

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO 34

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
I.M.S.S.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA Y COLECISTECTOMIA
TRADICIONAL.

287944

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. OSCAR GARCIA OROPESA



IMSS

MEXICO, D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.



hospital de especialidades

DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA


DR. JESUS ARENAS OSUNA

JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E
INVESTIGACION CENTRO MEDICO LA RAZA

DR. JOSE FENIG RODRIGUEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE POSTGRADO
DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL .
CENTRO MEDICO LA RAZA


DR. OSCAR GARCIA OROPESA
RESIDENTE DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA
GENERAL 

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Y COLECISTECTOMIA TRADICIONAL.

RESUMEN.

OBJETIVO: Comparar la Colectomía Laparoscópica (CL) con la Colectomía Tradicional(CT).

MATERIAL Y METODOS: Se incluyeron todos los casos de CL que se realizaron entre Enero 1,1997 y Noviembre 30 de 1998 (n126),se selecciono por números aleatorios un numero igual de pacientes de CT.

Variables: demografía, diagnóstico preoperatorio, correlación histopatológica, procedimientos asociados, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y morbimortalidad .Tiempo que requirieron incapacidad y tiempo que se requirió para inicio de vía oral. Análisis: frecuencias simples, Kappa y t-Student.

RESULTADOS: Ambos grupos de 126 pacientes,105 femeninos y 21 masculinos con edad promedio de 49.5-+19.4 CT y 43.2-+16.4 CL . Diagnóstico preoperatorio en CT ,Colecistitis Aguda en 55.6% , Colecistitis Crónica Litiásica 32.5% y otros 11.9 %,concordancia con histopatología K=0.04.En CL ,Colecistitis Crónica Litiásica 75.4%,Colecistitis Aguda 15.1 % y 9.5 % otros, concordancia con histopatología K=0.5.Tiempo quirúrgico para CT 97.9-+36.9 y para CL 87.5 -+54.3 (p<0.000).Estancia hospitalaria para CT 3.88 -+2.55 y para CL 1.5 -+1.3 (p<0.000). Se presentaron complicaciones en diferentes grados en el 10.3 % y 9.5 % respectivamente ,en la CL el dolor fue de menor intensidad y el inicio de la vía oral fue a menor tiempo, mortalidad 0.7 %.

CONCLUSIONES: La CL en comparación con la CT es superior en cuanto a que se realiza en un menor tiempo quirúrgico, requiere de estancias hospitalarias menores ,obliga a un diagnóstico mucho más preciso, disminuye el número de complicaciones aunque la gravedad de las mismas no ofrece diferencias, por lo que puede considerarse como el procedimiento de primera elección ante la necesidad de Colectomía. Palabra clave: Colectomía Laparoscópica (CL), Colectomía tradicional (CT)

Abstract

Comparative Study Between Laparoscopic Cholecystectomy and Traditional Cholecystectomy

Objective: Compare the Laparoscopic Cholecystectomy (LC) with the Traditional Cholecystectomy (TC).

Material and Methods: All the LC cases realized between January 1, 1997 and November 30, 1998 (n126) were included, a global number of TC patients were selected with random numbers. Variables demography, preoperative diagnostic, histopatologic correlation, associated procedures, surgery time, hospital stay and morbimortality. Time required by incapacity and time required for the beginning of the oral via. Analysis: Simple Frequencies, Kappa and t-Student.

Results: Both groups of 126 patients, 105 feminine and 21 masculine with an average age of 49.5+-19.4 TC and 43.2+-16.4 LC. The Preoperative Diagnostic in TC, Sharp Cholecystitis in 55.6%, Chronic Lithiasis Cholecystitis 32.5% and others 11.9%, concordance with histopatology K=0.04. In LC, Chronic Lithiasis Cholecystitis 75.4%, Sharp Cholecystitis 15.1% and 9.5% others, concordance with histopatology K=0.5. Surgery Time for TC 97.9+-36.9 and for LC 87.5+-54.3 (p<0.000). There were complications at different rates in 10.3% and 9.5% respectively, in the LC pain had less intensity and the oral via went to less surgery time, mortality 0.7%.

