRUBIN
A ES MAYOR DE 4 MG POR DL, AUMENTA CONSIDERABLEMENTE LA PROBABILIDAD -
DE CALCULOS BILIARES EN EL COLEDOCO.

LA ELEVACION RAPIDA DE LA BILIRRUBINA DEBE MOTIVAR LA CONSIDERACION DE PERFORACION VESICULAR, CON DERRAME BILIAR EN LA CAVIDAD PERITONEAL Y ABSORCION CONSECUENTE RAPIDA DE PIGMENTOS BILIARES E INCREMENTO RAPIDO EN LA BILIRRUBINA SERICA.

LOS AUMENTOS LEVES OBSERVADOS EN LAS PRUEBAS DE LA FUNCION HEPATICA, -- COMO LAS TRANSAMINASAS Y FOSFATASA ALCALINA EN SUERO, SON FRECUENTES EN LOS CASOS DE COLECISTITIS AGUDA; ESTOS INCREMENTOS POCAS VECES EXCEDEN DOS O TRES VECES LOS NIVELES NORMALES. LA AMILASA SERICA FRECUENTEMENTE ESTA ELEVADA, AUN SIN DATOS CLINICOS O QUIRURGICOS DE PANCREATITIS-AGUDA.

FISIOLOGIA DEL PERITONEO

EN UN SER HUMANO ADULTO, EL AREA DE SUPERFICIE PERITONEAL ES APROXIMADAMENTE IGUAL A LA SUPERFICIE CORPORAL, ESTO ES APROXIMADAMENTE 1.7 - M², CON UNA AREA FUNCIONAL CASI DE 1 M².

EN LA CARA INFERIOR DEL DIAFRAGMA SE ENCUENTRA UN MESOTELIO ESPECIALIZADO, EN EL CUAL SE ENCUENTRAN ESTOMAS, CONECTADOS A LAGUNAS LINFATICAS DE FLUJO UNIDIRECCIONAL, ESTOS PERMITEN EL TRANSPORTE DE LIQUIDOS, BACTERIAS, ERITROCITOS Y MACROMOLECULAS, TRANSPORTANDOLOS DE ESTA MANERA DE LA CAVIDAD PERITONEAL A LA CIRCULACION SISTEMICA, DONDE SON ELIMINADOS. A ESTE PROCESO SE LE DENOMINA ACLARAMIENTO PERITONEAL.

LOS MOVIMIENTOS RESPIRATORIOS A TRAVES DE LA CONTRACCION Y RELAJACION DEL DIAFRAGMA, ASI COMO AL AUMENTO DE LA PRESION INTRAABDOMINAL Y EL PERISTALTISMO FAVORECEN ESTE ACLARAMIENTO.

ESTE MECANISMO FACILITA LA ELIMINACION DE BACTERIAS DE LA CAVIDAD PERITONEAL SI EL INOCULO NO ES MUY GRANDE. EN EL CASO DE GRANDES INOCULOS PUEDEN PRESENTARSE BACTEREMIAS.

OTRO MECANISMO DE DEFENSA PERITONEAL INCLUYEN LOS LEUCOCITOS POLIMORFOS NUCLEARES, CUYO NUMERO SE RELACIONA DIRECTAMENTE CON EL INOCULO BACTERIANO, EL SISTEMA HUMORAL Y EL COMPLEMENTO TAMBIEN JUEGA UN PAPEL IMPORTANTE.

EN EL CASO DE UN LECHO VESICULAR REZUMANTE O COLECCION DE SANGRE Y BILIS, POSTERIOR A UNA COLECISTECTOMIA SIMPLE, EL PERITONEO TIENE LA CAPACIDAD DE LIMITAR Y ERRADICAR ESTAS COLECCIONES POR SU MECANISMO -- ACLARAMIENTO PERITONEAL.

P R O B L E M A

¿ES UTIL EL DRENAJE EN LA COLECISTECTOMIA ELECTIVA?

