



11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
H.C.N.C.N.

**ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE
COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA,
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Y
COLECISTECTOMIA ABIERTA TRADICIONAL**

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CENTRAL
NORTE DE PETROLEOS MEXICANOS

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN
LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A I
DR. JESUS GONZALO BELTRAN ESCOBAR**



MEXICO, D. F.

1995

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.

PETROLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL NORTE.

COL ECISTECTOMIA POR
MINILAPAROTOMIA.

DR. RICARDO NIEVA KEHOE
DR. JESUS GONZALO BELTRAN ESCOBAR

ASESOR :

DR. RICARDO NIEVA KEHOE

PROFESOR DEL CURSO DE CIRUGIA GENERAL

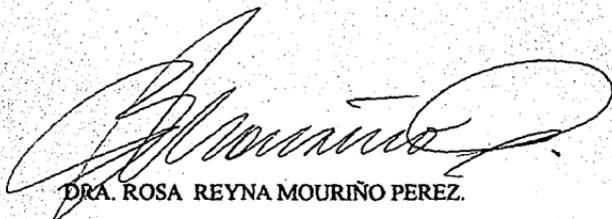
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

DR. LUIS GARCIA IRAZOQUI

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DR. LUIS GARCIA IRAZOQUI

Jefe del Servicio de Cirugía General



DRA. ROSA REYNA MOURINO PEREZ.

Jefe del departamento de Enseñanza e Investigación



AGRADECIMIENTOS

A GOZALO BELTRAN URESTY Y MARIA ESCOBAR PEREZ,

Los mismos cueros tenemos todos los mortales al nacer y sin embargo cuando vamos creciendo el destino se complace en variarnos como si fuésemos de cera y en destinarnos por sendas diferentes al mismo fin.

Padres, gracias gracias por moldearme de esta manera y poneme en esta senda.

A Abelardo, Juan Luis, Juan Manuel, Irma, Guadalupe, Ma. Dolores, Martin, Magdalena, Ma Teresa, Celia y Antonio.

Hermanos, por su confianza y gratitud mil gracias

A NORMA CAMPOS NAVARRO, Con amor, admiración y respeto por compartir triunfos y fracasos, alegrías y tristezas incondicionalmente. Por compartir conmigo el cariño inmenso a nuestro hijo GRACIAS.

A EDGAR GONZALO, por ser un motivo especial en mi vida, Hijo, por el tiempo que te he robado. Con todo mi amor.

A Rene, Genaro, Adrián, Saúl, César, Gustavo, Oswaldo, Pablo y Octavio

Por su amistad y apoyo.

**Al Sr. Eriberto Campos y Sra. Ana Má. Navarro. Por la confianza y ayuda
sincera en estos años.**

A mis compañeros, Juan Carlos y Mario de Jesús

A todos mis amigos quienes disculparon siempre mi ausencia.

A MIS MAESTROS

POR SUS ENSEÑANZAS Y SU AMISTAD

**DR. GONZALEZ HURTADO
DR. YUCANDO NAVARRETE.
DRA. BALDERAS HEREDIA.
DR. LOPEZ LOPEZ.
DR. AGUILAR HERNANDEZ.
DR. RAMON HUAPE MORALES.
DR. MIGUEL MALDONADO RAMIREZ.
DR. JOSE MORA FOL.
DR. PETRONE HERNANDEZ**

**AGRADECIMIENTO ESPECIAL AL
DR. RICARDO NIEVA KEHOE,**

CON ADMIRACION AL DR. LUIS GARCIA IRAZOQUI.

por su apoyo, consejos y enseñanza.

JEFE DE CIRUGIA GENERAL

A LA DRA. ROSA REYNA MOURIÑO PEREZ.

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación, Por su asesoría.

**NO PUEDO DEJAR FUERA
A MIS ENEMIGOS QUE TANTO ME
HAN AYUDADO EN MI CARRERA .**

INDICE

Introducción	2
Planteamiento del problema	5
Justificación	7
Objetivo	8
Material y Método	9
Resultados	15
Discusión	18
Bibliografía	22
Gráfica	23

INTRODUCCION.

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico mas frecuente en el Hospital Central Norte de Concentración Nacional de PEMEX, la colecistopatía litiásica o colelitiásica tiene resolución quirúrgica casi en el 100 % de los pacientes. De ahí la necesidad de ingenio del cirujano de ir modificando la técnica quirúrgica en busca de disminuir morbilidad y mortalidad; así como pronta recuperación, mínimo dolor post-operatorio, factores estéticos satisfactorios, rápida reincorporación a sus actividades cotidianas y además inversión económica menor.

OBJETIVO: Comparar los resultados obtenidos entre la colecistectomía tradicional, laparoscópica y por minilaparotomía.

DISEÑO: Estudio prospectivo. Observacional, Comparativo, con seguimiento longitudinal.

