

11209 70
203

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA
LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

" VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL".

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD
DE CIRUGIA GENERAL

AUTOR: DR ALFONSO DE JESUS RODRIGUEZ CASARRUBIAS.
RESIDENTE DE TERCER AÑO DE CIRUGIA GENERAL.

DIRECCION DEL AUTOR: EDIFICIO #9 LETRA "C", UNIDAD
TLATILCO IMSS.

**TESIS CON
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

RESUMEN

INTRODUCCION.....1

MATERIAL Y METODO.....4

RESULTADOS.....7

COMENTARIO.....23

REFERENCIAS.....27

R E S U M E N

Se realizó un estudio retrospectivo, comparativo entre 100 pacientes sometidos a colecistectomía abierta y 100 sometidos a endocolecistectomía con la finalidad de establecer las ventajas del nuevo procedimiento. Se revisaron los expedientes clínicos de cada grupo, seleccionándose los mas recientes en un período comprendido del 1 de Enero de 1990 al 30 de Abril de 1992. Con tiempo operatorio de 82 minutos promedio para la abierta y 110 a la laparoscópica. De los pacientes sometidos a endocolecistectomía 8 requirieron conversión a cirugía abierta (2 por sangrado transoperatorio, 1 por imposibilidad para la disección, 4 por fallas técnicas y 1 -- por sangrado postoperatorio). De los pacientes sometidos a cirugía abierta 2 presentaron sangrado que requirio la administración de 1 paquete globular. 9 pacientes de endocolecistectomía presentaron complicaciones -- transoperatorias; 1 enfisema preperitoneal, 2 sangrado y 6 ruptura vesicular que finalmente no influyeron en la morbi-mortalidad. El tiempo de internamiento promedio fue de 3.4 días al procedimiento abierto y 1.6 al laparoscópico. Los resultados estéticos con mucho fueron -- mejores para la laparoscopia. Un paciente sometido a endocolecistectomía se laparatomizó por sangrado postoperatorio del lecho con buena evolución posterior.

Palabras claves: Colecistectomía y laparoscopia.

S U M M A R Y .

We perform a retrospective study, comparative between 100 patients comply to open cholecystectomy and 100 comply to an endocholecystectomy affained on establish the advantages of the new procedures. Reviewing the clinic files of each group, selecting the most new in a period between January 1st 1990 and April 30 of 1992. With an average of operative time of 82 min. for the open and 100 min. for the laparoscopic. Relatively to the patients of endocholecystectomy 8 needed a conversion to open surgery (2 because of transoperative bleeding, 1 because of dissection impossibility, 4 because of technical faults and 1 because of postoperative bleeding). Talking about the patient with open surgery 2 presented bleeding, they needed the administration of 1 globular package. 9 patients of endocholecystectomy presented transoperative complications; 1 preperitoneal emphysema, 2 bleedings and 6 vesicular rupture that finally didn't modify the morbi-mortality. The time average of internal was 3.4 days in the open procedure and 1.6 to the laparoscopic. The stetic results werw betler to the laparoscopic. One patient comply to an endocholecystectomy had to be laparotomized because of postoperating bleeding with a good evolution.

KEY WORDS: CHOLECYSTECTOMY AND LAPAROSCOPIC.

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

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento quirúrgico de reciente aparición que ha causado un gran impacto por los resultados tan satisfactorios hasta ahora reportados (1). En 1987 se publican los primeros trabajos en ovejas por el Dr. Kleiman (2). La primera colecistectomía laparoscópica en humanos la realiza Philippe Mouret en 1987. El Dr. Dubois en Francia reporta su primer caso en 1988 (3). Reddick y Oslén describen el método ampliamente realizando su primer caso en Septiembre de 1988 (4).

En la actualidad se cuenta con una gran cantidad de reportes que coinciden en la ventaja del procedimiento sobre la técnica tradicional y con bajos índices de complicaciones (2-4%) (5). Con mortalidad de cero, menor trauma a los tejidos, rápida recuperación, menor dolor postoperatorio, estancia hospitalaria de 24 a 48 horas promedio y mejores resultados estéticos (6, 7). Además de que al reducir la incapacidad laboral y el tiempo de hospitalización el costo efectivo del procedimiento se ha calculado en 1,271 dólares (8).