H I P O T E S I S

LA EVOLUCION DEL PACIENTE ES MAS FAVORABLE CUANDO NO SE LE DEJA DRENAJE EN LA COLECISTECTOMIA.

NO HAY DIFERENCIA EN LA EVOLUCION POSTOPERATORIA ENTRE LOS PACIENTES EN QUIENES SE USO DRENAJE Y ENTRE LOS QUE NO SE UTILIZO.

O B J E T I V O S

COMPARAR LA EFICACIA DEL NO DRENAJE Y DEL DRENAJE DE LA COLECISTECTOMIA. EVOLUCION POSOPERATORIA DE LOS PACIENTES CON DRENAJE O SIN DRENAJE, Y ADEMAS VALORAR LA SEVERIDAD DE LAS REACCIONES SECUNDARIAS.

ESTABLECER LA IMPORTANCIA QUE TIENE EL NO DEJAR EL DRENAJE, DETERMINAR LA MORBILIDAD EN LOS PACIENTES CON AMBAS TECNICAS EN LA COLECISTECTOMIA ELECTIVA.

NORMAR CONDUCTA QUIRURGICA EN BASE A NUESTRA EXPERIENCIA.

J U S T I F I C A C I O N

EL USO DE DRENAJE PERITONEAL DESPIERTA CIERTO GRADO DE RESPUESTA INFLAMATORIA QUE AUNQUE NO ES SIGNIFICATIVAMENTE, SE HA MENCIONADO QUE PREDISPONE AL PACIENTE PARA ABSCESOS SUBHEPATICOS, INFECCIONES DEL TRAYECTO DEL DRENAJE A TRAVES DE LA PIEL Y EN OCASIONES SE HA MENCIONADO -- COMO RESPONSABLE DE PROBLEMAS PULMONARES (2,4,6,7,8,9,10,12,13).

ALGUNOS AUTORES REFIEREN QUE NO HAY DIFERENCIAS EN LA EVOLUCION POSTOPERATORIA DE LOS PACIENTES QUE SON SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ELECTIVA CON COLOCACION DE DRENAJE. POR LO ANTERIOR CONSIDERAMOS IMPORTANTE TENER EXPERIENCIA PROPIA CON ESTA TECNICA Y MEJORAR CONDUCTA PARA ESTE PROCEDIMIENTO.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

ESTUDIO PROSPECTIVO, OBSERVACIONAL, COMPARATIVO, TRANSVERSAL.

SE REALIZARA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL GENERAL DE TICOMAN EN EL PERIODO DE ABRIL DE 1990 A ENERO DE 1991, CON PACIENTES CAPTADOS POR EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA O URGENCIAS, Y CON DIAGNOSTICO DE-COLECISTITIS, DOCUMENTADO ADECUADAMENTE POR CLINICA, LABORATORIO, RX, Y ULTRASONIDO.

GRUPOS DE ESTUDIOS FORMADOS AL AZAR:

GRUPO "A" : PACIENTES QUE NO SE LES COLOCA DRENAJE PERITONEAL EN LA COLECISTECTOMIA SIMPLE ELECTIVA.

GRUPO "B" : PACIENTES A LOS QUE SE LES COLOCA DRENAJE PERITONEAL EN LA COLECISTECTOMIA SIMPLE ELECTIVA.

CRITERIO DE INCLUSION :

TODO PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE COLECISTITIS CRONICA O AGUDA, SECUNDARIA A COLELITIASIS, BIEN DOCUMENTADA POR CLINICA, RADIOLOGIA Y ULTRASONIDO.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE COLEDOCOLITIASIS.

PACIENTES CON DIAGNOSTICO PICOLECISTO.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

PACIENTES CON PATOLOGIA ABDOMINAL ASOCIADA, QUE AMERITE TRATAMIENTO QUIRURGICO EN EL MISMO ACTO: BIOPSIA DE HIGADO, CIRUGIA GASTRODUODENAL, EXPLORACION DE LAS VIAS BILIARES.

COLECISTECTOMIA TECNICAMENTE DEFECTUOSA.

