

11209

78

201

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

HOSPITAL REGIONAL '1o DE OCTUBRE'

"Complicaciones en..."

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Especialidad en Cirugia General

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Presenta:

Mora Alvarado, Vicente

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1994



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.

R. Ordoñez

DR. RAMON ORDOÑEZA MARTINEZ.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL.

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

HOSPITAL REGIONAL "1o. DE OCTUBRE".

[Handwritten signature and scribbles over the text above]

DR. ALEJANDRO TORT MARTINEZ.

COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA.

HOSPITAL REGIONAL "1o. DE OCTUBRE".

[Handwritten signature and scribbles]

DR. MARIO RIOS CHIQUETE.

COORDINADOR DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.

HOSPITAL REGIONAL "1o. DE OCTUBRE".

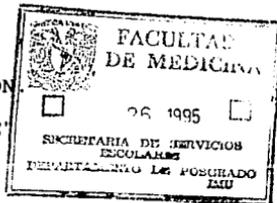
[Handwritten signature]

DR. HORACIO OLIVERA MARTINEZ.

VOCAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

HOSPITAL REGIONAL "1o. DE OCTUBRE".

[Handwritten signature]



DR. FERNANDO UGALDE VELASQUEZ.

MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS.



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DEL ESTADO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

COMPLICACIONES EN
COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA

REVISION DE 400 PACIENTES
ABRIL DE 1991 A MAYO DE 1993.
EN EL HOSPITAL REGIONAL "1o. DE OCTUBRE"

TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
CIRUGIA GENERAL

DR. VICENTE MORA ALVARADO.

DOM: ABASOLO No. 70.
CIUDAD HIDALGO, MICH.
TEL: 4 06 38.

DEDICATORIAS.

A MIS PADRES:

**SRA. ANA MARIA ALVARADO VERGARA Y
PROF. VICENTE MORA CONTRERAS.
MI MAS SINCERO AGRADECIMIENTO
POR SU APOYO MORAL.**

A MI ESPOSA LAURA Y A MI PEQUEÑA HIJA
ANA JOSELYN.

POR SU PACIENCIA, COMPRENCION Y
SU APOYO MORAL.

I N D I C E .

TEMA.....	1
RESUMEN.....	2
SUMMARY.....	3
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	6
RESULTADOS.....	8
GRAFICAS.....	13
CONCLUSIONES.....	26
REFERENCIAS.....	27

I.- T E M A .

C O M P L I C A C I O N E S

E N

C O L E C I S T E C T O M I A

L A P A R O S C O P I C A .

R E S U M E N .

En los últimos años los métodos diagnósticos y terapéuticos han experimentado un desarrollo considerable relacionados a las técnicas laparoscópicas incluyendo la videoendoscopia y la endoscopia terapéutica que con sus grandes adelantos ofrecen al cirujano un método menos traumático, con menos complicaciones, estancia hospitalaria más corta, mejores resultados estéticos, reinicio de actividades a menor tiempo y otras ventajas de acuerdo al procedimiento que se realice. En este estudio se revisaron los expedientes de 400 pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del Hospital Regional "10. de Octubre". Se hizo un estudio retrospectivo considerando ambos sexos sin distinción de edad y se incluyeron pacientes con toda la gama de patología inflamatoria de la vesícula biliar. La fuente de pacientes fue la consulta externa y el servicio de urgencias del hospital. El índice global de complicaciones presentado fue del 4.5%. Las que se dividen en complicaciones mayores: Fístula biliar 4 pacientes [1%], ictericia postoperatoria 2 pacientes [0.50%], por hepatitis infecciosa y litiasis residual respectivamente, absceso 1 paciente [0.25%], sangrado 2 pacientes [0.50%]. Las complicaciones menores incluyen infección de herida quirúrgica en la cicatriz umbilical 5 pacientes [1.25%]. La mortalidad operatoria fue de 3 pacientes [0.75%] por fístula biliar y sepsis, cirrosis hepática e insuficiencia hepática postoperatoria y otro paciente con insuficiencia renal crónica anúrica respectivamente. La prevención de las complicaciones depende de la selección de pacientes, de una meticulosa técnica, de un conocimiento de la anatomía de vías biliares, un entrenamiento adecuado y una actitud de aceptación hacia la conversión a colecistectomía "abierta".

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, complicaciones.

S U M M A R Y .

