

11209
69
24

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION.

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS".

I. S. S. S. T. E.

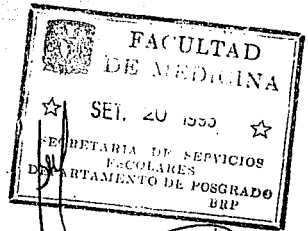
COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL :

DR. ALBERTO LOZANO GRACIA.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL.

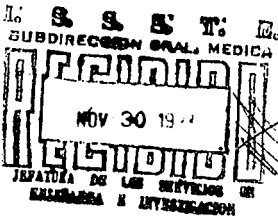


Raul Vizuet

DR. RAUL VIZUETT MARTINEZ.
COORDINADOR DE CAPACITACION,
INVESTIGACION Y DESARROLLO.

Arturo Vazquez

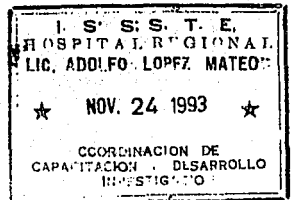
DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE CIRUGIA GENERAL.



Alfredo Belgado Chavez

DR. ALFREDO BELGADO CHAVEZ.
COORDINADOR DE CIRUGIA.

FALLA DE ORIGEN



1995



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.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION


TITULO: COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA.

INVESTIGADOR: DR. ALBERTO LOZANO GRACIA.

DOMICILIO: CALLE POLANCO # 220.
COL. METROPOLITANA.

ASESOR: DR. JAVIER BENITEZ BELTRAN.

VOCAL DE INVESTIGACION:
DR. ALFREDO DELGADO CHAVEZ.


DR. ENRIQUE ELGUERO PINEDA.
JEFE DE INVESTIGACION.


DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO.
JEFE DE CAPACITACION, INVE-
STIGACION Y DESARROLLO.

MEXICO, D. F. OCTUBRE DE 1993

DEDICATORIA.

A la memoria de mi padre
por su amor y ejemplo de trabajo

A mi madre
por su amor ilimitado

A mi esposa Teresa
por seguir siendo el motivo de mi existencia

A mis pequeñas hijas Dany y Lily
por ser lo mas valioso en mi vida .

CONTENIDO

RESUMEN.

ABSTRACT.

INTRODUCCION.

MATERIAL Y METODO.

RESULTADOS.

DISCUSION.

CONCLUSIONES.

GRAFICAS Y CUADROS.

BIBLIOGRAFIA.

RESUMEN:

El procedimiento de laparoscopia se ha intentado desde hace mucho tiempo, casi 100 años, sin embargo los adelantos reales de la misma se produjeron con los avances de la tecnología.

En el presente estudio se incluyeron 114 pacientes de noviembre de 1991 a junio de 1993, a los cuales se les realizó colecistectomía por laparoscopia. Las indicaciones fueron las mismas que para colecistectomía abierta.

Se intervinieron quirúrgicamente a 97 pacientes del sexo femenino (85%) y 17 (14.5%) del sexo masculino, de estos a 100-pacientes se les diagnóstico colecistitis crónica y aguda a 14-pacientes.

Se realizó el procedimiento completo de colecistectomía laparoscópica a (95.6%) de los pacientes y solo un 4.3% (5 pacientes), se realizó en forma habitual, debido a la dificultad de disección por sangrado.

Se presentaron complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico en 4 pacientes.

Ventajas postoperatorias; rápida y casi sin dolor, integración temprana a sus labores cotidianas, brinda un aspecto estético aceptable, y por otra parte los días de estancia hospitalaria disminuyen, por lo que se concluye que es un procedimiento seguro para colecistectomía.

PALABRAS CLAVES:

Colecistectomía por laparoscopia. Colecistitis crónica. Colecistitis aguda.

ABSTRACT:

The procedure of laparoscopy has been intended since long-time ago, almost 100 hundred years, however, the real progress of the same is produce with the advance of the technology.

In the present study, is included 114 patients since November 1991 to June 1993, to whom realized cholecystectomy by laparoscopy. The indications was the same than the Open Cholecystectomy.

Realized surgery in 97 female patients (85%) and 17 male - (14.5%) of these 100 patients were diagnostic 14 with chronic - cholecistitis.