Por ser un procedimiento reciente existen algunos criterios que han sufrido modificaciones como las indicaciones y contraindicaciones; considerando la sépsis abdominal, distensión intestinal y embarazo avanzado con

traindicaciones absolutas, y la colangitis, pancreatitis aguda, coledocolitiasis, cirugía abdominal alta e hipertensión portal como relativos (7). Con el paso del tiempo criterios como obesidad mórbida y colecistitis aguda están siendo modificados y también han disminuido importantemente los tiempos quirúrgicos. Se han perfeccionado rápidamente los insufladores, cámaras, fuentes de luz y todo el instrumental facilitando el procedimiento, mas - rápido y seguro.

Este trabajo se realiza por no haber literatura nacional que compare en forma dirigida los resultados de la colecistectomía abierta y la laparoscópica.

En este trabajo se programan los siguientes objetivos:

a).- OBJETIVO BASICO:

Conocer las ventajas y desventajas que ofrece la colecistectomía laparoscópica en relacion a la abierta. En dos grupos de pacientes de 100 cada uno en el servicio de -- cirugía general del hospital " 1- de Octubre " del ISSSTE.

b).- OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- 1).- Conocer los índices de morbi-mortalidad de cada grupo.
- 2).- Saber cuáles son los factores que influyen para la -- conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta.
- 3).- Conocer el tiempo promedio para la realización de cirugía.

- 4).- Enunciar cuales son las complicaciones trans y post-operatorias de cada grupo.
- 5).- Saber cuáles son los índices de incapacidad laboral y tiempo de estancia hospitalaria de cada grupo.
- 6).- Conocer los resultados estéticos de cada grupo.
- 7).- Enumerar los factores técnicos y anatómicos que influyen en la realización o fracaso de la colectatectomía laparoscópica.

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

Se revisaron 200 expedientes clínicos de pacientes colecistectomizados de manera electiva, dividiéndose en dos grandes grupos; a) Pacientes sometidos a colecistectomía abierta (CA). b) Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. Los pacientes fueron programados en la consulta externa realizándose exámenes de laboratorio de rutina. Los pacientes de cirugía abierta se operaron de Enero de 1990 a Enero de 1991, en cambio los de cirugía laparoscópica de Abril de 1991 a Abril de 1992.

Los pacientes eran portadores de colecistitis crónica y no tenían compromiso del árbol biliar.

Todos los datos fueron colectados en una hoja individual de recolección basándose en un cuestionario que constó de 68 reactivos en donde se incluyen variables -- como:

- 1).- Edad, sexo y complexión.
- 2).- Antecedentes patológicos, ginecológicos y del padecimiento actual que pudieran tener relación con la cirugía.
- 3).- Procedimiento de diagnóstico y exámenes preoperatorios realizados.
- 4).- Evolución, tratamiento y antecedentes importantes del padecimiento actual.

- 5).- Referente al desarrollo de la técnica quirúrgica, - accidentes, incidentes y hallazgos durante la misma.
- 6).- Estado del paciente en el periodo postoperatorio: incluyendo exámenes de laboratorio, días de estancia - hospitalaria e incapacidad laboral.

TECNICA QUIRURGICA POR LAPAROSCOPIA

En todos los casos se administro anestesia general y el paciente se monitorizo de forma habitual. Se procede a - realizar una incisión de 1 cm. en la cicatriz umbilical para insertar aguja de Verres e insuflar el abdomen con CO₂ y una vez distendido a una presión de 15 mm. de Hg - se introduce trocar de 10 mm por la cicatriz umbilical - y se introduce por el mismo el laparoscópio de 0 grados conectado a un equipo de video con un monitor de alta -- resolución. Se mantiene una presión promedio de 15 mm de Hg mantenida por un insuflador automatico. Una vez que - se coloca el primer trocar (Umbilical) en posición de trendelemburg y dirigido hacia hueco pélvico se realiza una exploración del sitio de entrada y posteriormente -- una inspección general, posteriormente bajo visión directa se introduce trocar de 10 mm en linea media 4 cm por abajo de la apendice xifoides y otros 2 trócares de 5 mm; el primero en linea medio clavicular 3.a 4 cm debajo del reborde costal y el último en linea axilar anterior a la

altura de la cicatriz umbilical. Después se introducen pinzas de manera que por el trocar de línea axilar anterior se tracciona el fondo la vesícula, por la medio clavicular la bolsa de Hartman, por el ombligo el laparoscópio y en el trocar medio alto se introduzcan pinzas de disección y engrapadora, así como irrigados y succión. Se procede a disección e identificación de conducto cístico estando seguros de visualizar la unión cistocolédociana para evitar lesión al árbol biliar, también se identifica arteria cística, para posteriormente engraparla y cortarse (Con grapas de titanio de 9 mm de longitud), se realiza disección de la vesícula de su lecho con electrocauterio monopolar. Una vez disecada se extrae la vesícula por la cicatriz umbilical, algunas veces triturando y aspirando su contenido antes de su extracción. En algunos casos es necesario ampliar el orificio en la pared (Umbilical) para permitir el paso de la vesícula y sus litos.