Conclusions: The LC in compare with the TC is superior taking note that it is realized in less surgery time, it requires less hospital facilities, makes mandatory a much more precise diagnostic, reduces the number of complications although the severity of the same does not offer differences, because of this it can be considered as the first choice procedure due to the necessity of cholecystectomy.

INTRODUCCION

A partir del año de 1882 en que Langenbuch realizó la primera Colectomía abierta, se había considerado a este procedimiento quirúrgico como el estándar de oro en el tratamiento de la litiasis vesicular, en el año de 1987 en que se realiza la primera Colectomía Laparoscópica, este concepto cambio.

Para poderse lograr este evento fue necesario muchos esfuerzos y avances tecnológicos .fue así como a partir de ABULKASIN (963-1013), en Arabia, quien fue el primer medico en explorar una cavidad humana(cervix).que se inician aportaciones y avances tecnológicos como en 1826 SEGALAS en Francia que agrego un peculiar sistema de espejos para visualización indirecta, en 1901 Otto en Rusia observa la cavidad peritoneal al igual que Kelling en Alemania y el sueco Jacobaeus en 1910 (endoscopia pleural),que se inicia la laparoscopia.

Múltiples autores como Cushing (1928) hemostasia con electricidad, Veres (1938) aguja de neumoperitoneo, Hopkins 1952 (describe las fibras ópticas),K. Senn 1964 (laparoscopia ginecológica) y otros más cimentaron las bases para que en Francia, Mouret y posteriormente Dubois en 1987 realizaran por primera vez una novedosa técnica por laparoscopia que ofreció mayores ventajas para el paciente que la vía convencional.

En América, McKernan primero y Reddick y Olsen en los Estados Unidos de Norte América popularizaron la técnica, en México en 1990 el Dr. Leopoldo Gutiérrez realizó el primer procedimiento quirúrgico laparoscopico.

A partir de entonces se desarrollo con gran auge el procedimiento laparoscopico. hasta convertirse en nuestros días en el nuevo estándar de oro, desplazando la Colectomía abierta ,ha sido tal la aceptación de esta técnica .que la intervención quirúrgica se ha incrementado, ya que además de su seguridad. es solicitada por los pacientes por las ventajas y comodidades que para ellos representa.

El Instituto Mexicano del Seguro Social en su proceso de modernización incorpora este procedimiento dotando y capacitando a su personal para la realización de esta cirugía.

El hospital General de Zona no 11 Xalapa Ver. es dotado de equipo a partir de 1996 y se decide comparar la técnica tradicional con el procedimiento laparoscopico después de haber superado por lo menos la mitad de los cirujanos la ya muy socorrida curva de aprendizaje.

MATERIALES Y METODOS.

Diseño: Retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, abierto.

Se realizó un estudio hospitalario en el que se revisaron todos los expedientes consecutivos de los pacientes sometidos a Colecistectomía Laparoscópica (CL) y que desde el punto de vista clínico y bioquímico no tuvieran datos sugestivos de compromiso de la vía biliar, entre el primero de enero de 1997 y el 30 de noviembre de 1998, analizando en ellos las características demográficas de los pacientes, el diagnóstico preoperatorio y su correlación mediante prueba de Kappa no ponderada con el resultado histopatológico de las piezas extirpadas, las características del procedimiento quirúrgico, la necesidad de evaluación transoperatoria de la vía biliar, el tiempo quirúrgico necesario para la realización del procedimiento, determinado en las hojas de control anestésico, el tiempo de estancia hospitalaria, la incidencia de complicaciones sugerida por el Dr. Clavien en Surgery 1992, el tiempo de inicio de la vía oral, la intensidad del dolor postquirúrgico catalogándose en forma subjetiva como leve, moderado e intenso, el tiempo de readaptación a su vida laboral así como tiempo de incapacidad que requirieron, basados en el número de visitas de control postoperatorio y el tipo de ingreso al hospital.

En este mismo lapso fueron realizadas en el hospital 364 colecistectomías tradicionales (CT), por lo que con la finalidad de igualar muestras se realizó una selección al azar mediante tabla de números aleatorios obteniendo el mismo número de pacientes para este grupo y evaluando las mismas variables mencionadas.