SEDE: Hospital Central Norte de Concentración Nacional de Petróleos Mexicanos.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron expedientes clínicos de 51 pacientes operados de colecistectomía y se dividieron en 3 grupos: El grupo I incluyó 17 pacientes operados de colecistectomía por técnica laparoscópica, el grupo II 17 pacientes operados de colecistectomía por técnicas tradicional y el grupo III (grupo experimental) 17 pacientes post-operados de colecistectomía por minilaparotomía.

En los 3 grupos la indicación de cirugía fue Colecistopatía litiásica o alitiásica, la edad y sexo fue similar e intervenidos por el mismo grupo de cirujanos.

Todos los procedimientos se realizaron en forma electiva.

VARIABLES: Edad, Sexo, Tiempo quirúrgico, Molestias postoperatorias, Estancia hospitalaria, Inicio de la vía oral, Resultados cosméticos, Morbilidad, Impacto económico para el hospital.

COLECISTECTOMIA POR MINILIPAROTOMIA.

“LAS ENFERMEDADES SON DE LO MAS ANTIGUO Y NADA ACERCA DE ELLAS HA CAMBIADO.

SOMOS NOSOTROS LOS QUE CAMBIAMOS AL APRENDER A RECONOCER EN ELLAS LO QUE ANTES NO PERCIBIAMOS...”

CHARCOT,

HISTORIA.

El tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda y crónica se inició en 1667, Cuando Stalpert Von Der Weil informó de cálculos biliares al drenar un absceso de la pared abdominal, (9). Jean Louis Petit, cirujano francés aconsejó en 1933 la incisión directa en una vesícula inflamada de los pacientes con colecistitis aguda, cuya vesícula biliar estaba adherida a la pared abdominal, para el drenaje de pus y cálculos. En esa época se temía tanto abrir la cavidad peritoneal que se propuso una operación en 2 etapas, Durante la primera se adhería la pared de la vesícula biliar a la pared anterior del abdomen y durante las segunda se abría y drenaba la vesícula biliar.

John Bobbs de Indianapolis efectuó en 1867 la primera colecistostomía en Estados Unidos (10). A finales del siglo XIX, Lawson Tete de Inglaterra informó la primera serie de 14 colecistostomias con una sola defunción. Según experiencia de Tete y otros cirujanos, empezaron a recomendar la colecistostomía como procedimiento preferido para tratar la colecistitis aguda o crónica.

La primera colecistectomía fue efectuada por Carl Johann Langenbuch en Alemania, en 1862. Al presentar este informe a la Sociedad de Cirugía en Alemania, Langenbuch emitió su premisa, ahora famosa que señala: “La vesícula

biliar debe researse no por que tenga cálculos, sino por que los produce". Se establecieron controversias entre los cirujanos hacia finales del siglo XIX y a principios del siglo XX, pues se discutía si la operación mas adecuada seria la colecistostomía (muy segura) o la colecistectomía para tratar la colecistitis. De manera gradual y observando resultados se empezó a efectuar la colecistectomía con refinamiento de las técnicas quirúrgicas.

De esta manera la colecistostomía se relego solamente para pacientes muy graves.

Durante el siglo XX se definió mejor el diagnóstico de la colecistitis tanto aguda como crónica y se aplicó para el diagnostico la prueba de Graham Cole (Colecistografía oral) en 1924 y se preparó mejor al paciente en el preoperatorio en una colecistectomía tanto urgente como planeada, el procedimiento operatorio se fue volviendo mas seguro.

Las intervenciones para colecistectomía se han ido perfeccionando, lo que las vuelve mas seguras y eficaces gracias a diversos aspectos como refinamiento en la técnica anestésica, mayores conocimientos sobre restitución de líquidos, aparición y empleo de antibióticos, desarrollo de colangiografía transoperatoria por Mirizzi en 1931 (8) y refinamiento continuo de la técnica tanto de colecistostomía como de colecistectomía por diversos cirujanos del mundo.

Un informe reciente de Guilliland y Traverso indican que la morbilidad total de la colecistectomía durante los últimos 10 años es del 4 %. Con una mortalidad operatoria menor del 1 %. La mortalidad operatoria de una colecistectomía planeada que se efectúa en un paciente menor de 90 años es casi de cero (1).

Es por estas estadísticas presentadas que la colecistectomía por técnica tradicional "es un procedimiento muy seguro para tratar las colecistopatías litiásicas o no".

El tratamiento para colelitiasis por medio del uso de técnicas de Laparoscopia fue efectuado por Mouret en Francia en el año de 1987 efectuando un procedimiento de colecistectomía laparoscópica experimental en Ovejas (4). En 1988 Morris canuló la vesícula directamente retirando las piedras sin extirparlas. En ese mismo año Dobuois, kerman, Redick y Dison reportaron las primeras series. Describiendo morbilidad tan baja que la colocan como "Estándar de oro" para este procedimiento.

En México se inicia la laparoscopia para colecistectomía en 1990, con el Dr. Gutiérrez, Rojas y Mosqueda.

