

11209
85
207



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**ESTUDIO COMPARATIVO:
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
Y CONVENCIONAL**

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DRA. MARIA VERA DIAZ

ASESORES COAUTORES:

**DR. ARTURO GALICIA RODRIGUEZ
DR. LUIS GERARDO SANCHEZ BRITO**



IMSS

PUEBLA, PUE.

1993

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



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

	PAG
1.- INTRODUCCION.....	1
2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3
3.- JUSTIFICACION.....	5
4.- OBJETIVOS.....	5
5.- MATERIAL Y METODOS.....	7
6.- TECNICA QUIRURGICA.....	11
7.- CUIDADOS POSTOPERATORIOS.....	22
8.- RESULTADOS.....	22
9.- DISCUSION.....	33
10.- CONCLUSIONES.....	35
11.- BIBLIOGRAFIA.....	37

INTRODUCCION

En forma reciente la laparoscopia ha sido una promesa en el tratamiento de los desórdenes quirúrgicos tales como: la - colelitiasis, apendicitis y adherencias intra-abdominales. Procedimientos tales como la adheriolisis la que hasta el momento, ha sido vista como inefectiva, a través de incisiones abdominales abiertas, han generado renovado interés con una puncción abdominal. (1)

Operaciones standart como la colecistectomía y apendicectomía mantienen al paciente hospitalizado por varios días y - fuera del trabajo por varias semanas; por lo que resulta más atractivo para éstos la alternativa de ser sometidos a técnicas laparoscópicas, disminuyendo así la estancia hospitalaria y días de incapacidad. (2,3,4)

Dentro de la patología del aparato digestivo la litiasis vesicular es una de las primeras causas de cirugía, siendo el tratamiento de elección la colecistectomía. De acuerdo con algunos reportes se requiere de practicar coledocotomía en una frecuencia del 13 al 30% dependiendo de la edad de los pacientes, y sólo en un 10% se encuentran litos en la vía biliar. - (3,4)

Con el proceso tecnológico y avances consecuentes dentro de la medicina, han permitido realizar cirugías que consisten en incisiones de menor tamaño en relación a las cirugías convencionales, siendo los resultados iguales o mejores. (3,4)

La colecistectomía laparoscópica es la que más difusión y controversias ha tenido en los últimos dos años. Las ventajas evidentes de este tipo de cirugía son: La pronta recuperación de los pacientes, molestias mínimas postoperatorias, rápido egreso hospitalario y una reincorporación a sus actividades cotidianas en general entre los 5 y 7 días. (1,2,3,4,5)

Existen desde luego limitantes técnicas por el momento: Como la dificultad considerable en paciente con obesidad extrema y que aún no es factible abordar la vía biliar. Sin embargo, y teniendo en cuenta todos estos pormenores se considera que el 90% de los pacientes con litiasis vesicular son tributarios a este tipo de cirugía (5,6). Este porcentaje se puede incrementar teniendo como alternativa a la esfinterotomía transduodenoscópica, con extracción de cálculos o bien apoyándose en la litotripsia en casos seleccionados (5,6,7,8,9,10), lo que probablemente sea considerado en el futuro para mejor manejo de los casos de coledocolitiasis y colelitiasis.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Fue Ott en 1901 quien introdujo la inspección de la cavidad abdominal al realizar una cirugía ginecológica. En 1902 - aparecen informes de las primeras celioscopías. En 1910 por primera vez se utiliza la laparoscopia para describir patología intra-abdominal como la cirrosis, lués, tuberculosis y tumores. En 1911 se describe un método de exploración abdominal a través de un proctoscopio con el que se observa por primera vez la curvatura menor y mayor del estómago, vías biliares e hígado. (8,11,12,13)

En 1912 se publica el uso de un trocar endoscópico para visualizar la pelvis de un cadáver femenino. (8,14,15,16)

En Europa se publican trabajos de Tedesco (1912), Reunon y Rosenthal (1914) usando esta técnica en pacientes con diagnósticos de enfermedades hepáticas. (8,17,18,19).

Otros que han influido en el desarrollo de la laparoscopia son: Ruddock, Jope, Benedict, Meigs, Belling, y Decger. - En 1946 se perfecciona la técnica de Celioscopia ginecológica (8)

Las publicaciones de Fear (1968) y las de Cohen muestran gran interés por la laparoscopia comparándola con la culdoscopia. Posteriormente se publican esterilizaciones tubáricas. (2,3).

La evolución de la técnica quirúrgica en la cirugía biliar ha brindado en las dos últimas décadas procedimientos --

que no solo persiguen detectar la etiopatogenia de la enfermedad, sino también reducir la morbilidad, los costos y la estancia hospitalaria. (3,4,5,6,7,8, 20,21,22)

En 1964 se sistematiza y difunde la técnica de extracción incruenta de cálculos de las vías biliares principales - (5,23)

En 1974 se introduce la técnica de papilotomía endoscópica y más recientemente apendicectomías y colecistectomías endoscópicas. (1,2,3,4,8,23,24)

Es la endocolecistectomía la que más difusión y avances ha tenido en los dos últimos años. (4,7,9,10,11)

Es Dubboise el primero en informar de sus trabajos en endocolecistectomía (1987), y desde 1988 Reddick y Olsen publican sus primeras experiencias. (12,13,14,15,17,23,24,25)

En la República Mexicana esta modalidad quirúrgica se ha venido realizando desde 1990, reportándose excelentes resultados. (4)

JUSTIFICACION

Una modalidad terapéutica actual es la colecistectomía - laparoscópica que reviste gran importancia dadas las ventajas reportadas en la literatura mundial; pudiendo puntualizar sus resultados en la reintegración pronta del paciente, así como la minimización de la sintomatología postoperatoria, documentándose iguales o mejores resultados al compararse con la colecistectomía convencional.

El presente trabajo compara la experiencia del procedimiento endoscópico en la práctica quirúrgica con pacientes intervenidos en la forma tradicional.

OBJETIVOS

1. GENERALES:

- Dar a conocer la experiencia obtenida en pacientes tratados en la práctica diaria por medio de la colecistectomía laparoscópica en casos de litiasis vesicular.
- Comparar la técnica tradicional con la laparoscópica.