RESULTADOS

7

La distribución por sexos fue igual para ambos grupos; 88% femenino y 12% masculino. La edad promedio fue de 44.7 años para la abierta con un rango de 24 a 79 años y de 39.4 con rango de 19 a 82 años para la cirugía laparoscópica. Ningún paciente fue intervenido en estado grávido. 2 pacientes de cada grupo tienen como antecedente ictericia leve en algún episodio agudo de la enfermedad, pero sin relación con coledocolitiasis, ya que se descartó por ultrasonido y en el momento de la cirugía. 39 pacientes del grupo de cirugía abierta tenía cirugía previa (39%), mientras que el mismo antecedente lo presentaron 51 pacientes sometidos a laparoscópica (51%). Siendo la intervención más común la de útero y anexos seguida de apendicectomía (15.5 y 10% respectivamente en pacientes sometidos a cirugía laparoscópica). La incisión más frecuentemente encontrada fue la media infraumbilical (20%).

El tiempo de evolución del padecimiento fue de 6 meses a 1 año promedio (45% de cada grupo), siendo tratados previamente con analgésicos y antiespasmódicos.

El diagnóstico definitivo se realizó en los casos abiertos; 97% por USG (92 colecistitis crónica litiásica y 5 alitiásica), 3 mediante colecistografía oral que mostró discinesia vesicular. En los casos intervenidos por -

Laparoscópica el ultrasonido sirvió como diagnóstico definitivo en el 97% de los casos (85% colecistitis crónica litiaásica y 12% alitiásica), 3 pacientes presentaron disquinesia vesicular demostrada mediante colecístografía oral. Dos pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica tenían dilatación leve de la vía biliar (menor de 1.4 cm.) y se les realizó colangiografía transcística describiendo la posibilidad de litos en la vía biliar común.

Al 50% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se administró cefotaxima (a razón de 1 gr. antes y 1 gr. posterior a la cirugía) como tratamiento profiláctico a elección de su médico tratante. Los únicos pacientes que en su totalidad recibieron la dosis fueron los que presentaron ruptura vesicular a la disección o a la extracción de la misma siendo en total 6 (100%). En tanto que el 54% de los pacientes sometidos a cirugía abierta recibieron antibióticos del tipo ampicilina o amikacina. A todos los pacientes se les administró anestesia general. En todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se utilizaron 4 trócares (en los sitios descritos por la técnica). En el 15% de los pacientes sometidos a colecistectomía abierta se presentaron adherencias, mientras que en el grupo de laparoscópica se presentaron en el 20%. En 8 pacientes sometidos a colecistec

tomía laparoscópica se realizó conversión a cirugía abierta; 1 por imposibilidad para la disección, 2 por sangrado a la disección de la arteria cística, 4 por falla técnica (falta de CO2 o poca experiencia en el manejo del equipo) y otro paciente más fue intervenido quirúrgicamente por -- sangrado postoperatorio 5 horas después de salir de quirófano encontrándose como hallazgo sangrado en capa del lecho vesicular y del triángulo cístico que se cauterizó con monopolar y con buena evolución postoperatoria. En dos -- pacientes de colecistectomía abierta se encontró el cístico dilatado y con el antecedente de no tener ictericia previa, además de que se realizó maniobra de Kocher no detectando cálculos y no considerando fuera necesario explorar -- la vía biliar. En 9 pacientes del grupo de laparoscopia se realizó descompresión de la vesícula por estar a tensión mientras que del grupo de cirugía abierta solo se descomprimió a 5 por la misma causa. A 7 pacientes de colecistectomía laparoscópica se realizó colecistografía transcística sin encontrar cálculos. Requiriendose 25 minutos más -- en promedio para su realización.