On the last years the diagnosis and therapeutic methods related to the Laparoscopic Technics have been developing including the videoendoscopy and the therapeutic endoscopy which with its developing has offer the surgeon a less traumatic method with minor complications, less time at the hospital, best stetic results, less time to start activities and other advantages considering the procedure. On this study 400 operated patients were reviewed on the general surgery service of the - Regional Hospital "1º de Octubre". A retrospective study was done considering males and females with out distinction of - ages and patients with all the Gallblader Inflammatory Pathology. The patients were taken from the extern consult and the - emergency service. The record of complications presented were 4.5% which were divided on major complications: Billiary leakage 4 patients [1%] postoperatory, jaundice 2 patients [0.50%] because of infected hepatitis and residual litiasis, abscess 1 patient [0.25%], bleeding 2 patients [0.50%]. The minor compli- cations includes infection of umbilical scar 5 patients - [1.25%]. The mortality were 3 patients [0.75%] of billiary lea- kage and sepsis, hepatic cirrhosis and postoperative hepatic - insufficient and chronic insufficiency renal anuric. The - prevention of the complications depends on the selection of patients, on detail technique, on a good knowledge of anat- omy of billiary ducts, on a adecuated training and the conver- sion of "Open Cholecystectomy".

Key words: Laparoscopic Cholecystectomy, Complications.

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

Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, este procedimiento ha causado gran impacto para el manejo de - pacientes con patología inflamatoria de la vesícula biliar.

Desde que Charles Filipi presentó la primera colecistectomía laparoscópica en los primeros años de 1980's y posterior-- mente el médico francés P. Mouret en 1987 realiza la primera - colecistectomía laparoscópica en humanos, se han venido presen-- tando trabajos que hacen que esta técnica estimule el interes entre cirujanos de todo el mundo tal es el caso de Mc Kernan y Saye los cuales son los pioneros en U.S.A. y popularizada por Reddick y Olsen quienes presentaron procedimientos con una - minima morbilidad (6). Con el avance tecnológico del videotape y los modernos insufladores para pneumoperitoneo se pueden rea-- lizar con mayor seguridad actualmente procedimientos como cole-- cistectomías, apendicectomías, herniorrafias y otros. De acuer-- do ha resultados en diferentes lugares actualmente la colecis-- tectomía laparoscópica viene siendo un procedimiento de - elección para pacientes con patología inflamatoria de vesícula biliar en sus diferentes etapas ya que tiene grandes ventajas como un índice menor de morbimortalidad, una corta estancia - hospitalaria, tolerancia de la vía oral en las primeras 24 - horas del postoperatorio, menor dolor en las heridas quirúr-- gicas, mejores resultados estéticos y retorno a sus actividades normales en los primeros 7 días del postoperatorio (1,2,3 y 7) El índice de mortalidad es bajo y se presenta más frecuentemen-- te en pacientes con edad avanzada y con antecedentes de pade-- cer enfermedades concomitantes como insuficiencia cardiaca, - insuficiencia respiratoria, falla renal, entre otras (5). Las complicaciones más frecuentes con la colecistectomía laparoscó-- pica pueden ser lesión de vias biliares por la no identifica-- ción de las mismas en procesos agudos, daño a la arteria cisti

ca, ligadura con grapas y lesión del conducto hepático común - con obstrucción y fistula, litos residuales, quemaduras de - vías biliares por electrocauterio y/o laser entre otras (4).

Para la prevención de las complicaciones se necesita de - un entrenamiento adecuado llevado a cavo en centros donde se realice este procedimiento con cirujanos expertos, que en un inicio se elija a los pacientes que representen menor dificultad técnica, un conocimiento de la anatomía de vías biliares por videotape y experiencia clínica quirúrgica previa en cirugía de vías biliares tradicional.

En este estudio se trata de recolectar las complicaciones más frecuentes de 400 pacientes operados por colecistectomía - laparoscópica en el Hospital Regional "1º de Octubre" del - I.S.S.S.T.E. y contar con los siguientes objetivos de este trabajo.

- a). OBJETIVO BASICO: Conocer las ventajas y desventajas que - ofrece la colecistectomía laparoscópica.
- b). OBJETIVOS SECUNDARIOS: Conocer los índices de complicaciones de la colecistectomía laparoscópica - durante la cirugía y en el postoperatorio

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

En esta serie se estudiaron a 400 pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica en el Hospital Regional "1º de Octubre" del I.S.S.S.T.E. de Abril de 1991 a Mayo de 1993. En este estudio se investigaron las complicaciones más frecuentes que se presentaron con este procedimiento. De los cuales - 281 pacientes fueron mujeres [70.25%] y 119 hombres [29.75%], todos los pacientes con un rango de edad de 10 a 90 años. El mayor porcentaje de edad fué entre 30 y 49 años de edad. En este fueron incluidos 300 pacientes [75%], con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica, de los cuales los primeros 100 pacientes fueron estrictamente seleccionados provenientes de la consulta y ya adquirida mayor experiencia fueron intervenidos quirúrgicamente a pacientes provenientes del servicio de urgencias de donde encontramos 50 pacientes con colecistitis litiasica agudizada [12.5%], 24 pacientes [6%] con colecistitis litiasica subaguda y a 26 pacientes [6.25%] alitiasica.