ANALISIS Y RESULTADOS

SE RECIBIERON UN TOTAL DE 40 PACIENTES DE LOS CUALES 38 FUERON DEL SEXO FEMENINO Y 2 DEL SEXO MASCULINO, CON EDADES QUE OSCILARON DE 19 A 69 -- AÑOS, CON UNA MEDIA DE 38.6 AÑOS.

DE LOS 40 PACIENTES, 6 FUERON EXCLUIDOS, 4 POR COLEDOCOLITISIS, Y 2 - POR PICOLECISTO.

LOS 34 RESTANTES SE ELIMINARON DEL ESTUDIO 7 PACIENTES, 5 PACIENTES SE - LES EXPLORO LA VIA BILIAR DURANTE EL ACTO QUIRURGICO Y SE LES COLOCO SON - DA EN " T " , UN PACIENTE SE LE TOMA BIOPSIA HEPATICA, Y EL OTRO PACIENTE - DURANTE EL ACTO QUIRURGICO SE ENCUENTRA UNA FISTULA COLECISTODUODENAL.

LOS 27 RESTANTES SE DIVIDIERON ALEATORIAMENTE EN DOS GRUPOS "A" (SIN DRE - NAJE) Y " B " (CON DRENAJE), QUEDANDO 15 ELEMENTOS DEL GRUPO " A " Y 12 - ELEMENTOS DEL GRUPO " B " .

PARA EL GRUPO " A " EL TOTAL DE LOS PACIENTES FUERON FEMENINOS, Y EN EL GRUPO " B " 11 PACIENTES FUERON FEMENINOS Y TAN SOLO UNO MASCULINO. --- (TABLA 1).

LA DISTRIBUCION POR EDADES DE AMBOS GRUPOS SE DESCRIBE EN LAS TABLAS 2 Y 3 ; Y GRAFICAS 1 Y 2 .

LA MEDIA DE LAS EDADES FUE DE 36 AÑOS PARA EL GRUPO " A " Y 34.4 PARA EL BRUPO " B " (GRAFICA 3).

EN CUANTO A LA EVALUACION DEL GRUPO " A " : 4 PACIENTES (26.6%) PRESENTARON DOLOR EN HIPOCONDRIO DERECHO; MIENTRAS PARA EL GRUPO " B " 8 PACIENTES (66.6 %) PRESENTO DOLOR Y 7 PACIENTES (58.3 %) PRESENTARON DOLOR EN EL TRAYECTO DEL PENROSE.

DEL GRUPO " A " NINGUNO PRESENTO FIEBRE, PERO PARA EL GRUPO " B " 4 PACIENTES (33.3 %) PRESENTARON FIEBRE.

CON RESPECTO A LA MORBILIDAD, SE PRESENTO UN CASO DE INFECCION DE HERIDA - QUIRURGICA Y TRES CASOS DE INFECCION EN HERIDA DE PENROSE. ESTOS CORRESPONDIAN AL GRUPO " B " , PERO EL GRUPO " A " FUE DE CERO, EN AMBOS GRUPOS NO SE PRESENTARON ABSCESOS RESIDUALES.

EN LA MAYORIA DE LOS PACIENTES LA VIA ORAL SE INICIO A LAS 48 HORAS DE POSOPERADO EN CUANTO LA PERISTALSIS SE HABIA RESTABLECIDO.

A LOS PACIENTES QUE SE LES COLOCO PENROSE (GRUPO B), ESTE SE RETIRO EN PROMEDIO AL TERCER DIA Y SOLO EL 25 % PRESENTO INFECCIONES EN EL TRAYECTO DEL PENROSE.

NO HUBO DEFUNCIONES EN NINGUNO DE LOS DOS GRUPOS.

LOS DIAS DE HOSPITALIZACION FUERON PARA EL GRUPO " A " 3 DIAS EN PRO MEDIO. PARA EL GRUPO " B " FUE DE 3.9 DIAS.

EN CUANTO A LA TECNICA QUIRURGICA SE UTILIZO LA COLECISTECTOMIA CON DISECCION RETROGRADA EN AMBOS GRUPOS.