Realized complete process of cholecystectomy laparoscopic - to (95.6%) of the patients and only 4.3% (5 patients), was realized by the same way doubt of the difficult of dissections by - blood.

It present complications inherent to the surgery procedure in 4 patients.

Postsurgery advantage: quickly and almost without pain, -- fast integration into his daily works, a beautiful aspect with a few days of hospitalization, because it's a good procedure to cholecystectomy.

KEY WORDS:

Cholecystectomy by laparoscopy. Chronic cholecystitis. -- Acute cholecystitis.

COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

La historia de la laparoscopia se remota a casi cien años, los intentos por abordar la cavidad abdominal con el mínimo daño hicieron que varios médicos en distintas épocas ingeniaran procedimientos de abordajes, el primero de ellos fué Kelling -- quién introdujo a través de un trócar de mayor tamaño un citoscopio, con ello vemos que en forma rudimentaria se establecieron las bases que hoy rigen a la cirugía laparoscópica.

Fué en 1911 cuando se publicaron los primeros estudios de laparoscopia en humanos por Jacobaeus quién además de observar la cavidad abdominal, observó también la cavidad torácica a través de endoscopios en 72 pacientes, la indicación era en pacientes acíticos.

Otros autores como Bertram en 1910 utilizó como laparoscopio un rectoscopio por él que observó la cavidad abdominal en un paciente con cáncer de páncreas confirmando este hallazgo -- posteriormente por laparotomía exploradora. En 1924 publicó la posibilidad de realizar estos procedimientos con anestesia local.

Otto Steiner de Atlanta, Georgia en 1924 publicó su estudio de abdominoscopia, él utilizaba un citoscopio como laparoscopio y la innovación que dió al procedimiento fué la utilización de oxígeno para la insuflación de neumoperitoneo.

Los adelantos de la cirugía laparoscópica llegaron con el avance tecnológico.

En 1951 se publicó un estudio de 2000 laparoscopias sin -- ninguna defunción, lo que introdujo avances en la utilización -- de lentes de 135 grados y técnica de doble trócar.

Anderson en 1937 habló del método de ligadura de trompas por laparoscopia y habló de la técnica combinada de endoscopia y laparoscopia para la transiluminación de órganos como la vejiga, el colon y el estómago.

Kurt Seem en 1960 innovador por excelencia, desarrollo diversos instrumentos laparoscópicos que permitieron la laparoscopia terapéutica, además diseño la insuflación automática controlada. Otros adelantos que permitieron el desarrollo de la cirugía laparoscópica fué la introducción del sistema de varilla-lente por el físico Hopkins.

Fué hasta 1980 con la introducción de la cámara de video que la laparoscopia fue aceptada por la cirugía general y por los trabajos de colecistectomía por laparoscopia de Dubois en 1990, los resultados de sus trabajos en cuanto a la recuperación, los días estancia hospitalaria y el bajo índice de complicaciones hicieron que cirujanos quisieran conocer este nuevo procedimiento.

Actualmente los avances en la cirugía laparoscópica son espectaculares procedimientos quirúrgicos, que hasta hace algunos años se hubieran considerado imposibles son ahora una realidad si agregamos a esto el incremento impresionante de equipo e instrumental laparoscópico, los avances que se darán aún serán mayores.

Los sinónimos que se han dado a la cirugía laparoscópica en cuanto a su terminología en ocasiones confunden, ya que algunos la llaman cirugía endoscópica, y por tradición desde 1900 se utilizaba la palabra ENDOSCOPIA para denominar el significado de la visualización de órganos huecos, por otra parte se definió laparoscopia como visualización telescópica, es conveniente entonces adoptar el término de cirugía laparoscópica o laparoscopia para aquel procedimiento que valore la cavidad abdomino-pélvica a través de un laparoscopio.

El procedimiento de cirugía laparoscópica requiere de -- equipo e instrumental especial, así como de entrenamiento es- pecializado.

El equipo básico de cirugía laparoscópica consta de: in- suflador de flujo elevado, fuente luminosa, cámara de alta re- solución, monitor de video, dispositivo de lavado y electro- cauterizador.

El insuflador de flujo elevado es con dióxido de carbono y permite vigilar de manera constante la presión intraabdomi- nal del mismo, el insuflador de gas, debe introducir un míni- mo de 6 litros para mantener un neumoperitoneo adecuado.