En el Hospital Central Sur de PEMEX (Picacho) se inició en 1992, en ese mismo año se inicio la colecistectomía por laparoscopia en el Hospital Central Norte, en el mes de Octubre.

En 1988, en México inicia la Minilaparotomía para biopsia hepatobiliar, bajo anestesia local (5).

En 1992, en Japón, se inician colecistectomías por minilaparotomía. Obteniéndose resultados ventajosos sobre la colecistectomía abierta tradicional y similares o mejores que la colecistectomía por laparoscopia (3).

En 1993, en H.C.N.C.N. PEMEX. En el Servicio de Cirugía General, iniciamos la realización de colecistectomía por minilaparotomía como alternativa técnica para la patología vesicular, ofreciendo ventajas en cuanto a mínimo dolor postoperatorio, factores estéticos satisfactorios, heridas menores de 5 cm. de longitud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La colecistectomía tradicional es un procedimiento quirúrgico ya establecido y se realiza con una seguridad que brinda al paciente sometido a este procedimiento la curación definitiva con una mortalidad casi del 0 % y una morbilidad postoperatoria del 3 %. Las técnicas alternativas propuestas en los últimos años han perfeccionado la técnica, ya que además de proporcionar una curación al paciente se le proporciona la pronta reincorporación a sus actividades cotidianas, se disminuyen las complicaciones de hernias de pared, los resultados estéticos son excelentes.

No cabe duda que la colecistectomía laparoscópica es uno de las mayores cambios de los últimos 100 años, (9, 10). En la cual se reporta una mortalidad similar a la técnica tradicional y una morbilidad en general del .3 al 1 %.

La popularidad y difusión de la colecistectomía por laparoscopia la convierte hoy por hoy en el "ESTANDAR DE ORO" para la realización de

colecistectomía. Es por eso que en lugares donde no se cuenta con equipo sofisticado para la realización de esta técnica se debe obligar a buscar alternativas quirúrgicas que ofrezcan las mismas o mayores ventajas que estas, con el mínimo de recursos existentes, sin poner en riesgo la vida y función del paciente.

La colecistectomía por minilaparatomía es una técnica relativamente nueva, en México, la realización de este procedimiento esta en controversia. En nuestro hospital (H.C.N.). La colecistectomía por minilaparotomía busca brindar una alternativa quirúrgica a las técnicas de colecistectomía ya existentes. Por lo que creemos conveniente el análisis de su técnica y procedimiento y si existen ventajas o no sobre las técnicas que habitualmente se realizan, indicaciones preoperatorias y contraindicaciones, demostrar si tiene realmente ventajas económicas o no.

Considerando el impacto en el quehacer diario de los cirujanos, nos obliga a realizar el siguiente cuestionamiento.

¿La colecistectomía por minilaparotomía ofrece ventajas sobre la colecistectomía tradicional?

¿La colecistectomía por minilaparotomía ofrece ventajas sobre la colecistectomía laparoscópica ?.

¿Cuales son las indicaciones para realizar esta cirugía?

¿Este tipo de cirugía esta exenta de las complicaciones que presentan los procedimientos tradicionales?

¿En nuestra institución es útil la implantación de este procedimiento quirúrgico?.

JUSTIFICACION.

Las colecistopatías en México son las enfermedades más comunes y constituyen el 30 % de las causas de intervención en cirugía. En los Estados Unidos de Norte América se efectúan 600,000 Colecistectomías por año con técnica abierta.

En nuestro Servicio de Cirugía general la colecistectomía abierta es el segundo procedimiento quirúrgico mas frecuente que lleva a los pacientes a periodos de hospitalización de 3 a 7 días y una recuperación e incapacidad laboral de 3 a 6 semanas, las alternativas terapéuticas son: Disolución de cálculos litotripsia, drenaje percutáneo, colecistectomía laparoscópica y colecistectomía por minilaparotomía como técnica reciente en nuestro hospital.

Como la colecistectomía abierta ofrece una curación definitiva de la enfermedad, es un procedimiento seguro de comparación. En nuestra institución se realiza desde 1992 la colecistectomía por laparoscopia hasta el momento con éxito, por lo tanto constituye un procedimiento, Como estándar de oro a comparación.

Actualmente existen reportes de grandes series en los cuales ofrecen como alternativa terapéutica la realización de colecistectomía por minilaparotomía como alternativa quirúrgica terapéutica que reduce al mínimo la estancia hospitalaria, el ileo intestinal reflejo, complicaciones de anestesia general, reincorpora tempranamente al paciente a sus actividades cotidianas, disminuye el dolor postoperatorio, disminuye las posibles complicaciones de hernias incisionales y los resultados estéticos son superiores a ambas técnicas anteriores ya que prácticamente no existe mortalidad y la morbilidad es mínima.

OBJETIVO.