TABLA 1

GRUPOS	A		B	
	No. PACIENTES	%	No PACIENTES	%
F	15	100	11	91.76
M	0	0	1	8.34
TOTAL	15	100	12	100

TABLA 2

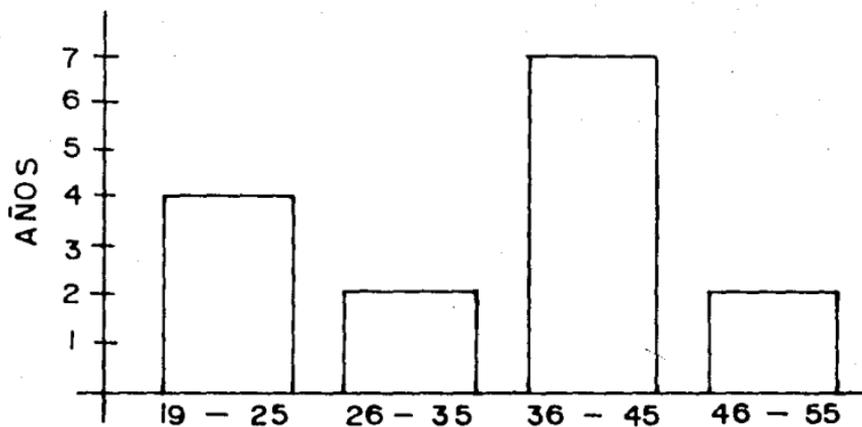
GRUPO	A	
	No. PACIENTES	%
19 - 25	4	26.76
26 - 35	2	13.34
36 - 45	7	46.66
46 - 55	2	13.34
TOTAL	15	100.00