En cuanto a la fuente de luz está generalmente es de xe- nón, la cuál permite una adecuada visualización a distancia y la regulación de la intensidad de la luz en algunos equipos es automática. Esta se adapta por un cable de fibra óptica al la- paroscopia.

La cámara de alta resolución tiene que tener como mínimo 480 pixels (un chips), para lograr una visualización óptima - esta es una cámara de visión terminal, ya que transmite toda- la imagen desde el endoscopio directamente hacia la cámara y- de ahí al procesador.

El monitor de video tiene que ser de alta resolució, ca- paz de recibir 480 líneas horizontales o 700 líneas horizonta- les.

Son necesarios otros accesorios como serían la fuente de lavado y succión, la cuál se conecta a una unidad de succión- e irrigación.

Por último sería el electrocauterizador el cuál se utili- za para el corte y hemostasia, existen equipos que combinan - corte y hemostasia que son necesarias para la disección. Pue- de utilizarse también rayo laser de Nd: YAG y el KTP, estos- pueden ser de haz libre o de contacto.

INSTRUMENTAL:

* Los instrumentos que se utilizan para cirugía laparoscópica son altamente especializados, así como novedosos.

El equipo básico de colecistectomía laparoscópica, incluye aguja de Veress, cánulas, trócares, laparoscopio (endoscopios), separadores (sujetadores), disectores, tijeras, engrapadoras, -- pinzas de colungio-catéter, instrumentos de lavado y aspiración.

Estos instrumentos difieren de tamaño, según el diámetro de las cánulas, los estándares de estos diámetros son: 5.5 mm, 10 mm. y 11 mm, se pueden adaptar reductores de 5.5 mm. o de 10 mm. para poder utilizar instrumental del diámetro igual a los reductores.

Tanto la aguja de Veress como los trócares tienen sistemas de seguridad, para evitar lesionar accidentalmente otras estructuras intraabdominales.

ENTRENAMIENTO ESPECIALIZADO:

En países como los Estados Unidos de Norteamérica, actualmente el programa de cirugía laparoscópica se incorpora al programa de entrenamiento a residentes, en la especialidad de cirugía general, el egresado es certificado por la institución donde se formó, con capacidad para realizar dichos procedimientos.

En cuanto a cirujanos ya egresados la capacitación se lleva a cabo a través de cursos de posgrado teóricos-prácticos y avalados por las instituciones u hospitales que los imparten.

En México la forma de adquirir la capacitación en dichos procedimientos es a través de cursos de posgrado teóricos-prácticos y avalados por las instituciones y hospitales que lo imparten.

SELECCION DE PACIENTES:

Las indicaciones para el procedimiento de colecistectomía laparoscópica, son los mismos que para colecistectomía abierta, estos son colecistitis crónica y aguda, disquinesia vesicular, cólico biliar.

Es conveniente que los inicios del aprendizaje de este procedimiento se haga en pacientes sin cuadro agudo. Cuando el equipo quirúrgico se encuentra experimentado, es posible realizar colecistectomía laparoscópica en cuadros agudos.

A todo paciente que vaya a someterse a cirugía por este procedimiento es necesario tener el diagnóstico preoperatoriamente, para evitar fallas y termine esta en forma abierta.

El diagnóstico suele confirmarse mediante ultrasonografía de hígado y de vías biliares, colecistografía oral, cuando el cuadro es agudo la centellografía es de máxima utilidad y la colangio-pancreato-retrógrada-endoscópica, en pacientes con dilatación de la vía biliar y en pacientes con estudios anormales de la función hepática.

Es conveniente comunicar a todos los pacientes que el procedimiento puede terminar en forma abierta, esto con el fin que en su caso el paciente este preparado para ello.

PROCEDIMIENTO PARA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCÓPIA:

Este se efectua generalmente bajo anestesia general y la posición del paciente depende de la escuela en que haya entrenado el cirujano, algunos prefieren la posición de litotomía francesa, otros la posición en decúbito dorsal.