El objetivo de este trabajo es el de hacer un análisis comparativo de la colecistectomía abierta tradicional, la colecistectomía laparoscópica. Con una técnica de reciente proposición como es la colecistectomía por minilaparotomía e informar los resultados de cada una de las técnicas, en lo referente a complicaciones, malestar postoperatorios, estancia hospitalaria, recuperación y consideraciones estéticas, así como especificar las indicaciones de cada una de ellas.

TIPO DE ESTUDIO.

- PROSPECTIVO
- OBSERVACIONAL
- COMPARATIVO.
- LONGITUDINAL.

UNIVERSO

Todos los pacientes que se sometan a colecistectomía por minilaparotomía en el H. C. N. de Petróleos Mexicanos en un período comprendido de marzo de 1994 a diciembre de 1994.

Comparados con un número similar de pacientes postoperados de colecistectomía tradicional y laparoscópica por el mismo grupo de cirujanos.

MUESTRA.

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes postoperados

- Hoja de récord quirúrgico
- Hoja de récord anestésico
- Control postoperatorio
- Se anexo una hoja de recolección de datos
- Base de datos en un programa Dbase IV
- Se analizará en el Programa EPI-Info.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes en que se realice colecistectomía por minilaparotomía de cualquier edad y pacientes con patología similar en los que se realice colecistectomía tradicional y laparoscópica por el mismo grupo de cirujanos.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes en los que se haya realizado un procedimiento quirúrgico similar, pero con diferente cirujano.

Pacientes en los que la incisión haya sido ampliada por necesidades técnicas o patología no advertida previamente.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con patología agregada como:

- Pancreatitis
- Obstrucción de la vía biliar
- Obesidad
- Pacientes con múltiples adherencias de hemiabdomen superior

VARIABLES

- | | |
|-------------------|------------------------|
| - Edad | - Tiempo de anestesia |
| - Sexo | - Tiempo quirúrgico |
| - Antecedentes | - Intensidad del dolor |
| - Diagnóstico | - Días de estancia |
| - Tipo de cirugía | - Incapacidad |
| - Complicaciones | - Aspectos estéticos |
| - Impacto social | |

PLAN DE RECOLECCION

Se revisaron expedientes clínicos del Hospital Central Norte, así como récord quirúrgico anestésico y control postoperatorio, los cuales se anexaron a una hoja de recolección de datos.

El tipo de muestreo fue aleatorio simple

El procesamiento de la información se llevó a cabo con una computadora PC/Xt, con la siguiente paquetería

- Dbase IV
- Microsoft Word
- Windows
- EPI-Info
- Harvard Grafics

PROGRAMA DE TRABAJO

El trabajo se realizó en un periodo comprendido de 10 meses

RECURSOS

- Equipo quirúrgico (cirujano y 2 ayudantes)
- Anestesiólogo
- Instrumentista y circulante
- Instrumental rutinario de colecistectomía con instrumental largo
- Hemoclip
- Ligaclip

INSTRUMENTACION

En nuestro Hospital de Petróleos Mexicanos, iniciamos nuestra propia experiencia con este tipo de técnica quirúrgica, por tal motivo realizamos este trabajo para un estudio prospectivo observacional y longitudinal, para poder determinar mortalidad, indicaciones y conversión a cirugía tradicional, determinar el tiempo quirúrgico, el tiempo anestésico, días de estancia hospitalaria, molestias postoperatorias y al final se estableció una valoración de costos de cada una de las técnicas quirúrgicas.

SELECCION Y VALORACION DE PACIENTES

Las indicaciones para colecistectomía por minilaparotomía son las mismas que para la colecistectomía ordinaria y laparoscópica, las contraindicaciones para la operación se están valorando de manera gradual y dependen de la experiencia del equipo quirúrgico; los individuos con obesidad

mórbida plantean muchas dificultades técnicas por disminución en el campo quirúrgico.

INDICACIONES PARA MINILAPAROTOMÍA.

- Colelitiasis y cólico biliar
- Pólipos asintomáticos de vesícula biliar.
- Pancreatitis biliar resuelta.
- Colecistitis crónica asintomática.
- Colecistitis aguda, no complicada.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA MINILAPAROTOMIA

- Operación previa en la parte alta del abdomen
- Trastorno hemorrágico menor.
- Obesidad mórbida.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS PARA MINILAPAROTOMIA

- Colangitis aguda.
- Pancreatitis aguda.
- Peritonitis.
- Hipertensión portal.
- Embarazo.
- Trastorno hemorrágico grave.

EVALUACION PREOPERATORIA

Valoración por médico especialista de cirugía general, realizando una adecuada historia clínica, enfatizando en los antecedentes de ictericia, acolia y coluria.

Valoración de Ultrasonografía de hígado y vías biliares descartando coledocolitiasis o dilatación de la vía biliar.

En todos los pacientes se efectuará colecistografía oral si hay datos clínicos de colecistopatía alitiásica.