Para el análisis estadístico se emplearon frecuencias simples para todas las variables y prueba de Chi-cuadrada y t-Student para las comparaciones dando un valor de significancia de $p > 0.05$.

RESULTADOS

En el lapso señalado se realizaron 138 CL descartándose 12 por no cumplir con los parámetros del estudio, en el mismo periodo se realizaron 364 CT a las que se les asignó un número progresivo y posteriormente mediante tabla de números aleatorios fueron seleccionados 126 casos de pacientes operados mediante CT formando así nuestros grupos de estudio, ambos grupos se constituyeron por 105 pacientes femeninos y 21 pacientes masculinos, en el grupo de CT la edad de los pacientes osciló entre los 29 y los 68 años, con un promedio de 49.5 ± 19.4 años y para el grupo de CL el rango fue de 24 a 61 años con promedio de 43.2 ± 16.4 años (Cuadro I)

MATERIALES Y METODOS.

Diseño: Retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal, abierto.

Se realizó un estudio hospitalario en el que se revisaron todos los expedientes consecutivos de los pacientes sometidos a Colectectomía Laparoscópica (CL) y que desde el punto de vista clínico y bioquímico no tuvieran datos sugestivos de compromiso de la vía biliar, entre el primero de enero de 1997 y el 30 de noviembre de 1998, analizando en ellos las características demográficas de los pacientes, el diagnóstico preoperatorio y su correlación mediante prueba de Kappa no ponderada con el resultado histopatológico de las piezas extirpadas, las características del procedimiento quirúrgico, la necesidad de evaluación transoperatoria de la vía biliar, el tiempo quirúrgico necesario para la realización del procedimiento, determinado en las hojas de control anestésico, el tiempo de estancia hospitalaria, la incidencia de complicaciones sugerida por el Dr. Clavien en Surgery 1992, el tiempo de inicio de la vía oral, la intensidad del dolor postquirúrgico catalogándose en forma subjetiva como leve, moderado e intenso, el tiempo de readaptación a su vida laboral así como tiempo de incapacidad que requirieron, basados en el número de visitas de control postoperatorio y el tipo de ingreso al hospital.

En este mismo lapso fueron realizadas en el hospital 364 colectectomías tradicionales (CT), por lo que con la finalidad de igualar muestras se realizó una selección al azar mediante tabla de números aleatorios obteniendo el mismo número de pacientes para este grupo y evaluando las mismas variables mencionadas.

Para el análisis estadístico se emplearon frecuencias simples para todas las variables y prueba de Chi-cuadrada y t-Student para las comparaciones dando un valor de significancia de $p > 0.05$.

RESULTADOS

En el lapso señalado se realizaron 138 CL descartándose 12 por no cumplir con los parámetros del estudio, en el mismo periodo se realizaron 364 CT a las que se les asignó un número progresivo y posteriormente mediante tabla de números aleatorios fueron seleccionados 126 casos de pacientes operados mediante CT formando así nuestros grupos de estudio, ambos grupos se constituyeron por 105 pacientes femeninos y 21 pacientes masculinos, en el grupo de CT la edad de los pacientes osciló entre los 29 y los 68 años, con un promedio de 49.5 ± 19.4 años y para el grupo de CL el rango fue de 24 a 61 años con promedio de 43.2 ± 16.4 años (Cuadro I)

CUADRO 1

SEXO Y EDAD

	CL	CT
MUJERES	105	105
HOMBRES	21	21
EDAD	43.2 +/-	49.5 +/-

En relación al diagnóstico preoperatorio, en el grupo de CL se intervinieron 75.4 % (95) con diagnóstico de colecistitis crónica Litiásica en este rubro fueron intervenidas mediante CT 32.5 % (41) ($p=0.000$), en cuanto a las colecistitis agudas se operaron por laparoscopia 15.1 %, CT 55.6 % lo que también fue significativo ($p=0.000$), se operaron así mismo litiasis asintomática de la vesícula biliar en 5.6 y 6.3 respectivamente y colecistitis alitiásica en 1.6 y 3.2 % de los grupos respectivos (Cuadro II).