Todos los pacientes fueron evaluados antes del tratamiento quirúrgico realizándoseles estudios de laboratorio preoperatorios como BH completa, tiempos de coagulación, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, T.G.O., T.G.P., a pacientes que así lo requirirón, ultrasonido abdominal y placas de rayos "X". Los primeros 100 pacientes, fueron estrictamente seleccionados, provenientes de la consulta externa con diagnóstico de colecistitis crónica litiasica a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica. Después de adquirida mayor experiencia, también se incluyeron a pacientes con colecistitis aguda y subaguda provenientes del servicio de urgencias. Retrospectivamente los datos incluidos en esta revisión son edad del paciente, sexo, tipos de colecistitis, estancia hospitalaria, lesión de vías biliares, incidencias que se presentaron en el transoperatorio. Todos los pacientes fueron seguidos en la consulta externa a

los 8 días y tres semanas del postoperatorio, y posteriormente cada 3 meses.

R E S U L T A D O S .

Indice de complicaciones mayores: No hubo lesiones ocurridas por la inserción de trocares a través de la pared abdominal, ni por la introducción de la aguja de Veress; la morbilidad ocurrida fué en un rango del 2.5% [10 de 400 pacientes]. 4 pacientes presentaron fístula biliar de los cuales en 3 de ellos se caracterizó por la salida de bilis a través del drenaje colocado en el transoperatorio; con una estancia hospitalaria de más de 4 días y con evolución satisfactoria con tratamiento conservador dejando de drenar espontáneamente y un cuarto paciente del sexo femenino con edad de 55 años de edad la cual presento dolor en cuadrante superior derecho del abdomen al segundo día del postoperatorio, posteriormente fatiga, ataque al estado general e ileo, manejandose en un inicio con líquidos parenterales y sonda nasogástrica, es intervenida quirúrgicamente realizandole laparatomía exploradora por persistencia del ileo y deterioro de su estado general al quinto día en el transoperatorio se le encuentra colección de bilis en cavidad abdominal en aproximadamente 2000 ml. y fístula a nivel de conducto cístico, se realiza lavado de cavidad y colocación de sonda en "T", la paciente pasa al servicio de terapia intensiva, donde presenta sepsis abdominal y falla orgánica múltiple, falleciendo posteriormente. Dos pacientes presentaron ictericia en el postoperatorio [0.50%], uno del sexo masculino de 35 años de edad sin antecedentes de importancia presenta ictericia al segundo día del postoperatorio catalogado de acuerdo a resultados de laboratorio como hepatitis infecciosa, recibió tratamiento médico y se dio de alta al sexto día del postoperatorio sin ninguna complicación; el otro se trata de una paciente del sexo femenino de 24 años de edad la cual presenta un tinte subictérico en las primeras 24 horas del postoperatorio, por lo que se le realizan estudios de laboratorio encon-

trandose niveles de bilirrubinas elevadas ligeramente y observandose al tercer día que el tinte icterico es más acentuado, con niveles de bilirrubinas y de fosfatasa alcalina elevados, se le realiza una pancreatografía retrograda endoscópica y se aprecia un lito el cual se extrae por este medio con una canastilla de Dormia, la paciente tiene una estancia hospitalaria de más de cinco días dandose de alta en buenas condiciones generales. Un paciente [0.25%] presentó absceso subhepático el cual se diagnostica a los 10 días del postoperatorio en la consulta externa por lo que es intervenido realizandole drenaje del mismo por laparotomía, dandose de alta al cuarto día y posteriormente presenta infección de la herida quirúrgica, evolucionando satisfactoriamente con antivioticos por via oral y curaciones en la consulta externa. Un paciente del sexo femenino de 34 años de edad presenta edema agudo pulmonar en el transoperatorio diagnosticado clinicamente. La paciente cuenta con antecedentes de hipertensión arterial controlada sin otra alteración, por lo que es llevada a la unidad de terapia intensiva dandosele tratamiento médico y dada de alta al tercer día en buenas condiciones. Un paciente del sexo femenino de 50 años de edad presenta dolor abdominal intenso a los 8 días del postoperatorio que se acompaña de nausea y datos de irritación peritoneal por lo que es intervenida de urgencia realizandole laparotomía encontrandole en el transoperatorio proceso inflamatorio importante en epiploon, peritoneo parietal y visceral, se le realiza lavado de cavidad y cierre de la misma evolucionando satisfactoriamente, dandose de alta posteriormente al cuarto día. Al revisar el videotape de la cirugía realizada anteriormente se encontró que la causa había sido la introducción de gluteraldehido en la cavidad abdominal a travez de los trocares. 2 pacientes [0.50%] presentaron sangrado a través del drenaje en el postoperatorio, uno de ellos del sexo femenino la cual presenta datos de choque, la paciente fue llevada a la unidad de terapia intensiva donde recibe transfuciones san-