2. ESPECIFICOS:

- a) Describir las características de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.
- b) Describir las ventajas y desventajas de la misma.
- c) Determinar los resultados a largo plazo.
- d) Comparar los resultados con los pacientes sometidos a - colecistectomía abierta.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Todo paciente que sea tratado de litiasis vesicular.
- Que sea visto de forma extrainstitucional por los investigadores.
- Sesenta pacientes al azar intervenidos durante el periodo de enero de 1991 a enero de 1992 de colecistectomía tradicional en el Hospital de Especialidades del Centro Médico - Nacional Gral. Manuel Avila Camacho del IMSS y que tenga expediente clínico íntegro.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no tengan expediente clínico o éste sea incompleto.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes que no acepten el procedimiento endoscópico desde el inicio.
- Pacientes para el grupo de laparoscopia que tengan sobrepeso de más del 50%, pancreatitis aguda, que tengan coledocolitiasis, trastornos hemorrágicos, colangitis aguda, peritonitis, hipertensión portal, operación abdominal alta previa.

MATERIAL Y METODOS

El grupo de estudio fué conformado por sesenta pacientes, - los que fueron seleccionados de la población atendida en el - medio extrainstitucional en la ciudad de Puebla durante el pe- ríodo de enero de 1991 a enero de 1992, sometidos a colecis- tectomía laparoscópica a quienes denominaremos grupo 1. El -- grupo comparativo consistió de una serie de 60 pacientes some- tidos a colecistectomía clásica operados durante enero de -- 1991 a enero de 1992 y manejados en el Hospital de Especiali- dades de Puebla del Centro Médico Nacional "Gral. Manuel Avi- la Camacho" del IMSS, a quienes denominaremos grupo 2.

Todos los pacientes del grupo 1 fueron informados del -- procedimiento endoscópico inicialmente y de la posibilidad de una laparotomía subsecuente a lo que todos dieron su consenti- miento. De éstos: Cincuenta fueron del sexo femenino y 10 del sexo masculino. La edad promedio fue de 51.5 años (con un ran- go de 17 a 86 años).

Todos los pacientes tenían historia clínica de intoleran- cia a los colecistoquinéticos, no antecedentes de ictericia, coluria o acolia, en relación con patrón obstructivo, diagnós- tico de certeza por medio de ultrasonido de hígado y vías bi- liares, y colecistografía oral en siete de los pacientes, des- cartándose en todos los casos coledocolitiasis.

Todos los pacientes contaron con preoperatorios básicos y PFH complementarias. Veinte pacientes de la serie de ubica-

ron por arriba de los 50 años por lo que se les realizó valoración cardiovascular preoperatoria. Cincuenta y cinco pacientes fueron programados en forma electiva y los cinco restantes se programaron con carácter de urgente, 7 pacientes con riesgo quirúrgico alto por cardiopatía, siete diabéticos controlados. 20 pacientes de la serie habían tenido antecedentes de cirugía abdominal baja.

Todos los pacientes son monitorizados transoperatoriamente. De los 60 pacientes elegidos para este estudio: 15 fueron operados bajo bloqueo peridural alto, los 45 restantes bajo anestesia general orotraqueal. Antes de iniciar la cirugía se les coloca SNG para prevenir con ésto la distensión estomacal y facilitar la exploración endoscópica. Para la realización de la cirugía se le colocó al paciente en posición de Trendelenburg a 10° y facilitar con ésto la inserción de la aguja de insuflación.

Para la realización de la misma, se emplearon un laparoinfluador Storz automático de alto gasto con cilindro de CO2 medicinal manteniendo la presión intraperitoneal entre 12 y 14 mm de mercurio utilizando para ésto 25 lts de CO2 por paciente para crear el Pneumoperitoneo. Una cámara de Video - ELMO (USA), un telecopio Storz de 10 mm con fuente de luz de 250 watts, aguja de insuflación de solución salina fisiológica, un equipo de instrumentos endoscópicos, tijeras con coagulación, forceps atraumáticos para detener la vesícula, for-

ceps para coagulación usados para la hemostasia, un aplicador de clips y un electrocauterio monopolar Valeylab. El equipo quirúrgico es integrado por el cirujano, un primer y segundo ayudante, la enfermera instrumentista y circulante y el --anestesiólogo.

De los 60 pacientes del grupo 2; 45 son del sexo femenino y 15 del sexo masculino, con un rango de edad entre 21 y - 86 años. Se les efectuó los siguientes estudios: Historia clínica de colecistopatía, preoperatorios básicos (B.H., Q.S., - E.G. O., TPT, y TTP, colecistografía oral y/o ultrasonido de hígado y vías biliares. A los pacientes mayores de 40 años se les efectuó rayos X de tórax, EKG y valoración cardiovascular (50 pacientes que corresponden al 83%). 15 pacientes diabéticos controlados, 30 obesos, 24 pacientes con cardiopatía hipertensiva controlada y 2 con marcapaso definitivo.

Todos los pacientes fueron operados bajo anestesia general orotraqueal y monitorizados durante la cirugía. Se les colocó SNG para evitar distensión estomacal.

A todos los pacientes se les efectuó colangiografía - - transoperatoria.

El equipo estuvo integrado por Cirujano, primer y segundo ayudante, instrumentista y circulante; técnico radiólogo.

El material utilizado es un equipo para cirugía de vías biliares, electrocoagulador, aparato portátil de Rx, seda libre de 00, 000, catgut crómico simple 000, crómico con aguja

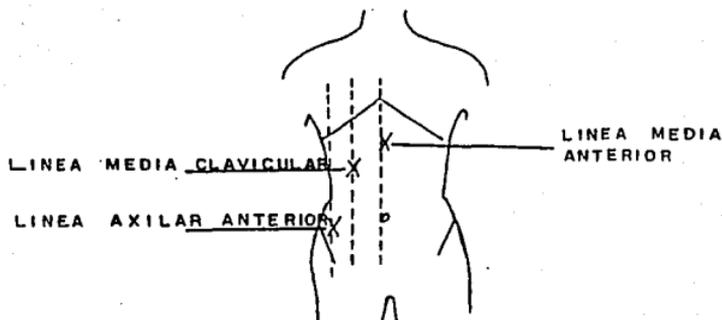
ooo T-10, vicryl. 000, 0 T - 10, Nylon 000, penrose de 3/8 o --
1/4, medio de contraste diluido al 50%, catéter delgado. En
caso de exploración de vías biliares, Sonda T (Kerr).