Además se efectúan:

- Preoperatorios de rutina.
- Pruebas de función hepática.
- Amilasa sérica y urinaria.
- Valoración por anestesióloga.
- Valoración por cardiología (mas de 40 años)
- Entrevista con el equipo quirúrgico para explicar el procedimiento y la posibilidad de convertirlo a una técnica tradicional.

INDICACIONES PREVIAS A LA CIRUGÍA

- Baño en regadera.
- Canalizar vena periférica antebrazo izquierdo.
- Vendaje de miembros inferiores.
- Pasar a sala de quirófano en cuanto se solicite.
- El paciente se hospitaliza directamente a recuperación el mismo día de la cirugía.

TECNICA QUIRURGICA.

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA.

Bajo anestesia regional, mixta o general (Preferimos la regional). El paciente en decúbito dorsal en la mesa de cirugía. Se realiza asepsia y antisepsia de la región abdominal y torácica inferior, se colocan campos estériles los cuales se aseguran entre sí con pinzas de campo, se realiza una incisión en piel, subcostal derecha oblicua con vértice interno superior, no mayor de 5 cm. de longitud, se incide tejido celular con bisturí eléctrico para evitar sangrado y se realiza hemostasia con electrocauterio. Se incide aponeurosis del recto anterior derecho en el mismo sentido de la herida quirúrgica, se separan a continuación las fibras del músculo recto anterior derecho sin cortarlas para descubrir peritoneo el cual

se abre con bisturí frío, se explora cavidad abdominal con el dedo índice del cirujano, se introducen 2 gasas anudadas en la cavidad abdominal para separación de duodeno y estomago, se coloca separador a hígado, posteriormente se incide el ligamento hepatoduodenal y se disecciona el triángulo de Calot para identificación de sus elementos, se procede a realización de colocación de grapas (Hemoclip) a la arteria cística para poder dividirla con tijera larga, posteriormente se realiza grapado del conducto cístico con hemoclip o ligaclip. Se procede a realizar colecistectomía de manera retrógrada con disección roma y cortante, se verifica hemostasia, se puede dejar drenaje o no, si así lo prefiere el cirujano. Se realiza el cierre de pared con dextron 0 para peritoneo, dextron 1 para aponeurosis y se cierra piel con dermalon 000, con puntos subdérmicos.

En el grupo de nuestros pacientes siempre cerramos el lecho vesicular con crómico 00.

CUIDADOS POSTOPERATORIOS.

- El paciente sale a la sala de recuperación.
- No se coloco sonda de Levin.
- No se coloco sonda de foley.
- Se iniciara la vía oral en cuanto se recupere de la anestesia
- Deambulación temprana.
- Alta las primeras 24 hs. si sus condiciones son satisfactorias.
- El paciente puede reanudar sus actividades normales en 7 días por lo que la incapacidad otorgada solo es de 7 días (en caso de los pacientes que por ser trabajadores activos así lo ameriten).

RESULTADOS

Se revisaron los expedientes de 51 Pacientes postoperados de colecistectomía y se formaron 3 grupos, cada grupo con técnica para colecistectomía diferente: el grupo I corresponde a los pacientes que se operaron por colecistectomía laparoscópica; el grupo II se operaron por medio de colecistectomía tradicional y el grupo III se sometieron a colecistectomía por minilaparotomía, estos tres grupos se compararan obteniendo los siguientes resultados:

El grupo I se trato de 17 pacientes, 15 mujeres y 2 hombres con un rango de edad de 39 a 79 años y una media de 43 años.

El grupo II con 17 pacientes, 11 mujeres y 4 hombres con un rango de edad de 19 a 94 años y una media de 37 años.

El grupo III con 17 pacientes, 16 mujeres y 1 hombre con rango de edad entre 15 y 61 años, con una media de 36 años.

El 100% de los pacientes presento antecedentes de intolerancia a los colecistoquinéticos, así como dispepsia y por la menos habian tenido un cuadro de cólico biliar, en ninguno de los pacientes se presentaron antecedentes de ictericia, acolia o coluria.

El diagnóstico en todos los casos (100 %) fue clínico y por ultrasonido de vesícula y vías biliares, todos los procedimientos quirúrgicos fueron programados y a todos los pacientes se les efectuó de manera rutinaria biometría hemática, Química sanguínea y examen general de orina, pruebas de coagulación, los cuales se encontraban dentro de los límites normales en todos los casos.

A los pacientes del grupo I, se les administro anestesia general en todos los casos. A los pacientes del grupo II se les administro anestesia combinada (bloqueo peridural mas sedación, cánula endotraqueal). En los pacientes del grupo III a 11 pacientes se les administro anestesia regional, a 4 pacientes mixta y a solo 2 pacientes anestesia general.

En los pacientes de grupo I el tiempo quirúrgico oscilo en un rango de 70 a 250 minutos con una media de 180 min. En los pacientes del grupo II, el tiempo

osciló de 60 a 120 min, con una media de 90 minutos y en el grupo III, el tiempo quirúrgico osciló entre, 150 y 180 minutos con una media de 106 minutos.