guineas y tratamiento a base de líquidos parenterales, la paciente contaba con antecedentes de hematomas anteriores en diferentes partes del cuerpo determinándose por laboratorio tras tornos de la coagulación, la paciente evoluciona satisfactoriamente dándose de alta al cuarto día. El otro paciente es del sexo masculino de 33 años de edad el cual presentó sangrado a través del drenaje que se le dejó en el transoperatorio presentando datos de choque siendo intervenido a las 12 hrs. del postoperatorio realizándole laparotomía, encontrando sangrado a nivel del lecho vesicular realizándole lavado del mismo con solución fisiológica cediendo el sangrado cerrando cavidad abdominal observándose que la causa del mismo se debió al administrar sobredosis de heparina en la solución que se utilizó para la irrigación del lecho vesicular. El paciente cuenta con antecedentes sin importancia.

Índice de complicaciones menores: En nuestra revisión no hubo evidencia de infecciones respiratorias, ni dehiscencia de heridas quirúrgicas. Cinco pacientes presentaron infección de herida quirúrgica en cicatriz umbilical [1.25%], estos pacientes fueron vigilados en la consulta externa otorgándoles tratamiento a base de antibióticos por vía oral y curaciones locales, todos ellos evolucionaron satisfactoriamente.

Las incidencias transoperatorias más frecuentes en nuestra serie fueron: Perforación de la vesícula en 55 pacientes [13%], la cual se produjo con el electrocauterio la mayoría de las veces, en otras ocasiones al pinzar la vesícula para realizar tracción y despegamiento de la misma y en otras ocasiones al momento de extraer la vesícula a través de la herida quirúrgica en cicatriz umbilical, 20 pacientes [5%] presentaron enfisema subcutáneo, de diferentes extensiones del cuerpo, siendo esto en las primeras colecistectomías realizadas, los pacientes evolucionaron satisfactoriamente desapareciendo este al segundo día del postoperatorio dándose de alta sin ningún

problema. 16 pacientes [4%], presentaron enfisema de epiplón el cual se debió al introducir CO2 a través de la aguja de Veress, esta se insertó en epiplón causando enfisema el cual no tuvo importancia en el postoperatorio. En 8 pacientes [2%], se perdieron cálculos en cavidad, esto debido a perforación de vesícula siendo imposible la recolección total quedando estos en cavidad abdominal, sin ninguna complicación posterior. En un caso [0.25%], al tratar de extraer la vesícula esta fue extraviada en cavidad abdominal, siendo necesario ampliar la herida en cicatriz umbilical para localizarla y extraerla. Un paciente con edema agudo pulmonar ya comentado anteriormente el cual probablemente sea secundario a naloxona. Todos los pacientes presentaron dolor abdominal en el postoperatorio siendo este mínimo en 362 pacientes [90.5%] y moderado en 8 pacientes [9.5%], este fue principalmente a nivel de heridas quirúrgicas, así mismo encontramos que existió dolor en abdomen en 6 pacientes, dolor en hombro izquierdo en 15 pacientes y otros tipos de dolor en 14 pacientes, estos pacientes evolucionaron satisfactoriamente, cediendo el dolor en las primeras 24 hrs. del postoperatorio con la administración analgésicos VO o IV.