TECNICA QUIRURGICA

La colecistectomía laparoscópica efectuada en el grupo 1 consistió en lo siguiente: el área más delgada de la pared abdominal anterior hacen del ombligo el sitio ideal para efectuar la incisión en donde insertar la aguja de insuflación. Se coloca al paciente en posición de Trendelenburg a 10-15 grados (decúbito dorsal lateralizado a la izquierda). Asepsia, antisepsia de la pared abdominal y colocación de campos estériles. Se hace con el bisturí tres incisiones.

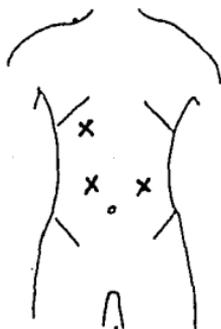
1. Una a nivel de la línea media anterior sobre la cicatriz umbilical para la colocación del laparoscopio, de un cm. de longitud.
2. Una incisión a nivel de la línea media clavicular para la introducción del electrocauterio y el endoclips de 0.5 cm
3. Otra incisión más a la derecha de la línea media a 3 cm. de distancia entre el xifoides y la cicatriz umbilical en el que se introduce el retractor del hígado.

En algunos casos se hace una cuarta incisión a nivel de la línea axilar anterior para introducir la pinza de prehesión de la vesícula biliar como sucedió en sólo uno de nuestros pacientes por falla de uno de los trócars.



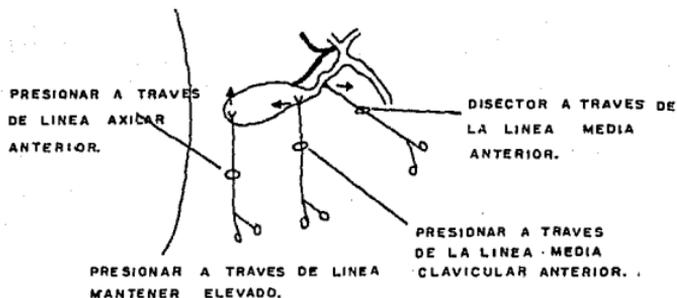
Se introduce el CO₂ a través de la aguja de insuflación que se toma entre el dedo índice y pulgar insertándose a través de la inscisión de la pared, creándose un pneumoperitoneo con la aplicación de 25 lts. de CO₂ para cada paciente manteniendo con esto una presión de 14 mm. de HG. Después de la insuflación e inserción de el trócar umbilical, el laparoscopio es insertado a través de la inscisión supraumbilical y se gira cefálicamente, secundariamente 5 mm. de trocar son insertados en la línea media clavicular dos dedos por abajo del margen costal derecho; en la línea axilar anterior tres traveses de dedo por debajo del margen costal derecho y un tercio de la distancia entre xifoides y el ombligo justo a la derecha de la línea media. Un trócar de 11 mm. puede ser substituido por el trócar de la línea media para acomodar el diámetro más grande ó más ancho del aplicador del clip. Una reducción de 10 a 15 mm. es empleada para mantener el pneumoperitoneo cuando se insertan instrumentos pequeños. Posteriormente cuando -

el aplicador del clip es usado el orificio ó puerta de 11 mm. permite una inserción segura. Se cuida de no tomar ni lesionar los vasos epigástricos con el trócar medio clavicular, o el ligamento falciforme con el trócar de la línea media. Los forceps, cánulas y otros instrumentos pueden ser insertados a través de sus envolturas.

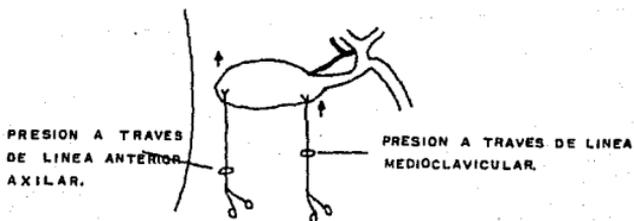


SITIOS ALTERNATIVOS DE INSUFLACION.

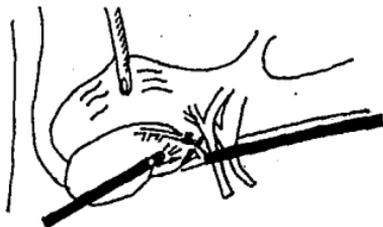
Se pinza el fondo de la vesícula biliar y se tracciona - en dirección cefálica el hígado con ayuda del retractor, con lo que se expone la bolsa de Hartman.



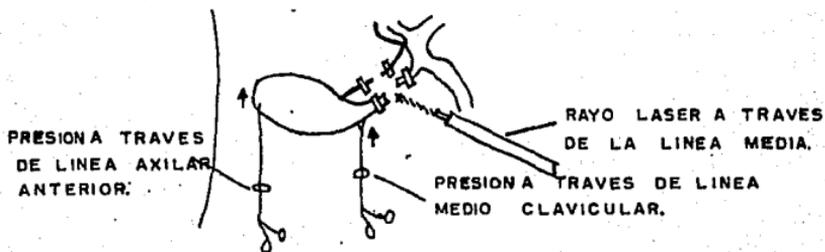
Utilizando un disector se disecciona el cístico y su arteria hacia la parte superior de la línea media accesoria. El colon y el duodeno pueden ser retraídos inferiormente con el laparoscopio.



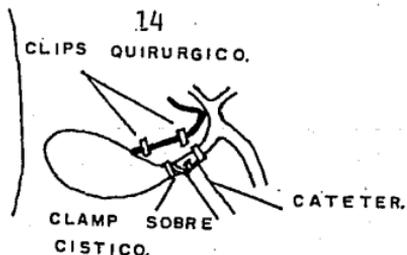
Mediante una tijera laparoscópica, se hace una insinción sobre la reflexión peritoneal del ligamento hepatoduodenal -- desde el conducto cístico y arteria facilitando su disección. Después de exponer la arteria y conducto cístico aplicamos -- una grapa insertándola cuidadosamente a través de la cánula -- colocada en la línea media claviclar. Dos grapas más se colocan proximales y distal a cada una de estas estructuras.



Se cortan la arteria y el conducto cístico.