CUADRO II

	DIAGNOSTICO	
	CT	CL
COLECISTITIS AGUDA	55.6%	15.1%
COLECISTITIS CRONICA	32.5% (41)	75.4% (95)
COLECISTITIS ALITIASICA	3.2%	1.6%
LITIASIS ASINTOMATICA	6.3%	5.6%

Al realizar la correlación de los diagnósticos clínicos con los histopatológicos mediante la prueba de Kappa no ponderada, se encontró que los diagnósticos de los pacientes sometidos a CL tienen una concordancia adecuada, mientras que en los casos de CT la concordancia es menor. El tiempo quirúrgico fue menor en la CL (87.5+/-54.3) que el realizado en la CT (97.9+/-36.9) ($p<0.000$). la estancia hospitalaria también fue menor para la CL en relación a la CT (cuadro III).

CUADRO III

ESTANCIA HOSPITALARIA	
CL	CT
1.5 +/- 1.3	3.88 +/- 2.5
(P <0.000)	

los procedimientos quirúrgicos realizados prácticamente no arrojaron diferencia estadística, realizándose Colectomía simple en 108 del grupo de CL y 101 de los del grupo de CT. se realizó algún procedimiento de evaluación trans o postoperatorio de la vía biliar en 12 pacientes del grupo CL y 21 del grupo de CT(Cuadro IV).lo que ni en forma global ni en subgrupos de colangiografía transoperatoria ni por CPRE, establecen diferencia. Fue necesario convertir en el grupo de CL a cirugía tradicional en el 3.2% de los casos, las causas se anotan en el Cuadro V.

CUADRO IV

EVALUACION DE LA VIA BILIAR		
	CL	CT
COLECISTECTOMIA SIMPLE	108	101
COLANGIOGRAFIA TRANSOPERAT.	7	18
EXPLO. VIA BILIAR	3	19
CPRE POST.	2	14

CUADRO V

CAUSAS DE CONVERSION CL
N = 4 (3.2%)
- LESION DE VIA BILIAR
SANGRADO NO CONTROLABLE
FALLA DEL EQUIPO
NO IDENTIFICACION ADECUADA DE ESTRUCTURAS

En cuanto al análisis de las complicaciones prácticamente se presentaron en frecuencia similar en ambos grupos, siendo de 9.6% de los pacientes del grupo de CL y 10.3% del grupo de CT (Cuadro VI), en su mayoría complicaciones menores que no modificaron el procedimiento quirúrgico inicial y/o la estancia hospitalaria. En el grupo de CL se presentó un caso de lesión de la vía biliar que se reparó transoperatoriamente. En ambos grupos se presentó un caso de muerte no previsible atribuible al procedimiento.

CUADRO VI

COMPLICACIONES		
	CL	CT
	12	13
LESION DE VIA B.	1	0
BLOQ. INTESTINAL	2	2
INFECC. DE HERIDA	2	3
ATELEC. PULMONAR	1	0
FIST. BILIAR EXT.	1	3
LESION DE MESENTERIO	1	0
PANCREATITIS	1	3
SANGRADO	1	2
PERF. VESICULA	2	0

El dolor se califico en forma subjetiva, para CT para el dolor catalogado como leve fue 0%, moderado en el 82 % e intenso en el 18 %, para la CL el dolor fue menor ya que en el 75% fue de tipo leve, moderado en el 21 % y solo en el 4 % se identifico como intenso, lo que resulto estadísticamente significativo ($p=0.001$)

A los pacientes con CT se les inicio la vía oral en promedio a las 38-40 hrs., a los de CL en el 40.24 % se les inicio a las 12 hrs. y en el 54.03% a las 24 hrs., lo que fue estadísticamente significativo ($p=0.001$). En el cuadro VII se anotan los días de incapacidad que se requirieron siendo menor en la CL.

CUADRO VII

INCAPACIDAD		
	CL	CT
No. PACIENTES	36	40
No. DIAS	405	1162
PROM. PACIENTE	11.2	29.05

por ultimo ,el mecanismo de admisión hospitalaria fue electivo en 86.5 % de los pacientes de CL en contraste con el 37.3 % de CT ($p=0.000$).