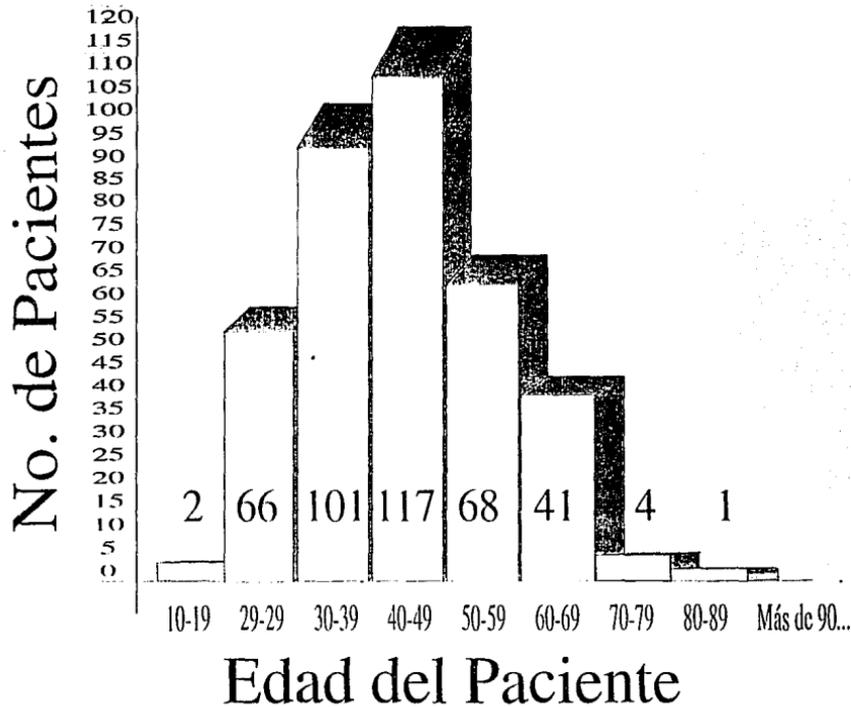
La mortalidad operatoria : Tres pacientes [0.75%]; Paciente del sexo femenino de 55 años de edad ya comentado anteriormente, presenta dolor en cuadrante superior derecho y mal estar general con íleo prolongado se le realizó laparotomía exploradora encontrándose gran cantidad de bilis en cavidad abdominal secundario a fístula biliar, se le realizó lavado de cavidad y colocación de sonda en "T", posteriormente pasa al servicio de terapia intensiva donde presenta sepsis abdominal, falla orgánica múltiple y muerte. Otro paciente de sexo femenino de 42 años de edad la cual cuenta con antecedentes de padecer de cirrosis hepática y cuenta con antecedentes de importancia de padecer de sintomatología vesicular con varios internamientos al servicio de urgencias y que posteriormente pasa a hospi

talización donde se le realizan estudios de laboratorio y gabinete programándose para realizarle colecistectomía laparoscópica, con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica subaguda se le realiza colecistectomía laparoscópica y en el postoperatorio presenta insuficiencia hepática por activación de su padecimiento de fondo, falleciendo a los 10 días del postoperatorio. Otro paciente de sexo masculino de 38 años de edad el cual tiene como antecedente de importancia de padecer de insuficiencia renal crónica secundaria a diabetes mellitus y controlado por el servicio de nefrología, presenta antecedentes de cólicos vesiculares repetidos, por lo que se le realizan estudios de gabinete diagnosticándose cuadro de colecistitis crónica litiásica, se programa para realizarle colecistectomía laparoscópica y en el postoperatorio presenta insuficiencia renal crónica anúrica y fallece.

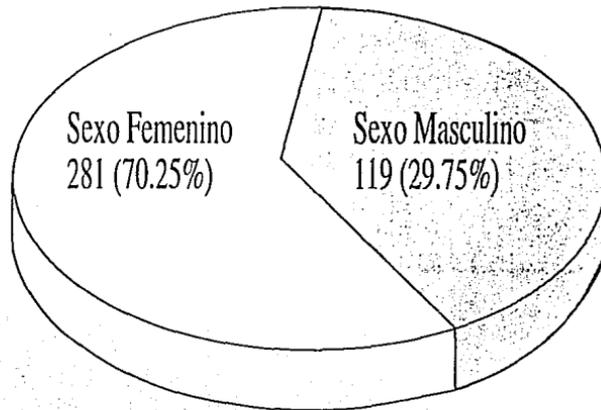
La estancia hospitalaria para los pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica fue de 1 día 300 pacientes [75%], de 2 días en 81 pacientes [20%], 3 días en 6 pacientes [1.5%], de 2 días en 81 pacientes [20%], 3 días en 6 pacientes [1.5%], 4 días en 3 pacientes [0.75%] y 5 y más días en 10 pacientes [2.5%].

G R A F I C A S .