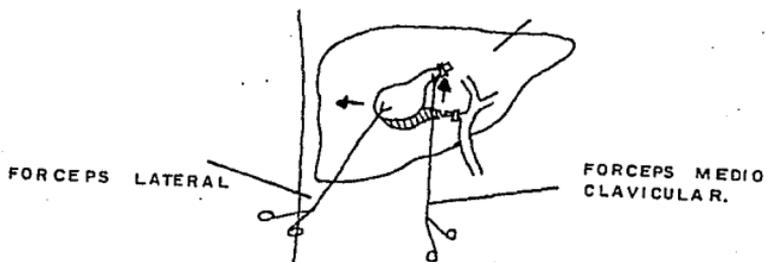


Las microtijeras disectoras son introducidas a través --
 -- del orificio lateral y se hace un corte parcial a través del
 conducto cístico. Una aguja guía se introduce en el orificio
 lateral y se inserta el catéter de colangiografía a través de
 la guía y dentro del conducto cístico. El clip aplicador es -
 introducido a través del orificio de la línea media. El caté-
 ter de colangiografía es tomado con un clip quirúrgico. Se pa
 sa 50 a 60 cc. de medio de contraste al 50% y se toman las --
 placas del colangiograma. La línea media y medioclavicular en
 vueltas pueden interferir con la visualización del conducto -
 biliar común a menos que éstos sean sostenidos paralelamente
 a la línea media.



Si un clip quirúrgico es usado para asegurar el catéter
 en el conducto cístico, el clip es removido y entonces el ca-
 téter y el conducto cístico es cerrado con dos clips coloca--
 dos cerca del conducto biliar cuidadosamente para no involu--
 crar al conducto común. Antes de efectuar cualquier manipula-
 ción de la vesícula es drenada ésta para evitar su ruptura ac

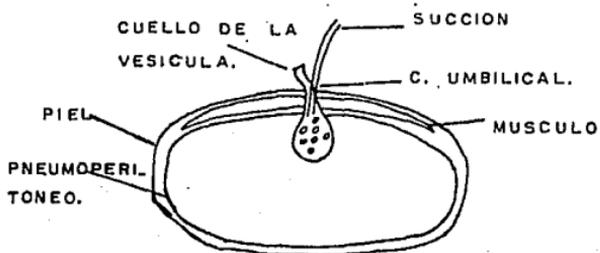
cidental y ésto se consigue puncionándola. El cuello de la vesícula es retraído lateralmente por forceps a través de la insición medioclavicular. Se va disecando la vesícula biliar de su lecho hepático iniciando por la bolsa de Hartman hacia el fondo de la vesícula para ésto se utiliza electrocauterio que es introducido a través del orificio medial y el conducto cístico y arteria son seccionados.



Antes de completar la separación de la vesícula biliar - el lecho hepático es irrigado con solución salina isotónica - y se examinan los posibles sitios sangrantes y de escape biliar, se coloca un penrose por el orificio lateral medio clavicular.

La vesícula es removida cuidadosamente hacia la insición umbilical. El laparoscopio es retirado desde el ombligo y pasado a través de la envoltura de la línea media superior o -- por un diámetro pequeño. Una lente de 4 mm. es insertada en -

el orificio medio clavicular para revisar la manipulación y -
 resección de la vesícula biliar, es entonces tomada por el --
 cuello por los forceps. Un forceps diferente tomando este cue-
 llo es pasado a través de la inscisión umbilical y el cuello -
 de la vesícula biliar es apretado. La vesícula es entonces ex
 traída del abdomen a través de la inscisión umbilical. Se pro-
 cede a una revisión de la cavidad abdominal, se extrae la cá-
 nula trócar, retirándose el pneumoperitoneo.



Se procede al cierre de las inscisiones efectuadas con --
 puntos Sarnoff o con un clip quirúrgico suturando sólo fascia
 y utilizando sutura absorbible subcutánea.

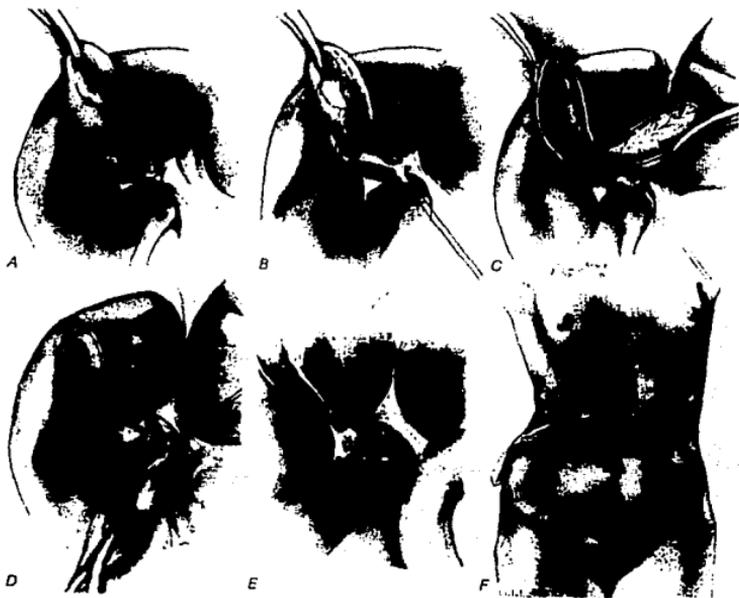
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL

TECNICA QUIRURGICA:

Bajo anestesia regional o general orotraqueal, asepsia, antisepsia de la región abdominal, con el paciente en decúbito dorsal; colocación de campos estériles, se llega a la vesícula a través de una insición subcostal en el cuadrante superior derecho (Kocher o Courvoisier), a través de una insición paramedia derecha vertical, o a través de una insición en la parte superior de la línea media (a). Se disecciona por planos, hemostasia, hasta llegar a la cavidad, se expone el campo operatorio. A menudo si hay adherencias entre la vesícula, se disecan éstas mediante disección cortante y se identifica la arteria cística misma que se liga doblemente y secciona (Fig. A) Sección del peritoneo que cubre la vesícula para localizar el cístico, se dirige la disección hasta la unión del cístico -- con el colédoco. Sección del cístico a tres mm del colédoco - (Fig. B-C). Luego de ligar y seccionar el cístico se disecciona la vesícula en forma retrógrada hasta el fondo y Fig. D). Se introduce el catéter en el cístico, le fijamos con seda 00, - (algunas veces esto se puede hacer antes de diseccionar la vesícula). Con medio de contraste diluido al 50%, se toma la colangiografía, y si después de estos las vías biliares están sin litiasis, se procede a retirar el catéter y ligar el cístico a 3 mm de su desembocadura con el colédoco con vicryl 00 o se peritoniza el lecho vesicular con sutura absorbible. Se deja

un penrose por contrabertura que llegue hasta el hiato de --
Wislow y lecho vesicular. (Fig. e).