El inicio de la dieta posterior a la cirugía también fue analizado. En el grupo I, el rango de horas de inicio osciló entre 8 a 44 horas con una media de 12 hs. en el grupo II con un rango de 17 a 30 hs., con una media de 20 hs. y en el grupo III una media de 10 hrs.

El dolor postoperatorio: en el grupo I, el 65 % de los pacientes presentó dolor leve y el 25% de los pacientes presentó dolor moderado; el grupo II, el 30 % de los pacientes presentó dolor leve y el 70 % de los pacientes dolor moderado; en el grupo III, el 94 % de los pacientes presentó dolor leve y el 6 % dolor moderado.

Los días de estancia intrahospitalarios: los pacientes del grupo I, permanecieron 2 días hospitalizados; los pacientes del grupo II, permanecieron 3 días hospitalizados, mientras que los pacientes del grupo III permanecieron solo un día hospitalizados.

Los días de incapacidad: en el grupo I oscilaron de 7 a 33 con un promedio de 13 días; en el grupo II fue de 21 a 42 días, con un promedio de 28 días; en el grupo III de 7 a 28 días con un promedio 9 días.

Los resultados cosméticos fueron adecuados en el 100 % de los pacientes del grupo I. En los pacientes del grupo II, solo 2 pacientes mostraron aceptación por los resultados cosméticos. En el grupo III el 100 % de los pacientes mostraron aceptación por los resultados cosméticos, cabe mencionar que el promedio de longitud de la herida para este grupo fue de 4.1 cm.

El costo promedio de una colecistectomía tradicional con tres días de hospitalización en nuestro hospital es de 15,400 N\$ y en promedio se gasta por 28 días de amparo 3,920 N\$, $T = N\$ 19,320$.

El costo de una colecistectomía por laparoscopia en nuestro hospital con 2 días de hospitalización es de 40,100 N\$ y en promedio se gasta por 13 días de amparo 1,820 N\$. $T = N\$ 41,920$.

El costo de colecistectomía por minilaparatomía con un día de hospitalización en esta unidad es de N\$ 13.000 y con 9 días de amparo 1,260 N\$ T = 14,260 N\$.

DISCUSION

La colecistectomía por técnica tradicional abierta ha demostrado ser muy segura a través del tiempo, con morbilidad muy baja y casi sin mortalidad (1, 5).

En esta unidad en 1994, se demostró que la colecistectomía por laparoscopia tiene ventajas sensibles sobre la tradicional, lo cual corresponde a lo publicado en la literatura mundial, con una morbilidad de .3 a .6 y una mortalidad casi de 0. Lo cual demuestra la supremacía de esta técnica sobre la tradicional, en lo cual la convierte en esta unidad médica y en todo el mundo en el mejor método hoy por hoy, la colecistectomía. Por tal motivo, ya que es el estándar de oro para la colecistectomía la compararemos con mas énfasis con la técnica por minilaparotomía.

Nosotros en el H.C.N de PEMEX, iniciamos nuestra propia experiencia con la técnica por minilaparotomía a partir de 1994 y aportando a la técnica quirúrgica la no sección del músculo recto anterior derecho del abdomen con lo que, disminuye importantemente el dolor en estos pacientes. Se comparó esta técnica con la tradicional realizada en esta unidad y la experiencia Laparoscópica que no es mucha en este lugar también. Obteniéndose de este estudio comparativo amplias ventajas de una técnica sobre otra.

Observamos que la gran parte de la población es femenina, y corresponden en su mayoría a la tercera y cuarta décadas de la vida, esto es razonable ya que son los grupos mas afectados por la colecistopatía. Nos dimos cuenta que la estancia hospitalaria y los días de incapacidad en los pacientes con minilaparotomía son menores y los resultados fueron satisfactorios en todos los pacientes desde el punto de vista estético. Se utilizó anestesia regional en la mayoría de los pacientes con lo cual la recuperación fue mas pronta y por ende el inicio de la vía oral con mas brevedad de tiempo, lo que evita un ileo (además de la mínima movilización de asas). En la laparoscópica se utilizan sondas de levin y de foley (molestas para el paciente), en la minilaparotomía no las utilizamos.

El costo de un equipo de cirugía laparoscópica es excesivamente caro, y la minilaparotomía se realiza con el equipo normal. de cirugía de vías biliares.

En este Hospital y a nivel privado, la colecistectomía laparoscópica es mas cara económicamente hablando que la minilaparotomía.

Los resultados en cuanto a pronta recuperación del paciente se observaron en la minilaparotomía, no se administraron antibióticos, lo cual es rutinario en la laparoscópica.

En uno de los casos de minilaparotomía se envió a esfinterotomía transduodenoscópica por litiasis residual.

