



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

11209
1
2ej

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"
I. S. S. S. T. E.

"REVISION DE LOS 120 CASOS INICIALES DE
COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA EN EL H. G. Z. No. 24
DEL I. M. S. S."

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO
EN LA ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A I
DR. FRANCISCO LADAME CASTILLO



ISSSTE

MEXICO, D. F.

1995

FALLA DE ORIGEN



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.

**C.M.N. "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.**

**"REVISION DE LOS 120 CASOS INICIALES
DE COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA EN EL H.G.Z. # 24 DEL
I.M.S.S."**

TESIS

**QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD
EN:**

CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. FRANCISCO ADAME CASTILLO

ASESOR:

**DR. AUGUSTO CESAR RESENDIZ
RAMIREZ**

MEXICO D.F.

OCTUBRE 1994

5/5/66
DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR

Profesor titular y jefe del servicio de Cirugía General. Centro Médico Nacional 20 de Noviembre I.S.S.S.T.E.

Resendiz
DR. AGUSTO CESAR RESENDIZ RAMIREZ

Asesor de tesis y médico adscrito del servicio De Cirugía General del Hospital General de Zona #24 del IMSS.

DR. ROBERTO REYES MARQUES

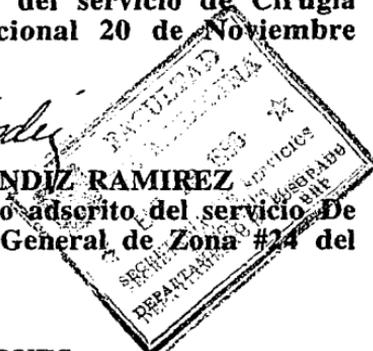
Coordinador de enseñanza de Cirugía Centro Médico Nacional 20 De Noviembre I.S.S.S.T.E.

DRA. AURA ERAZO VALLE

Jefe de la oficina de investigación y divulgación Centro Médico Nacional 20 De Noviembre I.S.S.S.T.E.

Gutiérrez
DR. EDUARDO LLAMAS GUTIÉRREZ

Coordinador de enseñanza e investigación Centro Médico Nacional 20 De Noviembre I.S.S.S.T.E.



JEFATURA DE ENSEÑANZA

DEDICATORIA:

A DIOS:

Por permitirme lograr un objetivo más en mi vida.

A MI ESPOSA:

LIDIA FRANCO CHAVEZ, quien con su presencia, su cariño, amor desinteresado, paciencia y dedicación, han sido estímulos o impulsos más importantes para poder concluir esta obra. Con todo mi cariño para ti.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

por su apoyo incondicional

A MIS FAMILIARES DIRECTOS E INDIRECTOS:

por su apoyo desinteresado.

A MIS MAESTROS DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL:

quienes con su ayuda desinteresada han hecho posible la realización de esta tesis.

AL DR. AUGUSTO CESAR RESENDIZ RAMIREZ:

Por sus enseñanzas dentro del ámbito médico y su apoyo constante en la elaboración de esta tesis, le agradezco profundamente su valiosa ayuda.

INDICE:

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	3
HIPOTESIS	4
OBJETIVOS	4
MATERIAL Y METODOS	5
RESULTADOS	7
DISCUSION	8
CONCLUSIONES	9
BIBLIOGRAFIA	10
APENDICE (GRAFICAS)	12

RESUMEN:

Se estudiaron en forma prospectiva los primeros 120 casos de colecistectomía Laparoscópica realizados en un lapso de 6 meses en el hospital general de zona #24 del I.M.S.S. Durante los meses de marzo a agosto de 1994; tomando en cuenta que ésta nueva técnica cumple con los requisitos de seguridad y resolución para realización de ésta cirugía, además de que permite al paciente una mejor recuperación, lo que se traduce en menores molestias, una corta estancia intrahospitalaria y ahorro financiero. Analizamos las siguientes variables con los siguientes resultados: 18 hombres (15%) y 102 mujeres (85%), con un rango de edad entre 15-84 años (media: 43 años); las complicaciones fueron: Lesión biliar 2, bilioma 2 y hernia de pared 2; las causas de conversión a colecistectomía abierta fueron: 2 coledocolitiasis, 2 lesiones de colédoco y 1 vesícula escleroatrófica; el tiempo quirúrgico tuvo un rango entre 20 y 180 minutos (media: 72.6 minutos); el rango de estancia hospitalaria estuvo entre 1 y 11 días (media: 1.5 días); las incapacidades estuvieron en el rango de 7 a 28 días (media: 8.5 días). Por lo que concluimos que nuestros resultados son semejantes a los presentados en la literatura, con una excelente recuperación y menos molestias postoperatorias, así como menos días de incapacidad, con un rango de complicaciones dentro de lo permisible para el procedimiento, esto logrado gracias a que todos los cirujanos que participaron tuvieron una previa capacitación.