El procedimiento se inicia cuando el equipo se encuentra en la posición adecuada, se descomprimen la vejiga y el estómago con sonda de Foley y nasogástrica respectivamente, esto con el fin de evitar lesiones accidentales al introducir la aguja de Veress y los trócares, también para dar mejor visualización se incide a través del ombligo, una incisión de 1.0 a 1.2 cm. - se introduce una aguja de Veress levantando la piel para evitar puncionar accidentalmente otras estructuras, se hace pasar una cantidad de agua con una jeringa, la cual debe tener paso libre, posteriormente se hace introducir a través de la aguja CO2 hasta alcanzar una presión de 15 mm de Hg, esto se logra con 6 a 8 litros de gas, posteriormente se hace introducir un trócar con sistema de seguridad de 11 mm. a 10 mm, se saca el trócar y queda la cánula por donde se pasa el laparoscopio y se dirigen las otras estructuras para hacer un total de 3 a 4 puertas, los sitios de los otros trócares son: en la línea media subxifoidea, dirigido un poco a la derecha, para evitar el ligamento redondo ahí se coloca un trócar de 10 mm., otro trócar de 5.5 mm. en la línea medio clavicular, por abajo del borde costal y otra de 5.5 mm. en la línea axilar anterior, y 3 a 4 mm. por arriba de la espina ilíaca.

Con la pinza de Allis sujeta se toma la vesícula del fondo y se tracciona hacia arriba y en dirección al hombro derecho del paciente, se diseca en forma roma el ligamento hepático-duodenal para observar el triángulo lo más alejado posible al lado izquierdo iniciando en la parte inferior derecha del triángulo-

para diseccionar el conducto cístico hasta su llegada al colédoco (viendo la forma en "T" invertida), y no cortar hasta estar seguro que se trata del conducto cístico, utilizando para su disección pinzas de Allis en forma roma, se colocan grapas de titanio al cístico, dos proximales y una distal, posteriormente se disecciona la arteria cística y colocando en igual forma dos grapas proximales y una distal, luego se indica la despresostización de la vesícula biliar y su desprendimiento del lecho hepático, esto con electrocauterizador puede ser con pinza o gancho (espátula), realizando simultáneamente hemostasia del lecho, -- una vez desprendida la vesícula de su lecho se revisa, tanto el lecho como la hemostasia en general, se lava y aspira, se puede o no dejar drenaje el cuál si se coloca sale a través del orificio inferior del trócar, el procedimiento es el siguiente: la pinza del puerto xifoideo, sale a través del puerto axilar anterior, se toma la cánula de drenaje (penrose o drenovack), se introduce a cavidad, colocandose en los sitios habituales, con la pinza extractora, se toma la vesícula del cístico (hilio), y se hace salir a través de cualquier puerto de 10 mm, y se colocan con material inabsorbible para piel.

MATERIAL Y METODO:

De Noviembre de 1991 a Julio de 1993 se intervinieron 114 pacientes de colecistectomía por laparoscopia en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional Licenciado Adolfo Lopez Mateos, se analizó sexo, edad, indicación quirúrgica, tiempo quirúrgico, si el procedimiento llegó a su fin y sino él -- porque de ello, las complicaciones también se analizaron.

Los criterios de inclusión fueron los mismos que las indicaciones para colecistectomía abierta, colecistitis aguda y -- crónica, a los pacientes se les efectuó ultrasonido de hígado, y de vías biliares, con un aparato modelo UL-890, colangiografía oral y colangio-pancreato-retrograda-endoscópica (CPRE), -- en pacientes con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática utilizando un endoscopio modelo Olympus.

A todos los pacientes se les realizó exámenes generales -- biometría hemática con Coulter J. T; química sanguínea con -- Astra 8 Beckman; tiempo de protrombina y de tromboplastina con equipo fibrómetro BBL y reactivos Baxter; pruebas de funcionamiento hepático: bilirrubinas y transaminasas, además a los pa -- cientes mayores de 40 años electrocardiograma con Marked, tele de tórax con equipo Futuralix y espirometría con aparato Gene -- ral Electric.

Se presentan resultados en tablas y gráficas.

RESULTADOS:

Se intervinieron quirúrgicamente 114 pacientes de los cuales 97 (85.5%) fueron del sexo femenino y 17 (14.5%) del sexo masculino (figura 1). Los rangos de edad fueron de 23 a 83 años con un promedio de 53 años.

El 14% de los pacientes tenían un antecedente quirúrgico abdominal previo, 32% presentaban enfermedad concomitante.