La selección adecuada del paciente, basada en estudios clínicos y preoperatorios hacen que esta técnica represente ventajas sobre las técnicas conocidas, Hay que tomar en cuenta que la habilidad de cirujano es importante para practicar esta cirugía, ya que el campo operatorio es sumamente reducido.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE:

FECHA:

EDAD:

SEXO:

ANTECEDENTES:

DIABETICOS: HIPERTENSOS:

INTOLERANCIA COLECISTOQUINETICOS: V F DISPESIA: V F
 ICTERICIA: V F ACOLIA: V F COLURIA: V F CUADROS PREVIOS DE
 COLECISTITIS: V F
 DIAGNOSTICO: CLINICO: V F RADIOLOGICO: V F US: V F
 FECHA-. COLECISTOGRAFIA ORAL: V F COLANGIOGRAFIA IV: V F
 CPRE: V F
 CIRUGIA:

PROGRAMADA: V F URGENCIA: V F

LABORATORIO:

PREOPERATORIOS: BH__ Hh__ HCTO__ LEUCOS__ AMILASA

BILIRRUBINAS__ DIRECTA__ INDIRECTA__ EGO__ OTROS__

PROCEDIMIENTO: LAPAROSCOPICA ABIERTA

ANESTESIA: BLOQUEO: V F GRAL: V F OTRAS ESPECIFICAR

DURACION DE LA CIRUGIA:

CAMBIO A TECNICA ABIERTA: CAUSAS

COMPLICACIONES:

DOLOR POSTOPERATORIO: INTENSO: V F MODERADO: V F LEVE: V F

INICIO DE DIETA HRS DESPUES:

USO DE ANTIBIOTICOS: V F TIPO:

DIAS DE ESTANCIA:

DIAS DE INCAPACIDAD TOTAL:

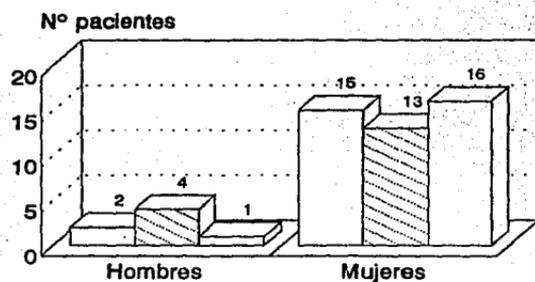
COMPLICACIONES TARDIAS:

MORTALIDAD:

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Guilliland TM: Traverso UT: Modern standards Comparison of Chole cystectomy with alternative treatments for simptomatic Cholelithiasis with emphasis on long term relief of symptoms Surg Gynecol Obstet, 170: 39-44, 1990.
- 2.-Robert E, Hermann: Operaciones para la colecistitis aguda y crónica. Clinicas quirúrgicas de Norteamérica, Cleveland, Ohio. pp 1277, 89.
- 3.-Baxter BN: Laparoscopic or minilaparotomy Cholecistectomy. feb 29. 304(6825) p 559-50. 1992.
- 4.-Dent AL: Surgeons, Gastroenterologist endoscopists. Surg.Gynecol Obstet 153:733-403 1991.
- 5.-Orozco H: Evaluación de la minilaparotomía en el Diagnóstico de las enfermedades hepatobiliares Gastroenterol. Méx. JUL-Sept.. 45: 115-23.1980.
- 6.-Graves HA, Ballinger JF, Anderson WJ: Appraisal of laparoscopic Cholecystectomy. Inn Surg 213: 655-664, 1991
- 7.-Gutierrez L. Grau L. Rojas A. Mosqueda G: Colecistectomía por laparoscopia informe de primer caso realizado en México.
- 8.-Mirrizzi PL: Operative Cholangyografy. Surg. Gynecol Obstet 65-77 702,1937.
- 9.-Robinson J.O. Silvergills Surgery Tract, Austin, 1985, p 85
- 10.-Sparkman RS: Bobbs centennial. The first Cholecystectomy. Surg. Gynecol Obstet 61: 965-971. 1987.
- 11.- Lista de presión Unitarios por servicios presentados de la Subdirección Técnica administrativa. PEMEX. HCNCN. feb 1995

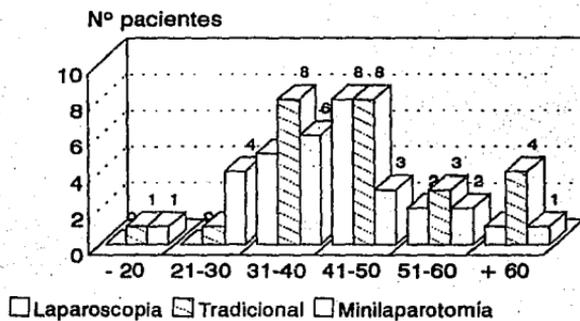
COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA FRECUENCIA EN BASE AL SEXO