Después son afrontados los bordes de la herida por planos.
peritoneo con crómico 0, aponeurosis con vicryl o, tejido ce-
lular con simple o crómico 000, piel y subcutáneo con nylon -
000.



Resultados del Grupo 1

A todos los pacientes del grupo 1 se les aplicó tres dosis de cefalosporina de 750 mg. en el pre, trans y postoperatorio; excepto a tres casos a los que se les encontró piocolecisto, a los que se les indicó esquema completo de cefalosporinas por 10 días, además de esquema de ami-kacina. También se les manejó con antiemético (metoclopramida, analgésico -- por uno o dos días más hielo sobre hipocondrio der las -- primeras 48 hrs. del postoperatorio, intermitente 15 min. cada 2 hrs. Al final de la cirugía es retirada la SNG previa aspiración del estómago.

La ambulación la iniciaron a las 8 hrs un 60% (36 pac) y el 40% restante a las 18-20 hrs. (24 pac).

Un 20% de los pacientes (12) iniciaron la v.o. a las 8 hrs. El resto 80% (48) a las 20 hrs. (Cuadro 5).

El primer paciente de la serie tenía hidrocolecisto y al manipular presenta ruptura accidental de la vesícula, por lo que en cirugías posteriores se puncionó ésta y drenó primero para así trabajar con vesícula vacía. Por este accidente el tiempo quirúrgico fue de 3.5 hrs. Los demás procedimientos quirúrgicos duraron 1.15 hrs. en promedio. (cuadro 2).

El tiempo de hospitalización fue de 12-48 hrs, en términos generales y sólo a los pacientes de la serie los que se les sometió a colecistectomía convencional por dificultades técnicas permanecieron hospitalizados de 5 a 6 días. Otro más

permaneció hospitalizado 3 días por cursar con hiperglucemia al cual era paciente diabético mal controlado, y presentó - psicocolecisto. (cuadro 6).

Todos los pacientes que no presentaron complicaciones se incorporaron a sus actividades entre el 5o y 7o día (Cuadro 10).

Conversiones

A tres pacientes se les hizo colecistectomía convencional: Al primero por encontrarse psicocolecisto, otro más al término de el procedimiento endoscópico y tratar de sacar la vesícula, ésta se suelta de la pinza y se perdió entre los intestinos siendo difícil su localización. El último se trataba de un paciente muy obeso en que había muchas dificultades técnicas.

Resultados del grupo 2

De la serie de pacientes sometidos a colecistectomía convencional 42 evolucionaron satisfactoriamente. De los 18 restantes; uno de los primeros a las 24 hrs. del postoperatorio presentó datos de irritación peritoneal, drenaje hemático por penrose por lo que fue sometido a laparotomía, detectándose lesión hepática causada por la valva durante la colecistectomía en la cara posterior del lóbulo derecho; se reparó la lesión y evolucionó sin problemas. Se les drenaron 500 cc de -- sangre. (cuadro 7).

Tres pacientes de la serie presentaron dehiscencia par-

cial de la herida quirúrgica, misma que se resuturó a los 5 - días. Dos pacientes presentaron granuloma de la herida de la herida por rechazo al material de sutura, se manejaron en forma conservadora. Hubo tres abscesos de pared que se manejaron con curación diaria antibióticos y cierre de la herida por segunda intención (cuadro 9). Cuatro pacientes presentaron cicatrices queloides, 3 cicatriz hipertrófica. En estos últimos - 7 no se hizo nada (Cuadro 7).

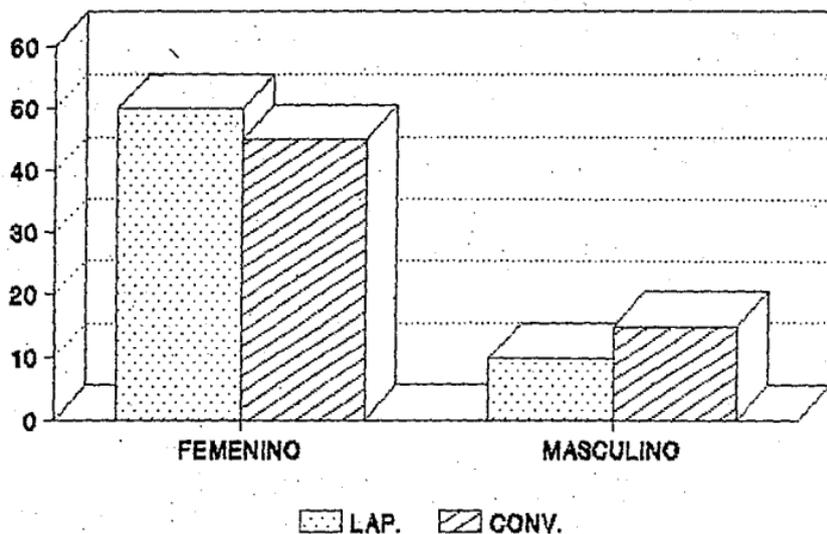
Hubo dos fistulas biliares que se manejaron con "apoyo - nutricional; una de éstas se resolvió a los 40 y otra a los - 60 días (cuadro 9).

De los 60 pacientes a todos se les efectuó colangiografía transoperatoria. A 12 se les dejó sonda T(Kerr). Esta se retiró posterior a colangiografía de control en 8 de los 40 - días a los otros 4 a los 60 días.

Aunque la mayoría de los pacientes fueron egresados a -- los 7 días; éstos siguieron aquejando dolor de la herida quirúrgica importante y se incorporaron a sus labores cotidianas a los 40 días en términos generales en caso de no complicaciones o colocación de sonda T en los que la incapacidad se prolongó a 69 y 80 días (cuadro 8).