Se intervinieron con diagnóstico de colecistitis crónica 85 pacientes (87.7%) y 14 pacientes (12.2%) con diagnóstico de colecistitis aguda. (figura 2).

De los 114 pacientes a 109 (95.6%) se les realizó el procedimiento en forma completa (figura 3), en 5 pacientes (4.3%) el procedimiento terminó en forma abierta, en 4 pacientes se relacionó a la dificultad de la disección vesicular por sangrado y en un paciente por haberse terminado el CO2.

Cinco pacientes (4.3%) tuvieron agregado algún otro procedimiento quirúrgico, aunado a la colecistectomía laparoscópica. (Tabla I).

Cuatro pacientes (3.5%) tuvieron alguna complicación relacionada directamente al procedimiento quirúrgico (tabla II).

En un paciente con diagnóstico de colecistitis aguda y embarazo de 11 semanas de gestación, se realizó colecistectomía por laparoscopia, 24 horas después del procedimiento la paciente es intervenida nuevamente, ya que la salida de material biliar a través del drenaje es abundante, a la paciente se le realizó en el postoperatorio inmediato CPRE donde se diagnóstico salida de material biliar a través del conducto cístico, y litiasis residual, en el transoperatorio se observó una lesión parcial al conducto hepático derecho, al cuál se le realizó cierre primario y parche de epiplón, la explicación que se da es por probable lesión térmica, la cuál es imperceptible al instante de la lesión.

* Otro paciente al momento de la introducción del primer --
trócar se realiza una lesión inadvertida de ileón la cuál se --
observa casi al terminar el procedimiento laparoscópico se rea --
lizan algunos puntos para cierre, 72 horas después el paciente --
es reintervenido, por dehiscencia de sutura, realizando resecc --
ción intestinal a 80 cm. de la válvula ileocecal y con entero --
entero-anastomosis.

El tercer paciente es sometido a colecistectomía, vagotomía y piloroplastia, presentando posteriormente estenosis pilórica y no se cuenta con reporte de tratamiento quirúrgico empleado; el cuarto paciente se somete a colecistectomía por laparoscopia realizandose inadvertidamente sección completa del hepático común, 24 horas después la paciente es intervenida -- realizandose derivación biliodigestiva (hepatico-yeyuno). (tabla III).

Se realizó colangio transoperatoria por laparoscopia a 9-pacientes (7.8%), en quién se sospecho coledocolitiasis.

El tiempo quirúrgico tuvo variaciones importantes en un -- inicio de los procedimientos el tiempo era de 310 minutos (5.16 horas), posteriormente este descendio a 60 minutos (1 hora).

Los días estancia hospitalaria en los pacientes a quién -- se les terminó el procedimiento de colecistectomía por laparoscopia fué de dos días, sin embargo en los pacientes que terminaron con alguna complicación los días de estancia hospitalaria fueron mayores (tabla IV).

DISCUSION:

Los resultados que tuvimos en este trabajo nos indica - que la cirugía laparoscópica es un método quirúrgico que da muy buenos resultados en varios aspectos, como es seguro, -- los pacientes se integran rápidamente a sus labores, ya que la recuperación es tranquila, los días de estancia hospitalaria son pocos, el aspecto estético es aceptable y las complicaciones tienen un bajo índice, estos resultados son iguales a los reportados por Dubois en sus trabajos.

De los 114 pacientes estudiados, solo 5 pacientes (4.3%) el procedimiento terminó abierto, en 4 por dificultad en la disección vesicular y en uno por haberse terminado el CO₂, -- lo que indica que este procedimiento casi en el 100% llega a su término.

Dentro de las complicaciones relacionadas al procedi--- miento quirúrgico solo tuvimos cuatro, y estas fueron inherentes al procedimiento quirúrgico.

En cuanto al tiempo quirúrgico al principio fué con un promedio de 310 minutos y posteriormente este descendió a -- una hora (60 minutos).

Las complicaciones propias al procedimiento quirúrgico-- estan descritas en reportes previos y su incidencia es parecida a la nuestra (3.5%).