□ Laparoscopia ▨ Tradicional □ Minilaparotomía

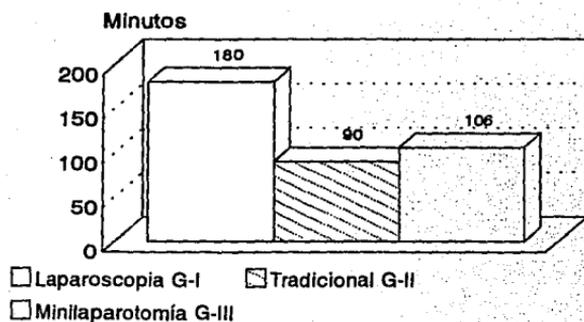
Gráfica N° 1

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA GRUPOS DE EDAD



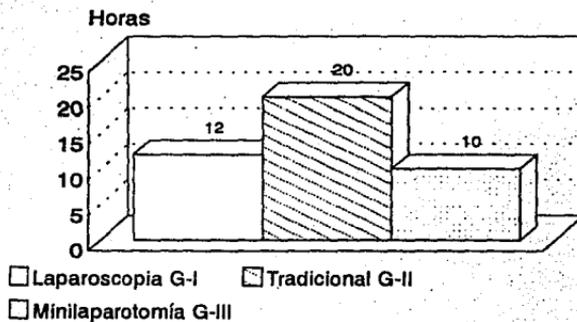
Gráfica N° 2

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA TIEMPO QUIRURGICO



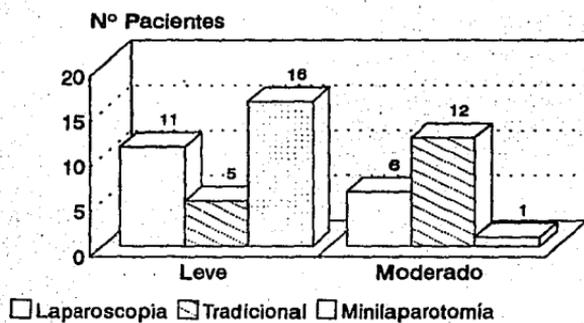
Gráfica N° 3

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA INICIO DE DIETAS



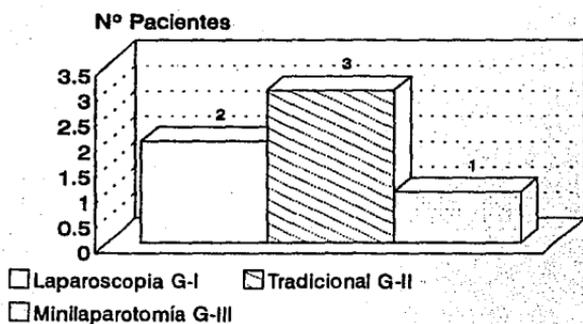
Gráfica N° 4

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA DOLOR POSTOPERATORIO



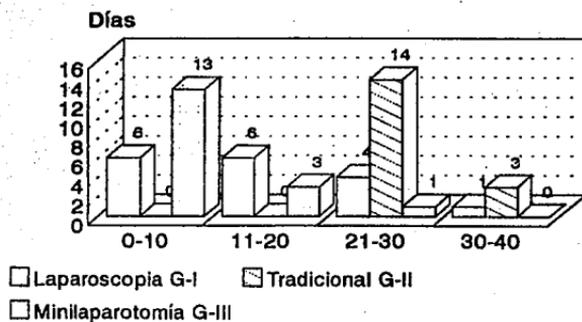
Gráfica N° 5

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA DIAS DE ESTANCIA



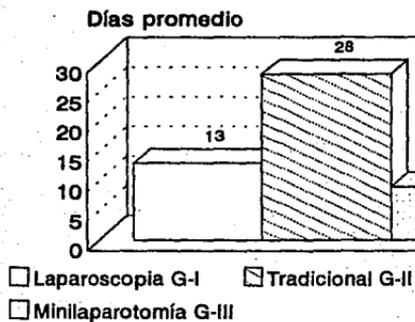
Gráfica N° 6

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA DIAS DE INCAPACIDAD



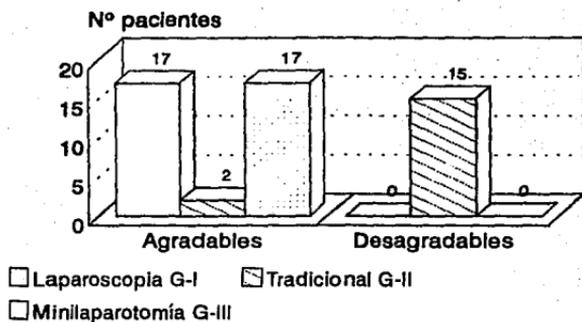
Gráfica N° 7

**COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA
DIAS DE INCAPACIDAD**



Gráfica N° 8

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA RESULTADOS COSMETICOS



Gráfica N° 9

COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA IMPACTO ECONOMICO



Gráfica N° 10