Las complicaciones transoperatorias de los pacientes sometidos a colecistectomía abierta fue sangrado en 2 pacientes que se controló adecuadamente mediante transfu--

sión sanguínea, en tanto que los pacientes de colecistectomía laparoscópica 2 presentaron sangrado, 1 enfisema preperitoneal que no impidió la realización de la cirugía y 6 pacientes presentaron ruptura de la pared vesicular al disecarla de su lecho que no alteró la movilidad; en uno de estos pacientes se expansieron los litos en cavidad al romperse la vesícula al tratar de sacarla por la cicatriz umbilical no siendo posible recuperar todos por perderse algunos entre asas intestinales. Hasta el momento el paciente esta asintomático. De los pacientes sometidos al procedimiento abierto -- todos han evolucionado de manera satisfactoria. Del -- grupo de laparoscopia 99 pacientes han evolucionado en forma favorable, mientras que un paciente fue laparatomizado por sangrado en el postoperatorio; dicho paciente fue irrigado durante la cirugía con solución fisiológica que inadvertidamente contenía dosis altas de heparina, lo que consideramos fue la causa del sangrado.

La extracción de la vesícula se realizó por el ombligo en 86 pacientes de laparoscopia y por el orificio -- subxifoideo en 7, requiriendo ampliar la incisión en 16 12 pacientes requirieron sacar o triturar los cálcu--

los dentro de la cavidad antes de extraer la vesícula.

El tiempo operatorio promedio fue de 82 minutos para la cirugía abierta y de 110 minutos para la laparoscópica - con un rango de 30 minutos hasta 6 horas para esta última siendo importante la observación que con el paso del tiempo y cada vez mas experiencia del grupo de cirujanos los tiempos quirúrgicos se han venido acortando para la cirugía laparoscópica.

Con respecto a las complicaciones postoperatorias 3 pacientes de cirugía abierta presentaron drenaje biliar -- por el drenaje con resolución conservadora, 2 presentaron ileo prolongado. De los pacientes de cirugía laparoscópica solamente el paciente con sangrado postoperatorio presentó complicación postquirúrgica.

De los pacientes sometidos a cirugía abierta 8 presentaron náusea y vómito, 80 dolor importante de la herida y 2 distensión abdominal (ileo). De los de cirugía laparoscópica 50 presentaron dolor leve de las heridas, 5 -- náusea y vómito, 6 signo de Kher derecho y 11 dolor abdominal difuso de intensidad leve que mejoró con analgésicos tipo pirazolona.

El inicio de la vía oral fue al segundo día de postoperados al grupo de colecistectomía abierta y a las 24 -- horas para el grupo de cirugía laparoscópica.

A todos los pacientes del grupo de cirugía abierta se dejó un penrose que se retiró a las 48 horas. En tanto que al 47% de pacientes del grupo de cirugía laparoscópica se dejó un Drenovac de 1/8 o 1/4 que se retiró de 16 a 20 horas del postoperatorio. El tiempo de hospitalización fue de 1.6 días para las laparoscópicas y de 3.4 al de cirugía abierta considerando que todos los pacientes fueron programados en la consulta externa y se intervinieron de una a dos horas después de su ingreso. La reanudación de labores fue de 14 días promedio para las laparoscópicas y 21 para los de cirugía abierta. Los pacientes de cirugía laparoscópica egresaron siempre deambulando en mejores condiciones generales que los egresados después de 3 días de operados de cirugía abierta.

Los resultados estéticos de los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica fueron muy satisfactorios, no así los de cirugía abierta. No hubo defunciones.

**VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.**

**HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.**

CUADRO # 1

EDAD EN AÑOS	ABIERTAS	LAPAROSCOPICAS
10-19	1	1
20-29	7	19
30-39	30	26
40-49	34	34
50-59	13	12
60-69	12	3
70-79	2	3
80 o más	0	2
TOTAL	100	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO II

SEXO	ABIERTAS	LAPAROSCOPICAS
MASCULINO	12	12
FEMENINO	88	88
TOTAL	100	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VANTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO III

CIRUGIA PREVIA	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
NINGUNA	62	49
UTERO Y ANEXOS	12	19
APENDICECTOMIA	8	10
INTESTINAL	0	0
HERNIA UMBILICAL	0	0
HERNIA POSTINCISIONAL	0	0
CIRUGIA GASTRICA	0	0
OTROS	18	22
TOTAL	100	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.
HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO IV

ULTRASONIDO	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
NORMAL	3	3
COLECIST. CRON. LIT.	92	85
COLECIST. CRON. ALIT.	5	12
COLECIST. AGUD. LIT.	0	0
COLECIST. AGUD. ALIT.	0	0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO v

CAUSAS DE CONVERSION

A CIRUGIA ABIERTA

NUMERO DE CASOS

NINGUNO	83
IMPOSIBILIDAD DISECCION	1
SANGRADO PORTA HEPATIS	2
LESION DE VICERA HUECA	0
LESION DE VIA BILIAR	0
FALLA TECNICA	4
POR SANGRADO POSTOPERATORIO	1

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990

A ABRIL DE 1992.