Por todos los datos obtenidos durante el presente estudio, nos apoya nuestro objetivo de que la cirugía laparoscópica es una cirugía que hace que el paciente se recupere más rápidamente, se integre a sus labores en forma temprana, -- brinda un aspecto estético aceptable, disminuyen los días de estancia hospitalaria, da pocas complicaciones, es casi sin dolor y es seguro para colecistectomía.

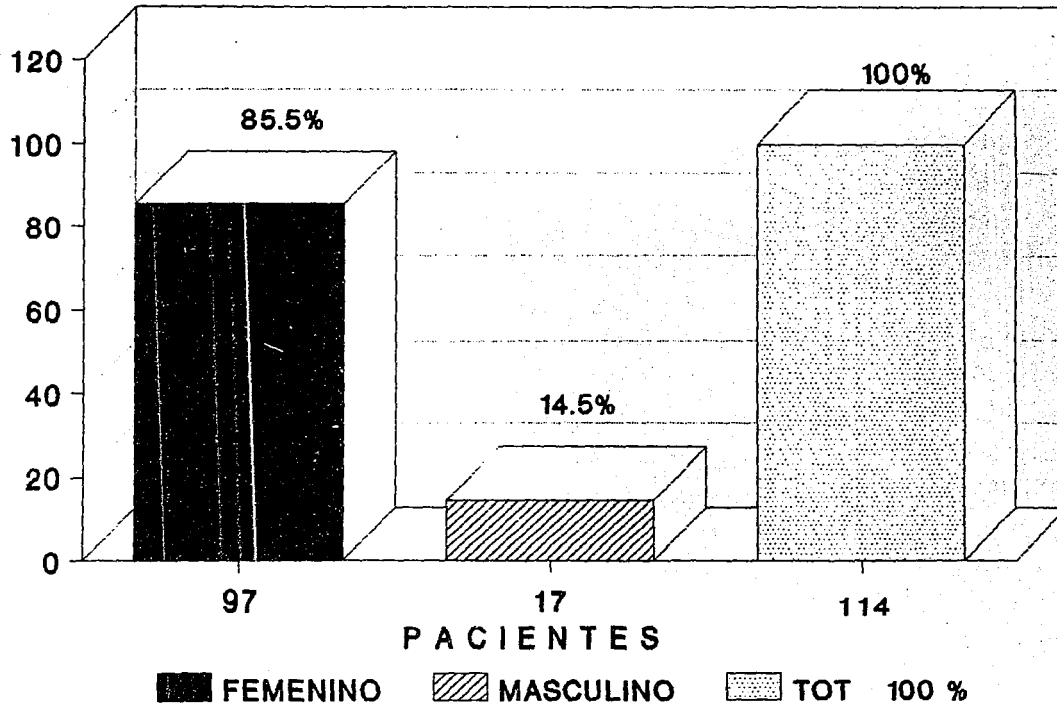
CONCLUSIONES:

El procedimiento de colecistectomía por láparoscopia es seguro, brinda una recuperación postoperatoria tranquila, -- prácticamente sin dolor, la integración a sus labores coti-- dianas es rápida, por otra parte el aspecto estético es me-- jor que una herida grande.

Las complicaciones inherentes al procedimiento estan -- descritas en reportes previos y su incidencia es parecida a-- la nuestra. (3.5%).

COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

INCIDENCIA SEXO



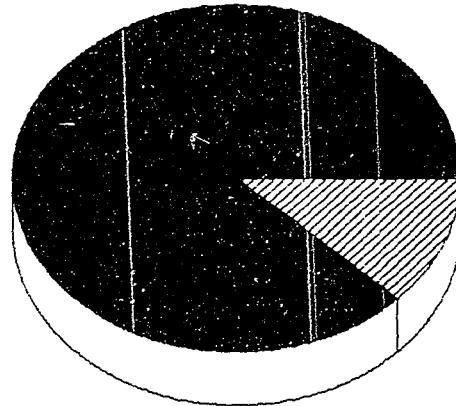
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