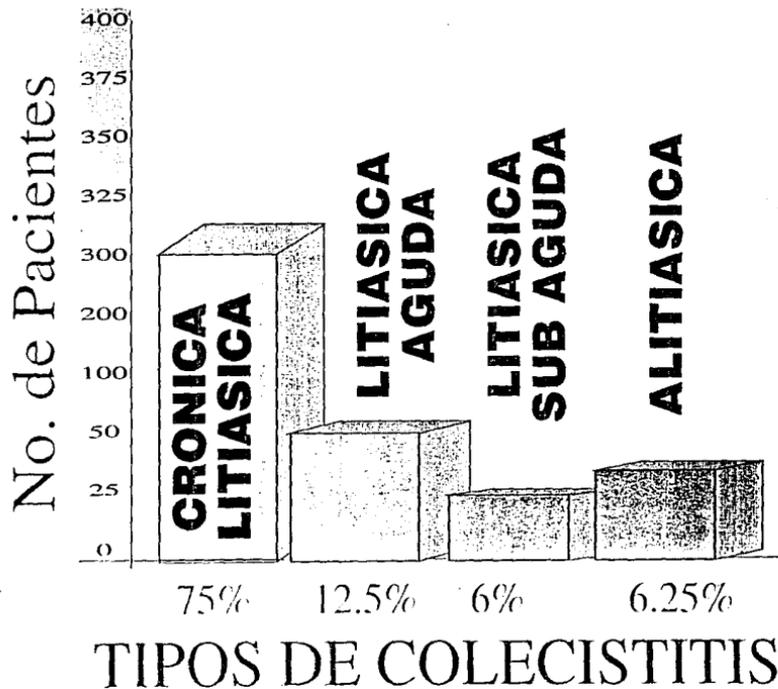
COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.

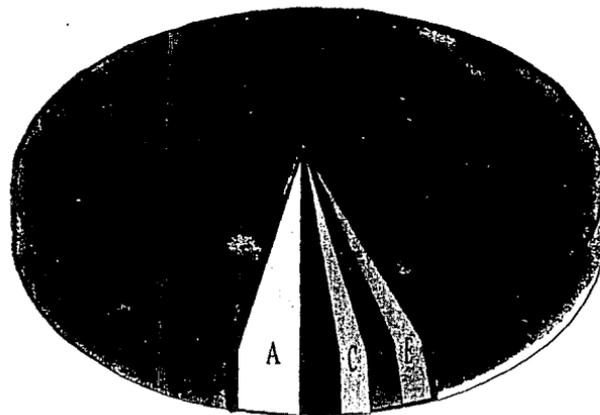
A.- FISTULA BILIAR 4 (1%)

B.- ICTERICIA P.O. 2 (0.5%)

C.- ABSCESO 1 (0.25%)

D.- PERITONITIS QUIMICA POR
GLUTERALDEHIDO 1 (0.25%)

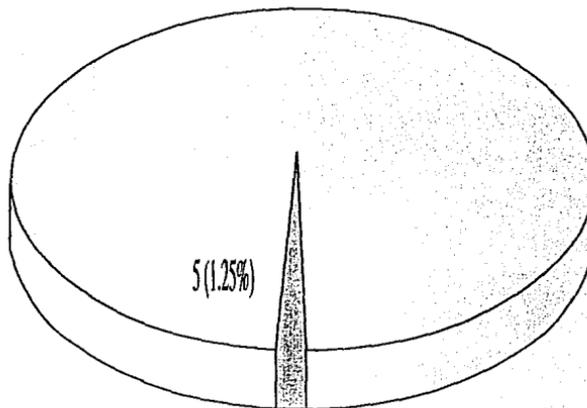
E.- SANGRADO EN EL P.O. 2 (0.050%)



COMPLICACIONES MAYORES

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

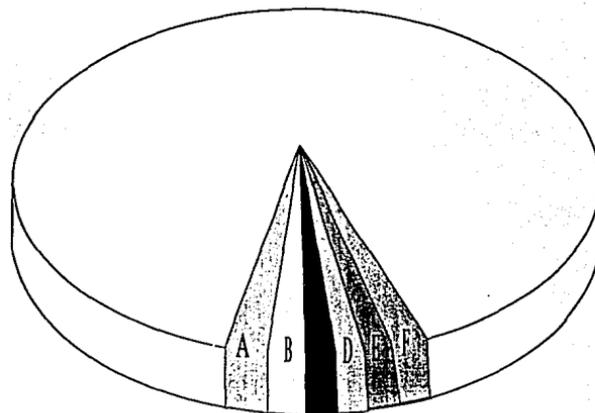
INFECCION DE HERIDA
QUIRURGICA EN
CICATRIZ UMBILICAL



COMPLICACIONES MENORES

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

- A.- PERFORACION DE LA VESICULA 55 (13%)
- B.- ENFISEMA SUBCUTANEO 20 (5%)
- C.- ENFISEMA DE EPIPLON 16 (4%)
- D.- CALCULOS PERDIDOS EN CAVIDAD 8 (2%)
- E.- VESICULA PERDIDA EN CAVIDAD 1 (0.25%)
- F.- EDEMA AGUDO PULMONAR 1 (0.25%)