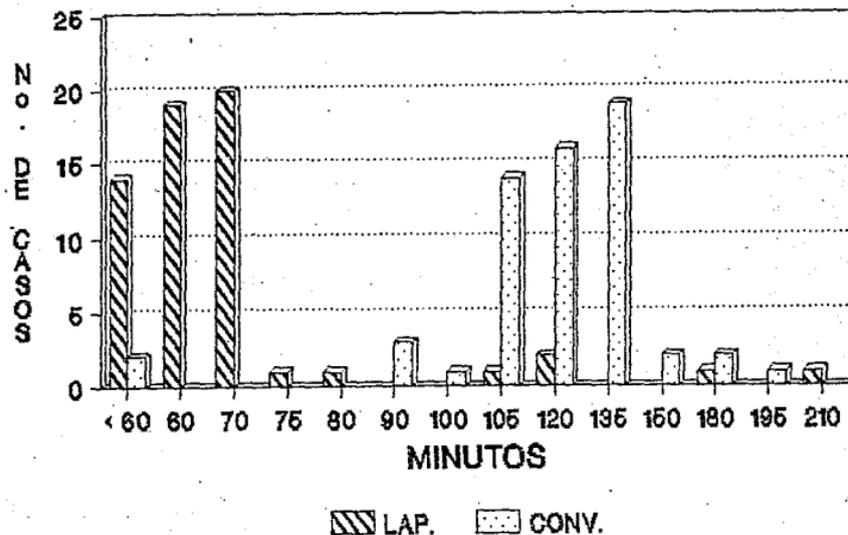
CUADRO 1

ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. POR SEXO



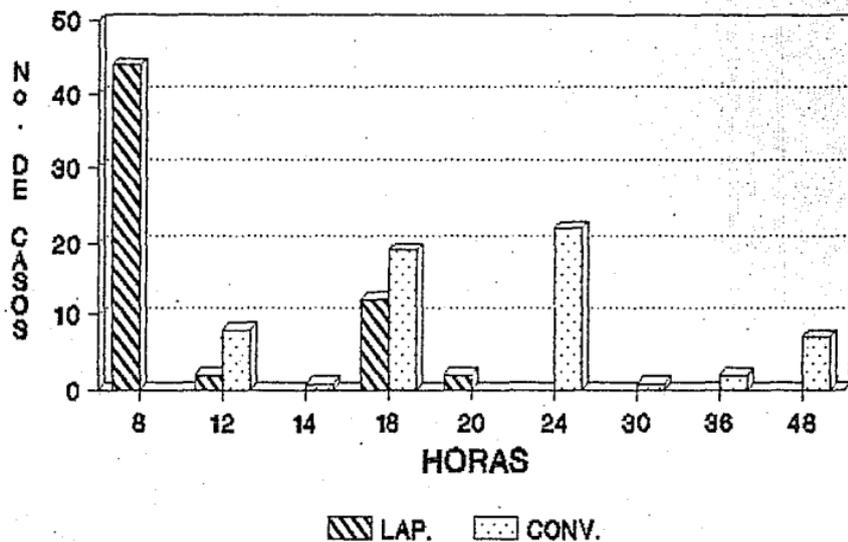
FUENTE: DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

ESTUDIO COMPARATIVO: COLEG. LAP. Y CONV. TIEMPO QUIRURGICO



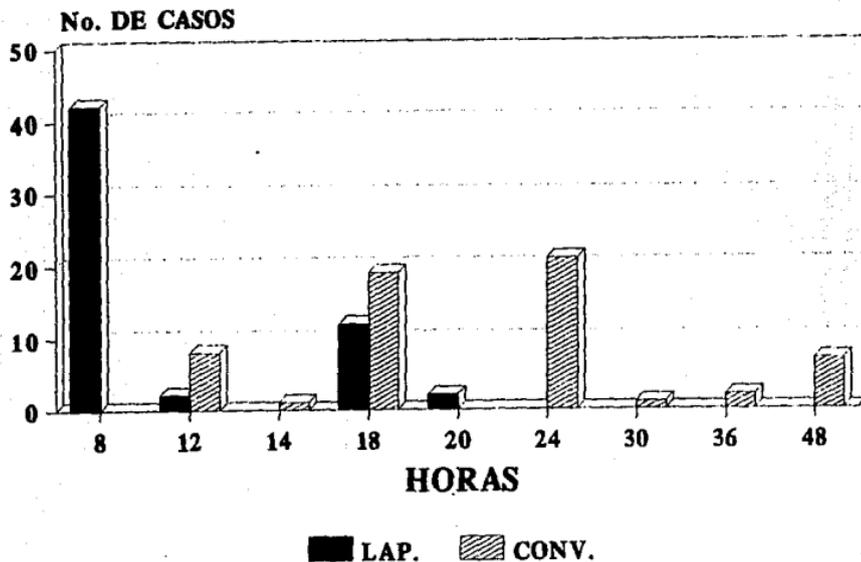
FUENTE: DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. POR SEXO E INICIO AMB.



FUENTE: DR. L.G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

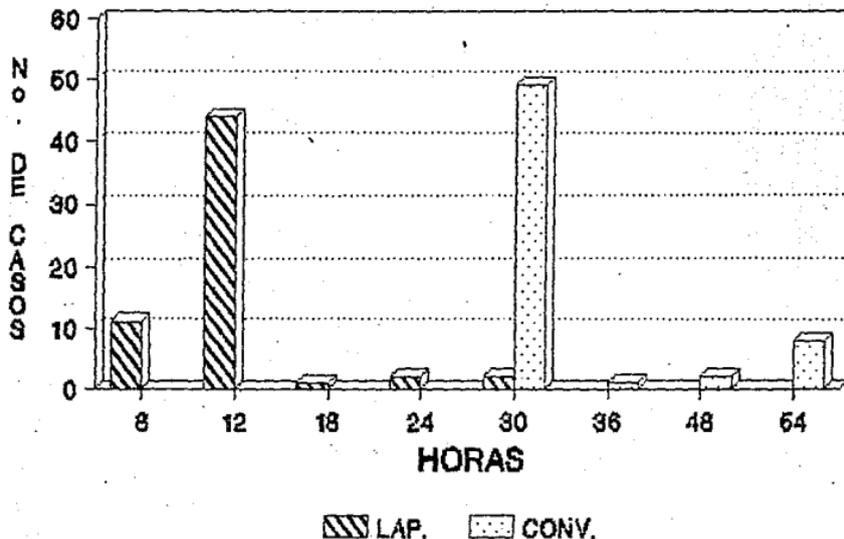
ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV RELACION TEC. QX. AMBULACION