PACIENTES INTERVENIDOS

COLECISTITIS CRONICA

87.7%



COLECISTITIS
AGUDA

12.3%

FIGURA 2

FUENTE: HRLALM CIRUGIA GENERAL

COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA

PROCEDIMIENTO

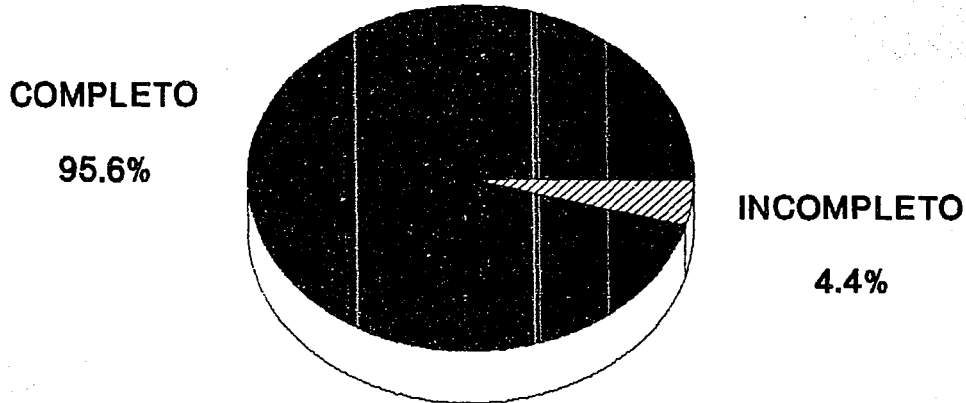


FIGURA 3

FUENTE: HRLALM CIRUGIA GENERAL

PROCEDIMIENTO AGREGADO

A)- VAGOTOMIA

B)- PILOROMIOTOMIA

C)- BIOPSIA HEPATICA

D)- PROCEDIMIENTO DE NISSEN
(TRES PACIENTES)

COMPLICACIONES

A).- LESION HEPATICO DERECHO

B).- LESION DE INTESTINO DELGADO

C).- ESTENOSIS PÍLORICA

D).- SECCION COMPLETA DE VIA BILIAR

TRATAMIENTO EMPLEADO

PACIENTE	TRATAMIENTO
A	CIERRE PRIMARIO DE HEPATICO DERECHO.
B	RESECCION INTESTINAL
C	SE DESCONOCE TRATAMIENTO EMPLEADO.
D	HEPATICO YEYUNO ANASTOMOSIS

TABLA III.

ESTANCIA HOSPITALARIA EN PACIENTES COMPLICADOS

PACIENTE	DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA
----------	----------------------------

A	5 DIAS
---	--------

B	14 DIAS
---	---------

C	6 DIAS
---	--------

D	8 DIAS
---	--------

* PACIENTES SIN COMPLICACION EL PROMEDIO DE DIAS HOSPITALARIOS FUE DE DOS.

BIBLIOGRAFIA:

Berci G, Shore J.M., Panish J et al:
The evaluation of a new peritoneoscope as a diagnostic
aid to the surgeon.
Ann Surg 178: 37 1973.

Branum G., MD, C. Schamitt M.O. et al:
Management of major biliary complications after lapa-
roscopic cholecystectomy.
Annals of Surgery 217:5 532-541 1993

Dubois F., Icard P, Berthelot, et al:
Coelioscopic cholecystectomy: prelyminari report of
36 cases.
Ann Surg 211 60-62 1990

Glen David, Morfell, M.D., J. Randolph et al.
Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy in
symptomatic patients.
Surgery 112:5 856-859 1992

Jhon Porter, M.D.; Anthony Kallop et al:
Carcinoid tumor of the gallbladder: laparoscopic resec-
tion and review of the literature.
Surgery 112:1 100-105 1992

Mills Reagan M.D.; Richard E. Carballo et al:
Laparoscopy: the preferred method of cholecystectomy in
the morbidly obese.
Surgery 112:4 818-823 1992

Ruddock J. G.
Peritoneoscopy
Sur gynecol. obst. 65623 1987.

Sackier J.M.; Bercy G.
Elective diagnostic laparoscopy
Am J. Surgery 161:326 1991

Mc Sherry C. K.
Cholecystectomy: the cold standard.
Am J. Surgery 151: 174-178 1989.

Smith Phipip C. MD; Ralph V. et al:
Laparoscopic cholecystectomy and choledocopy for the
treatment of cholelithiasis and choledocholithiasis.
Surgery 111:2 230-233 1992

Warshaw A.L.; Tepper J.E et al:
Laparoscopy in the staging and planning of therapy
for pancreatic cancer.
Am. J. Surgery 151: 76. 1986.