I N C I D E N C I A S
T R A N S O P E R A T O R I A S

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

INCIDENCIAS TRANSOPERATORIAS

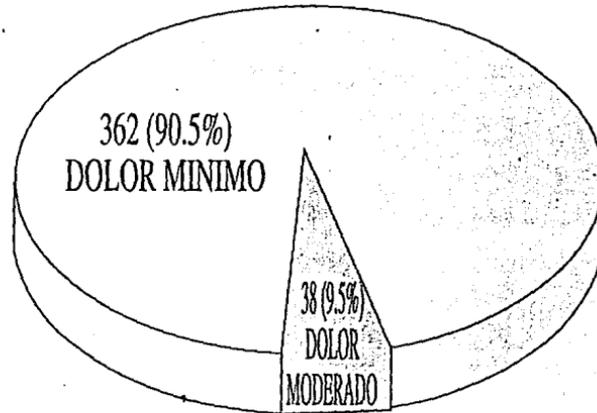
EDEMA AGUDO PULMONAR ————— 1 (0.25%)
(NALOXONA)

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

DOLOR POST OPERATORIO

DOLOR DIFUSO EN ABDOMEN	6
DOLOR EN CUADRANTE SUPERIOR DERECHO	10
DOLOR HOMBRO DERECHO	6
DOLOR HOMBRO IZQUIERDO	15
DOLOR OTROS	14

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



PACIENTES QUE PRESENTARON
DOLOR EN LAS HERIDAS

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

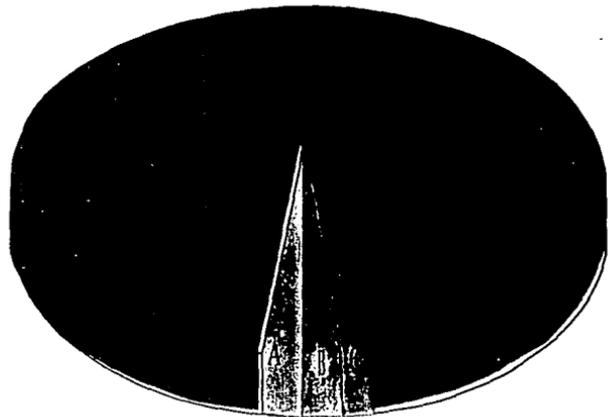
A.- FISTULA Y SEPSIS 1 (0.25%)

B.- CIRROSIS E INSUFICIENCIA

HEPATICA P.O. 1 (0.25%)

C.- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA

ANURICA 1 (0.25%)