CUADRO VI

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	ABIERTAS	LAPAROSCOPICAS
SANGRADO DE PORTA HEPATIS	2	2
LESION VIA BILIAR	0	0
LESION MESENTERIO	0	0
ENFISEMA PREPERITONEAL	0	1
ENFISEMA RETROPERITONEAL	0	0
ENFISEMA DE EPIPLON	0	0
SANGRADO LIG. SUSPENSOR	0	0
SANGRADO DE PARED	0	0
RUPTURA VESICULAR	0	6
LESION INTESTINAL	0	0

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO VII

TIEMPO OPERATORIO (MINUTOS)	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
30- 60	12	21
60- 90	49	17
90-120	20	29
120-150	13	14
150-180	1	9
180-210	3	1
210 o más	2	9
TOTAL	100	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA"
 COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
 A ABRIL DE 1992

CUADRO VIII

COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	ABIERTAS	LAPAROSCOPICAS
SANGRADO POR DRENAJE	0	1
DRENAJE BILIAR	3	0
SANGRADO INTRAPERITONEAL	0	0
ICTERICIA POSTOPERATORIA	0	0
ILEO PROLONGADO	2	2
LITIASIS RESIDUAL	0	0
TOTAL	5	3

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992

CUADRO IX

MALESTAR POSTOPERATORIO	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
DOLOR IMPORTANTE DE LA HERIDA	80	0
DOLOR LEVE DE LA HERIDA	20	50
SIGNO DE KHER DERECHO	0	6
DOLOR ABDOMINAL	0	6
NAUSEA Y VOMITO	8	5

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SOBRE LA
COLECCISTECTOMIA ABIERTA EN UN SERVICIO DE CIRUGIA GRAL.

HOSPITAL 1- DE OCTUBRE DEL I.S.S.S.T.E. DE ENERO DE 1990
A ABRIL DE 1992.

CUADRO X

ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA	ABIERTAS	LAPAROSCOPICAS
1 DIA	0	74
2 DIAS	4	10
3 DIAS	77	7
4 DIAS	13	5
5 DIAS	5	4
6 O MAS DIAS	1	0
TOTAL	100	100

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS.

COMENTARIO

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento de reciente aparición que ha venido a revolucionar la cirugía de vesícula por los resultados obtenidos, comparables con las series del Dr. Herschel, Jeffrey y Reddick donde se reporta morbilidad de 2 al 6% comparable con el procedimiento abierto, y con una mortalidad de cero. Además se puede apreciar claramente grandes ventajas en relación con el procedimiento tradicional; la primera es una marcada reducción de dolor en el periodo postoperatorio, que desgraciadamente es subjetivo, pero que mostró una clara diferencia entre los grupos (el 100% de los pacientes de cirugía abierta la presentó en mayor o menor grado, en tanto que el 62% del grupo de laparoscópica lo refirió en menor intensidad). Si bien es cierto que la irritación peritoneal por CO₂ se presenta en la cirugía laparoscópica y que 6 pacientes de este grupo presentaron signo de Kher derecho y otros 6 dolor abdominal difuso, fue posible su manejo con analgésicos del tipo pirazonas sin repercusión en la morbi-mortalidad. En nuestro grupo de cirugía laparoscópica no se presentaron problemas cardíacos o pulmonares resultado de la insuflación abdominal como lo han comunicado en algunas series.