FUENTE: DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

CUADRO 5

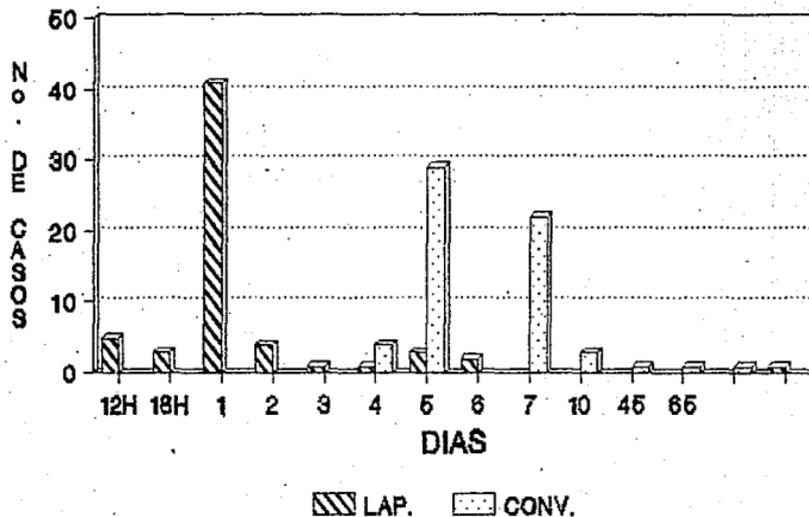
ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. INICIO DE VIA ORAL



FUENTE: DR. L.G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IM88

CUADRO 6

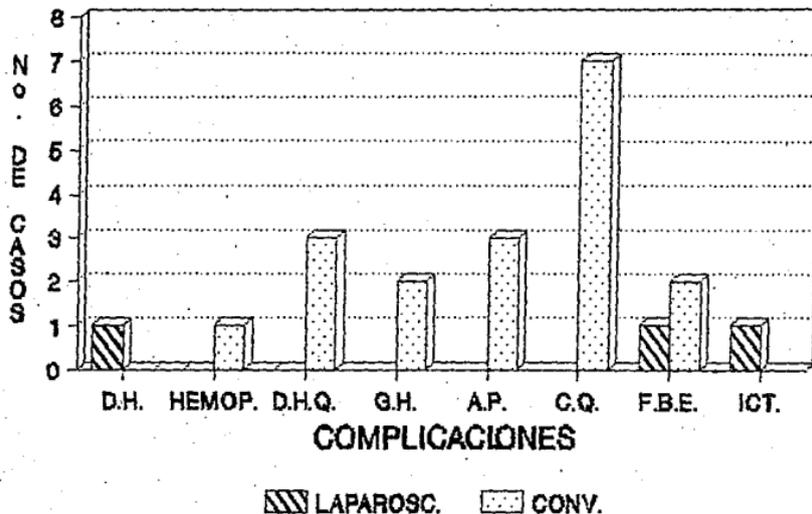
ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. ESTANCIA HOSPITALARIA



FUENTE: DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

CUADRO 7

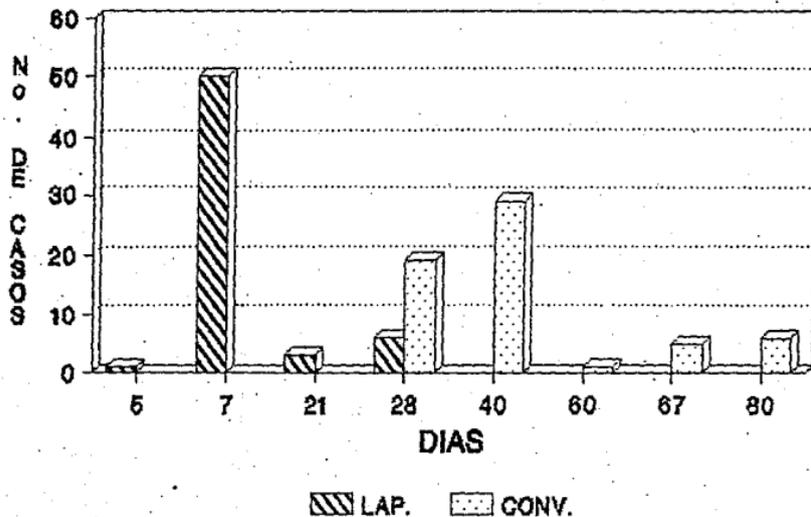
ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. COMPLICACIONES P.O.



FUENTE DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

CUADRO 8

ESTUDIO COMPARATIVO: COLEC. LAP. Y CONV. DIAS DE INCAPACIDAD



FUENTE: DR. L. G. SANCHEZ BRITO
H.E.P.C.M.N.M.A.C. IMSS

DISCUSION

Se trata de un estudio retrospectivo, comparativo, descriptivo y observacional entre dos grupos de pacientes a los que se les describe como grupo 1 y grupo 2. Cada grupo consta de 60 pacientes; cabe hacer mención que el grupo 1 fue intervenido por un solo cirujano en forma protocolaria prospectivamente. El grupo 2 es un grupo seleccionado al azar e intervenido en un hospital de concentración del 3er nivel de atención.

El grupo 1 es integrado por 50 pacientes del sexo femenino y 10 pacientes del sexo masculino. El grupo 2 por 45 pacientes del sexo femenino y 15 del sexo masculino (Cuadro 1)

El tiempo quirúrgico en el grupo 1 fue en promedio de 1.15 hrs, (con un rango de 1 a 3.5 hrs. En el grupo 2 se tuvo un promedio de 2.15 hrs. (con un rango de 1 a 3.5 hrs. (Cuadro 2).

Los pacientes del grupo 1 inician la ambulación en promedio a las 8 hrs postcirugía (45 pacientes) y el resto entre las 12 y 18 hrs (cuadro 3). Mientras que en el grupo 2 inician los pacientes esta a las 30 hrs en promedio (con un rango de 12 a 48 hrs). (Cuadro 4).

Los pacientes del grupo 1 inician la v.o. entre las 8 y 12 hrs. (97%) El resto entre las 18 y 30 hrs posteriores. En tanto en el grupo 2 los pacientes la inician promedio a las 44 hrs. (con un rango de 36 y 54 hrs.). (Cuadro 5).

La estancia hospitalaria del grupo 1 fue en promedio de 12 a 48 hrs. Mientras que en el grupo 2 fue en promedio de -- 22.5 días con un rango de 4 a 65 días. (Cuadro 6).

En el grupo 1 uno de los pacientes siete días después de la cirugía presenta ictericia secundaria a quemaduras del lecho vesicular con el electrocauterio. Otro más se complica -- con fistula biliar externa que se resolvió a las dos semanas. Lo que representa un porcentaje de 3.3% (Cuadro 7).