TABLA 3

GRUPO B

EDADES	No. PACIENTES	%
19 — 25	3	25 %
26 — 35	3	25%
36 — 45	6	50%
TOTAL	12	100%

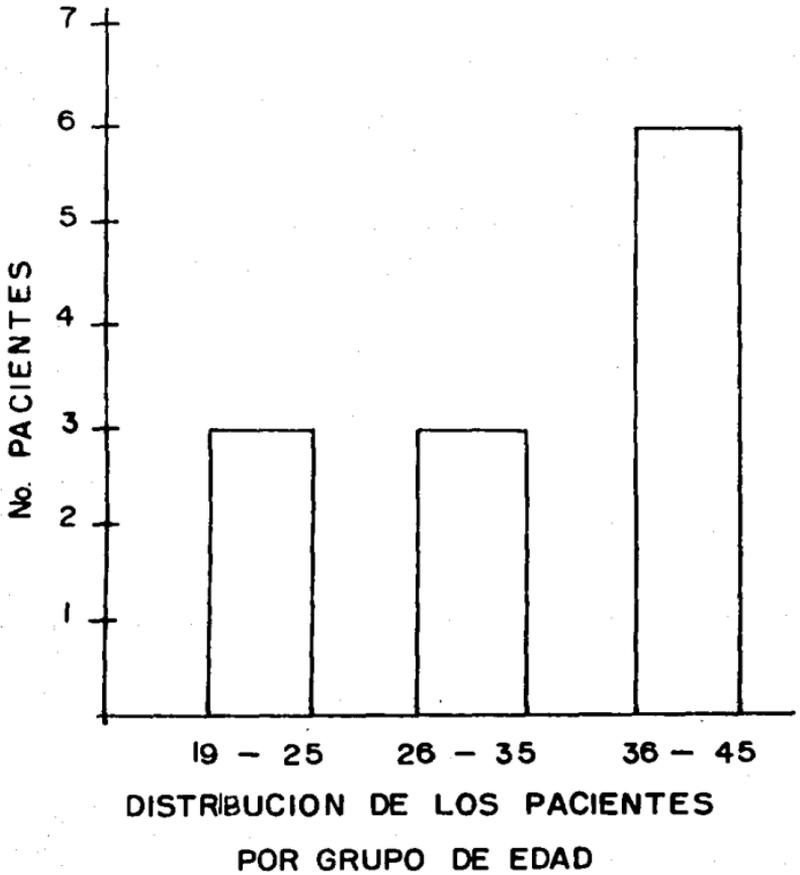
GRAFICA 1



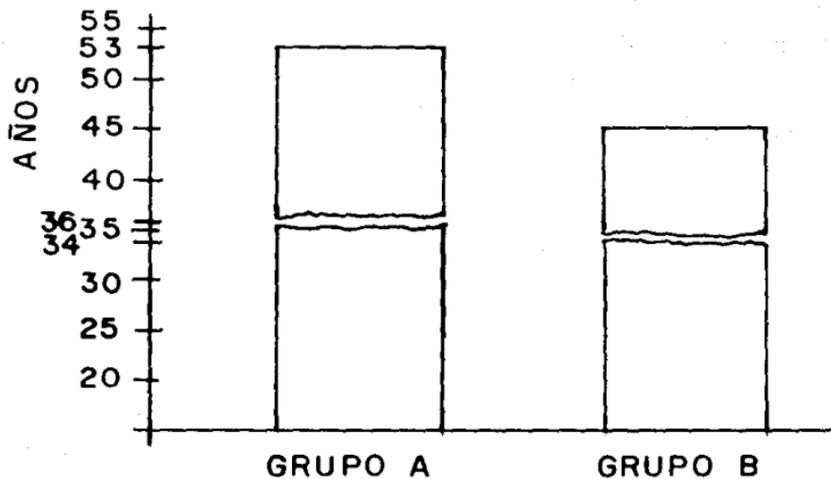
DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR
GRUPO DE EDAD GRUPO A

GRAFICA 2

GRUPO B



GRAFICA 3



X DE EDADES EN AMBOS GRUPOS

CONCLUSIONES

EN ESTE ESTUDIO SE PUDO OBSERVAR, AUNQUE NO FUE SIGNIFICATIVAMENTE ESTADISTICO; QUE A LOS PACIENTES QUE NO SE LES COLOCO DRENAJE INTRAPERITONEAL DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA SIMPLE ELECTIVA, PRESENTARON MEJOR EVOLUCION CLINICA: YA QUE PARA EL GRUPO " A " SOLO EL 26.6 % PRESENTO DOLOR ABDOMINAL; NINGUNO DE LOS PACIENTES PRESENTO FIEBRE, Y LA MORBILIDAD FUE DE CERO, CON UN PROMEDIO DE 3 DIAS DE HOSPITALIZACION Y PARA EL GRUPO " B " (GRUPO QUE SE LE COLOCO DRENAJE INTRAPERITONEAL) EL 66.5 %, PRESENTO DOLOR, Y 58.3 DOLOR EN EL TRAYECTO FISTULOSO DEL DRENAJE , EL 33.3 % FIEBRE Y SU MORBILIDAD FUE DE UN CASO DE INFECCION DE PARED Y TRES DE INFECCION EN EL TRAYECTO FISTULOSO; CON PROMEDIO DE DIAS DE HOSPITAL 3.9 %.

TOMANDO EN CUENTA ESTOS RESULTADOS DE NUESTRO ESTUDIO Y QUE NINGUNO DE LOS PACIENTES DEL GRUPO " A " PRESENTO ABSCESO RESIDUAL Y QUE EN BASE A LAS OPINIONES SOBRE LA COLOCACION DEL DRENAJE INTRAPERITONEAL DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA SIMPLE ELECTIVA, ESTE PERMITE RECOGER EL ESCAPE DE CUALQUIER COLECCION DE SANGRE A PARTIR DE UN LECHO VESICULAR REZUMANTE O COLECCION DE BILIS POR UNA FILTRACION BILIAR PASADA POR ALTO, SE PUDO OBSERVAR QUE POR MEDIO DE LA CAPACIDAD DE ACLARAMIENTO PERITONEAL ESTAS COLECCIONES SON ERRADICADAS.