El segundo beneficio encontrado es el económico, ya que al haber menor manipulación de los tejidos y trauma (al no realizar grandes incisiones en la pared abdominal y poca manipulación de los órganos peritoneales) hay menos incidencia de ileo postoperatorio (2%) y menos dolor, lo que permite una rápida recuperación para el grupo de cirugía laparoscópica y pronta reintegración a las actividades económicas (14 días al grupo de laparoscopia Vs 21 al grupo de cirugía abierta promedio). El beneficio de poca estancia hospitalaria para la institución también se demuestra con 1.6 días de internamiento para el grupo de laparoscopia contra 3.4 al grupo de cirugía abierta. Los resultados estéticos son el tercer beneficio de la cirugía laparoscópica ya que todos los pacientes manifestaron su conformidad con los mismos, no así el grupo de cirugía abierta.

Con respecto a los tiempos de realización de la cirugía fue de 110 minutos para el grupo de cirugía laparoscópica y de 82 para el grupo abierto observando que al paso del tiempo y con cada vez más experiencia del grupo quirúrgico dicho periodo se ha venido disminuyendo. En los pacientes que se convirtieron a cirugía abierta (2 por sangrado, 1 imposibilidad a la disección, 4 por fallas técnicas) los tiempos se alargaron importantemente siendo frecuentes las adherencias y procesos inflamato--

rios locales. Un paciente sometido a cirugía laparoscópica fue laparatomizado por sangrado importante en el periodo postoperatorio encontrando sangrado del lecho, siendo manejado con cauterización con monopolar teniendo buena evolución postoperatoria; dicho paciente fue irrigado durante el procedimiento laparoscópico con dosis altas de heparina que inadvertidamente se mezclaron con solución fisiológica. Así tenemos que del grupo de 100 pacientes programados para cirugía laparoscópica -- 8 terminaron de manera tradicional (7 por problemas -- transoperatorios y 1 en el postoperatorio), todos con buena evolución. De lo que se concluye que en el peor de los casos, un paciente sometido a cirugía laparoscópica fallida se realizara cirugía abierta sin repercusión en la morbi-mortalidad.

Del grupo de 100 pacientes de cirugía abierta 3 pacientes presentaron drenaje biliar por el penrose que desapareció a las 72 horas como máximo; en contraste ningún paciente del grupo de laparoscopia drenó bilis, lo que podría explicarse por el uso de electrocauterio en la disección de la vesícula, no así en el caso de cirugía abierta donde quedan algunos conductos biliares accesorios que pueden dar dicho drenaje.

A 7 pacientes del grupo de cirugía laparoscópica se realizó colangiografía trans-cística por detectar el coledoco dilatado (No mayor de 1.4 cm) y sin detectar litos en la vía biliar común.

6 pacientes de cirugía laparoscópica presentaron ruptura vesicular (Muy bajo porcentaje comparado con hasta - 30% de los reportes de grandes series), uno de esos pacientes tenía litos múltiples que se diseminaron por toda la cavidad, siendo posible rescatar solo algunos de ellos, ya que otros se perdieron entre asas intestinales presentando el paciente buena evolución.

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento -- con igual morbilidad que el abierto, con disminución -- de las molestias postoperatorias y beneficios médicos -- plenamente identificados; prueba de ello es que en nuestros hospital toda la cirugía programada de vesícula se lleva a cabo por esta técnica, dejando solo a la técnica tradicional los casos de patología de árbol biliar - y aquellos que presentan criterios de exclusión. En ultimas fechas se han intervenido por esta técnica pacientes con colecistitis aguda con buenos resultados.

REFERENCIAS

1. Cuschiere A, Berci G, McSherry CK. Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1990; 159:273.
2. Kleiman A, Garcia P: Colectistectomia laparoscopica en ovejas. Rev. Argent. Cir. 1987; 52: 317-320.
3. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H, Coelioscopic cholecystectomy: preliminary report of 36 cases. Ann - Surg 1990; 211: 60-62.
4. Reddick EJ, Oslen D. Laparoscopic lasser cholecystectomy: a comparison with mini-lap cholecystectomy. Surg - Endosc 1989; 3: 131-133.
5. Graves H, Ballinger J, Anderson W. Appraisal of laparoscopic Cholecystectomy. Ann Surg 1991; 213: 655-661.
6. Gadacz T, Talamini M. Traditional Versus Laparoscopic Cholecystectomy: Am J Surg 1991: 161: 336-338.
7. Oslen D. Laparoscopic Cholecystectomy: Am J Surg 1991: 161:339-343.
8. Voyles R, Petro A, Meena A, Hiack A, Koury M. A practical approach to laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991:161: 365-370.
9. Berci G, Sackier M. Los Angeles esperience with laparoscopic Cholecystectomy: Am J Surg 1991: 161:382-384.