En tanto en el grupo 2 se presentaron complicaciones tales como: 3 dehiscencias parciales de herida quirúrgica, 3 abscesos de pared, un paciente presenta hemoperitoneo en las -- hrs del Postoperatorio, dos granulos de herida quirúrgica, -- dos pacientes presentaron fistula biliar externa. Cabe mencionar que 7 pacientes presentaron cicatriz de tipo queloides -- (Cuadro 7).

Los pacientes del grupo 1 se incorporaron a sus actividades entre los 5 y 7 días, mientras que los del grupo 2 se incorporan en promedio general entre los 55 días, con un rango de 28 y 80 días). (Cuadro 8).

CONCLUSIONES

En base a los objetivos trazados y que motivaron este estudio comparativo entre dos grupos de pacientes a los que se les manejó: Grupo 1 con colecistectomía laparoscópica y al -- Grupo 2 con colecistectomía convencional, ambos con historia de litiasis vesicular. Se describen como resultados de este estudio ventajas primordiales de que es posible en nuestro medio efectuar la colecistectomía laparoscópica con un alto grado de confiabilidad y efectividad y con resultados iguales ó mejores que con la colecistectomía convencional. En nuestro grupo de estudio son reportadas ventajas tales como:

- Inicio de la ambulación y de la vía oral más rápida que con el método convencional.
- La estancia hospitalaria es menor.
- El paciente tiene menos molestias postoperatorias y se reincorpora a sus actividades cotidianas en un plazo no mayor de 7 días.
- Secundario a todo lo anterior los costos son menores.
- Los resultados hasta ahora reportados en nuestro grupo de estudio son satisfactorios obteniéndose mínima o nula morbilidad y reportamos cero mortalidad.
- Las complicaciones reportadas son mínimas y sin peligro.

Desde luego cabe mencionar que existen limitantes como son la obesidad extrema que dificulta la ejecución de la téc-

nica, que aún no es posible el abordaje de la vía biliar. Aun con ésto se considera que el 90% de los pacientes con litiasis vesicular son tributarios a colecistectomía laparoscópica con excelentes resultados.

En nuestra casuística presentada los resultados son similares a los reportados por otros autores y asienta las bases necesarios para la realización de la técnica laparoscópica en nuestro medio

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dubois F., P. Berhelot, G. et al: Coelioscopic Cholecystectomy; preliminary report of 35 cases. Ann Surg 211:60-62, 1990.
- 2.- Reddick EA, Olsen DO. Laparoscopic Laser Cholecystectomy: A comparison with mini-Lap Cholecystectomy. Surg Endosc. 3:131-133, 1989.
- 3.- Alfred C, C. Berci, Mc Sherry. Laparoscopic Cholecystectomy, Am Journal of Surgery, 159:273,1990.
- 4.- Gutiérrez Rodríguez, Ligia Mireya Grau, Alberto Rojas Magaña, Gustavo Mosqueda. "Colecistectomía Laparoscópica" - Karl Storz Endoscope. 1990.
- 5.- Reddick, E. "Laparoscopy for the General Surgeon". United States. Surgical Corporation. 1990.
- 6.- Ferzli G; Kloss D.A. Laparoscopic Cholecystectomy: 111 -- consecutive cases. AM-J. Gastroenterol, 1991 Sep;86 (9) - 1176-8.
- 7.- Perissat. "Gallstones: Laparoscopic treatment-cholecistectomy and lithotripsy. Our own technique "Surgical Endoscopy 4 (1): 1990: 1-5.
- 8.- Espino Cortés. H. "Técnica Laparoscópica en Cuba". Endoscopia (2). Enero-Marzo 1990: 67-72.
- 9.- Finberg, E. "Operative" Laparoscopy". Cholecystotomy y Endoscopy (21) 1989: 367.

- 10.- Salm, R. "Cholelithiasis-non Surgical intervention definitive and combined use". Fortscher Med 107 (32). -- Nov. 1989. 383-387.
- 11.- Kleimna. "Colecistectomía laparoscópica en ovejas". Re vista Argentina de Cirugía (6). Junio 1990: 317-320.
- 12.- Kusminsky, Re "Laparoscopy General Surgical" (see comments) "J Med Assoc Ga 79 (3), Mar 1990: 157-9.
- 13.- Orlando, R. "Validity of laparoscopy after abdominal surgery" Endoscopy 19 (4). Jul 1987: 150-2.
- 14.- Zucker, K "Atlas of Endoscholecystectomy" United States Surgical Corporation, 1990.
- 15.- Thomas R, Mark, Talamini. Keith. Colecistectomía Laparoscópica. Clinicas Quirúrgicas de Norteamérica, 1990 -- (6); 1263-1276.
- 16.- Pucci RO; Seed RW: Case report of Laparoscopic Cholecystectomy in the third trimester of pregnancy. AM-J - Obstet-ginecol; 1991 August; 165 (2); 401-2.
- 17.- Soper NJ. Laparoscopic Cholecystectomy. Curr-Probl-Surg 1991 Sep; 28 (9); 581-655.
- 18.- Mc.Allister DJ; D'Altorì RA; Snyder A. CT Finding after uncomplicated percutaneous Laparoscopic Cholecystectomy J Comput-Assist-Tomogr, 1991 Sep-Oct; 15 (5); 770-2.
- 19.- Alfred C. Berci, McSherry. "Laparoscopic Cholecystectomy. AM-J surgery. (159) March 1990-273.

- 20.- Akovbiantz A; Stoffel V; Wehrli H; Svarin I; Tedaldi R. Laparoscopic Cholecystectomy. Results and experiences 1 year following introduction of a new surgical technique (139 cases). Schweiz-Rundsch-Med. Prax; 1991 Aug 13; 80 (33); 821-5.
- 21.- Sackier JM; Berci G; Phillips G; Carroll B. The role of Cholangiography in Laparoscopic Cholecystectomy. Arch - Surg; 1991 Aug; 126(6), 1021-5; discussion.
- 22.- Brandon JC; Velez MA; Teplick SK; Mueller PR; Rattner - Dw Laparoscopic Cholecystectomy; evolution, early results, and impact on nonsurgical gallstone therapies - (AJR-AM Roentgenol; 1991 Aug; 157(2); 235-9.
- 23.- Wolff H; Noack F; Manger T; Krugers V. Laparoscopic Cholecystectomy An Alternative procedure in the treatment of symptomatic cholelithiasis. Zentralbl-Chir; - - 1991; 116(2); 129-36.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**