CUADRO VIII

ADMISION HOSPITALARIA

	CL	CT
ELECTIVO	86.5% (109)	37.3% (47)
URGENTE	13.5% (17)	62.7% (79)

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la CL tiene muchas ventajas en relación a la CT, así mismo conforme el cirujano tiene mayor experiencia, podrá efectuar cirugías de cuadro agudos ya que se observa que no se incrementan las complicaciones .

La etapa de convalecencia es menor con una mas temprana incorporación a laborar, lo que se traduce en una disminución de los días de incapacidad con un menor gasto en este rubro, así mismo hay un menor costo en relación a material quirúrgico y de curación, la estancia hospitalaria es menor lo que permite poder tener una mayor oferta del recurso cama para poder atender otras patologías.

Por lo anterior se corrobora que la CL es el estándar de oro para el tratamiento de la litiasis vesicular.

CUADRO VIII

ADMISION HOSPITALARIA

	CL	CT
ELECTIVO	86.5% (109)	37.3% (47)
URGENTE	13.5% (17)	62.7% (79)

CONCLUSIONES

Se puede concluir que la CL tiene muchas ventajas en relación a la CT, así mismo conforme el cirujano tiene mayor experiencia, podrá efectuar cirugías de cuadro agudos ya que se observa que no se incrementan las complicaciones .

La etapa de convalecencia es menor con una mas temprana incorporación a laborar, lo que se traduce en una disminución de los días de incapacidad con un menor gasto en este rubro, así mismo hay un menor costo en relación a material quirúrgico y de curación, la estancia hospitalaria es menor lo que permite poder tener una mayor oferta del recurso cama para poder atender otras patologías.

Por lo anterior se corrobora que la CL es el estándar de oro para el tratamiento de la litiasis vesicular.

- 1.- Perez Castro J..Historia.Manual de Cirugia Laparoscopica.1ª ed. Interamericana.Mc Graw Hill1995;5
- 2.- Cueto J. Weber A. Historia de la Cirugia Laparoscopica. CIRUGIA LAPAROSCOPICA. 1ª ed. Interamericana. Mc Graw Hill 1994;3.
- 3.- Cuschieri a . Berci G colecistectomia laparoscopica.2ª ed. Blackwell Scienific Publications. 1994.
- 4.-Lord Smith of Marlow. Dame Sheila Sherlock. Cirugia de la vesicula y vías biliares.2ª ed. Salvat editores1985.
- 5.- Schwartz, Shines Spencer.Principles of Surgery.6ª ed.Mc Graw Hill 1994;1367-1400.
- 6.-De la Torre Martinez G.,Torres Valadez F. Colecistectomia laparoscopica contra colecistetomia abierta: experiecia de 400 casos.Cirujano General 1997; vol 19 num 4:326.
- 7.-Oropeza MR,Shuchleib CS.Ventajas de la colecistectomia laparoscopica en un servicio de cirugia general.Rev Gastroenterol Mex 1991;56:344
- 8.- Perez Castro J.Cirujano General,¿ Cirujano Laparoscopista?. Cirujano General 1998; vol 20 num 3:230.
- 9.- Stellato TA. Historia de la cirugia laparoscopica.Clin quirur nort 1992;vol 5 :975
- 10.- Zucker KA,Bailey RW. Tratamiento laparoscopico delas colecistitis agudas y crónica.Clin Quirur Nort. 1992; vol 5:1017.
- 11.- Schwesinger WH,Diehl AK. Indicaciones cambiantes para la colecistectomia laparoscópica: cálculos sin síntomas y síntomas sin cálculos. Clin Quirur. Nort. 1996;vol 3:485
- 12.- Ponsky JL. Complications of laparoscopic cholecystectomy.Am J surg 1991;161:393
- 13.- Garteiz MD,Medina GE.Complicacioes de la ruptura accidental de la vésicula durante la colecistectomia laparoscópica: informe de un caso.Cirujano General 1998;vol 20 num 4 :304
- 14.- Lau MW,Hall CN.Biliary-cutaneous fistula:an uncommon complication of retained gallstones following laparoscopic cholecystectomy.Surg Laparosc Endosc 1996;6:150-1.
- 15.- Frazee RC,RobertsJW. What are the contraidications for laparoscopic cholecystectomy. Am J surg 1992;164:491-4.