POR LO QUE EL ESTUDIO SUGIERE QUE LA COLOCAION DE DRENAJE INTRAPERITONEAL
DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA SIMPLE ELECTIVA ES INECESARIO.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- BARALDI HUMBERTO: CHOLECYSTECTOMY WITHOUT DRAINAJEO A DILEMMA 1980
-140 : 658-659.
- 2.- BUDD DC. COCHRAN RC. FOTY WJ JR: CHELECYSTECTOMY WITH AND WITHOUT -
DRAINAJE AM J SURG. 1982: 143: 307 - 9 .
- 3.- CHARLES M ELBOIM MD: SIGNIFICANCE OF POST CHOLECYCTECTOMY SUBHEPATIC
FLUID COLLECTIONS ANN SURS 1983 VOL 198: 137 - 141 .
- 4.- FARHA GJ, CHANG FC. MATTHEWS EH : DRAINAGE IN ELECTIVE CHELECYSTECTOMY.
AM J SURG 1981 142: 679-90 .
- 5.- HOFFMAN J LORENTZEN, M : DRAINAGE AFTER CHOLECY STECTOMY BR J. SURG. -
1985: 72 423 - 7 .
- 6.- JOHNSON G. GILSDORF R : ROUTINE VERSUS SELECTIVE DRAINAGE OF THE -----
GALLBLADDER BEB AFTER CHELECYSTECTOMY. AM J SURG 1981 - 142 : 651 - 3 .
- 7.- MAINGONT: OPERACIONES ABDOMINALES 1985 TOMO 2 PAG. 1802, 1805.

- 8.- MICHAEL G SARR: CLOSED SUCTION VESUS PENROSE DRAINAGE AFTER CHOLECYSTECTOMY. BR. J SURGERY 1987 (153) 394:397.
- 9.- MITTELMAN, JS. DOBERNECK ARC: DRAINS ANTIBIOTICS PERIOPERATIVELY FOR ELECTIVE CHELECYSTECTOMY. SURG GYNECOL OBSTET 1982: 155:653-4
- 10.- MONSON J. R. T.: INFLUENCE OF INTRAPERITONEAL DRAIN ON SUBHEPATIC--
COLLECTIONS FOLLOWING CHOLECYSTECTOMY: A PROSPECTIVE CLINICAL TRIAL
BR. J SURG. 1986 VOL. 72:993-994.
- 11.- NYHUS BAKEN MASTERY OF SURGEY 1984 TOMO 1 PAG: 890 - 897.
- 12.- TODD GJ REEMTSMA K: CHOLECYSTECTOMY WITH DRAINAGE. FACTORS INFLUENCING
INFECTION IN 1000 ELECTIVE CASES. AM J SURG 1978 135:622-3.
- 13.- TROWBRIDGE, PE : A RANDOMIZED STUDY O CHOLECYSTECTOMY WITH AND WITHOUT
DRAINAGE. SURG GYNECOL OBSTET 1982 : 155 :171 - 6 .
- 14.- TRUEDSON H. : CHELECYSTECTOMY WITH INTRAPEITONEAL DRAIN; PRESENCE AN
SIGNIFICANCE OF CONJUGATED BILIRUBIN IN THE DRAINAGE FLUID ACTA CHIR SCAN
1983 : 149 :179 -85. .

- 15.- TRUEDSON H. ELMORS T. HOLMS S : ELECTIVE CHOLECYSTECTOMY WITH -
INTRAPERITONEAL DRAIN : A BACTEROLOGICAL EVALUATION. ACTA CHIR -
SCAND 1983 ; 149 : 315 -21.
- 16.- TRUEDSON H : CHOLECYSTECTOMY WITH AND WITHOUT INTRAPERITONEAL DRAIN.
ACTA CHIR SCAND 1983 : 149 ; 393 - 9 .
- 17.- TRUEDSON H : CHOLECYSTECTOMY WITH INTRAPERITONEAL DRAIN. ACTA CHIR
SCAND 149 : 171 - 178, 1983.