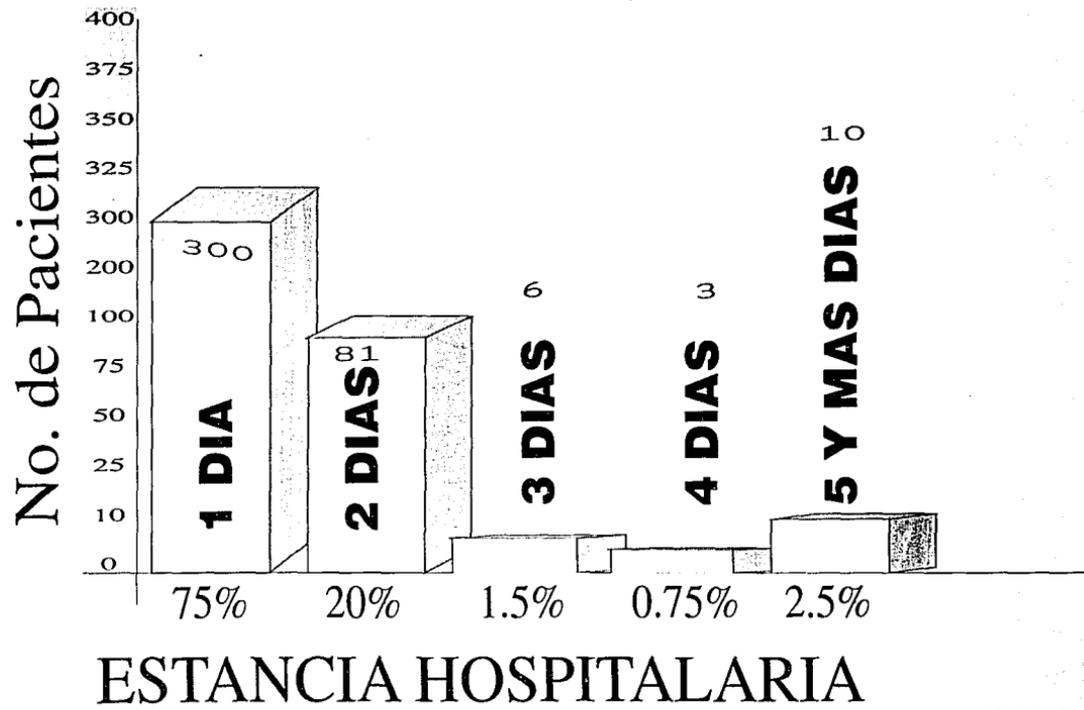
MORTALIDAD OPERATORIA

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

ESTANCIA HOSPITALARIA

1 DIA	300 (75%)
2 DIAS	81 (20%)
3 DIAS	6 (1.5%)
4 DIAS	3 (0.75%)
5 Y MAS DIAS	10 (2.5%)

COMPLICACIONES EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA



C O N C L U C I O N E S

- 1.- La edad promedio de los pacientes fue de 30 a 49 años de edad predominando en el sexo femenino 2:1.
- 2.- El tipo de colecistitis más frecuente fué la crónica litiásica.
- 3.- El índice de complicaciones debe ser igual ó más bajo que las presentadas en la colecistectomía tradicional.
- 4.- La incidencia de lesiones en el transoperatorio se evitan teniendo un entrenamiento adecuado.
- 5.- El dolor de las heridas quirúrgicas fue de mínimo a moderado el cual cedió con analgésicos VO o IV no siendo incapacitante.
- 6.- El índice de mortalidad debe ser igual ó más bajo que en la colecistectomía tradicional y aumenta la incidencia cuando existe enfermedad concomitante como insuficiencia respiratoria, cardíaca, renal, entre otras, así como en pacientes con edad avanzada.
- 7.- La estancia hospitalaria es corta en comparación a la colecistectomía tradicional siendo del 75% de un día de estancia hospitalaria.

R E F E R E N C I A S

- 1.- Jeffrey H. Peters, MD, Gregory D. Gibsons, MD, Jeffrey T. Innes, MD, Keith E. Nichols, MD, Mary E. Front, RN, Sheri R. Roby, PA, and E. Christopher Ellison, MD, Columbus, Ohio. "Complications of laparoscopic cholecystectomy". SURGERY 1991. 110. 769-778.
- 2.- J. Barry Mc Kernan, MD, Ph.D. "Laparoscopic Cholecystectomy". THE AMERICAN SURGEON. 1191, (5) :309-312.
- 3.- Douglas D. Oisen, MD, FACS. "Laparoscopic Cholecystectomy". THE AM. J. SURG. 1991, 161, (3), 339-344.
- 4.- Andrew M. Dadvioff, MD, Theodore N: Pappas, MD, Elizabeth A. Murray, RN, David J. Hilleren, MD, Randall D. Johnson, MD, Mark E. Baker, MD, Glenn E. Newman, MD, William C. "Mechanisms of Major Biliary Injury during Laparoscopic Cholecystectomy" ANN. SURG. (3), 1992.
- 5.- Leon Morgenstern, MD, Linda Wong, MD, George Berci, MD. "Twelve hundred Open Cholecystectomies before the Laparoscopic Era". ARCH. SURG. 1992. (4) 400-403.
- 6.- Nathaniel J. Soper, MD, "Laparoscopic Cholecystectomy" CURRENT PROBLEMS IN SURGERY (9). 1991. 581-655.
- 7.- Nathaniel J: Soper, MD, FACS., Jeffrey A: Barteau, MD, Ralph V. Clayman, MD, FACS., Stanley W Ashley, MD, and Deanna L. Dunnegan RN, "Comparison of Early Postoperative Results for Laparoscopic versus Standar Open Cholesystemy". GYNECOLOGY & OBSTETRICS (2) 174, 1992, 114-118.
- 8.- Robert W. Bailey, MD, Antony L. Imbembo, MD, Karl A. Zucker, MD, "Establishment of Laparoscopic Cholecystectomy Training Program". THE AMERICAN SURGEON (4) 1991, 231-236.