INTRODUCCION:

La Colectistectomía es un procedimiento que se ha utilizado ininterrumpidamente desde su descripción original por Carl Langenbuch, en Berlín, Alemania, en 1882 (1). Hace 100 años, sin embargo, con el resurgimiento de la endocirugía, especialmente la cirugía Laparoscopia, a partir de Marzo de 1987, en Lyon, Francia, Philippe Mouret revolucionó la colectistectomía al realizar la primera por vía Laparoscopia (2), con ello se ha encontrado el método ideal para el tratamiento de las enfermedades vesiculares, no obstante, durante su evolución y desarrollo se han presentado algunas complicaciones, de las cuales, pocas son atribuibles al procedimiento en sí y las restantes son las propias de la colectistectomía (3,4). Toda esta experiencia ha dado como resultado, la disminución en la morbimortalidad, así como en el período de convalecencia (5). Es conveniente correlacionar con lo que se ha reportado en la literatura, ya que las complicaciones tienden a disminuir cuando la experiencia del cirujano es mayor. La introducción de la colectistectomía Laparoscopia ha resultado en un incremento de la frecuencia de la cirugía sin aumento de la mortalidad. La frecuencia de lesiones de los conductos biliares ha sido baja. La disminución de la frecuencia de las complicaciones esta en relación directa con la llamada curva de aprendizaje específica para el procedimiento (6). Se ha documentado que el costo beneficio del método es bueno, en correlación al método con la colectistectomía abierta. La colectistectomía Laparoscopia resultará un método de más bajo costo ya que requiere de una hospitalización breve, un menor tiempo en sala de

operaciones, pronta recuperación y menos morbilidad, considerando el empleo del instrumental y equipo necesarios. y un rápido retorno a sus trabajos. en un promedio de 10 días (7). El tiempo promedio de estancia hospitalaria reportado en la literatura es de 1 a 2 días en largas series de pacientes estudiados (8). Se han descrito los factores en relación con las lesiones mayores de las vías biliares; el primero y el más importante probablemente, es la experiencia individual del cirujano 1) la realización del procedimiento en academias contra la practica privada circundante, 2) el número de expertos atendiendo a los asistentes y 3) la duración de la operación (5).

JUSTIFICACION:

Tomando como referencia la experiencia que con Colectistomía Laparoscopia se ha reportado en la literatura mundial. Se describe: mortalidad de 0.6%, equiparable con el método convencional de la colecistectomía (3), corta estancia hospitalaria, menores molestias postoperatorias, recuperación rápida y el ahorro en recursos de toda índole, incluyendo los financieros. Tomando en cuenta lo anterior, queremos comprobar si en nuestro medio las condiciones y factores antes mencionados son similares a los reportados en la literatura y así poder incrementar la utilización de éste método en las instituciones del sector salud.

HIPOTESIS:

La colecistectomía Laparoscópica es un procedimiento que ofrece la misma seguridad para el tratamiento de las enfermedades vesiculares que la colecistectomía abierta o convencional con una mejor y más corta convalecencia.

OBJETIVOS:

- I) Revisar 120 casos de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el HGZ #24 del IMSS.

- II) Describir la frecuencia de las complicaciones:
 - a) Hemorragia transoperatoria y postoperatoria
 - b) Lesión de vías biliares
 - c) Infección de herida quirúrgica
 - d) Hernia de pared
 - e) Bilioma.

MATERIAL Y METODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, longitudinal y prospectivo, donde se estudiaron a los primeros 120 pacientes sometidos al procedimiento de cole-cistectomía Laparoscopia por enfermedad de la vesícula biliar, en el HGZ#24 del IMSS. Por médicos cirujanos generales diplomados en la realización de este método, se llevó a cabo una revisión trans y postoperatorias de los casos, donde se analizaron estadísticamente los resultados de la evolución y las complicaciones de los pacientes, con las siguientes variables: hemorragia transoperatoria y postoperatoria, lesión de vías biliares, infección de la herida quirúrgica, hernia de pared y bilioma. Revisamos las causas de conversión a colecistectomía abierta, días de estancia hospitalaria e incapacidad. Los datos fueron capturados y vaciados a una hoja de calculo del programa. Excell, donde se procesaron y se realizó la graficación de los mismos, utilizando estadística descriptiva. Se incluyeron en el presente estudio: pacientes de ambos sexos, sin rango de edad, con cualquiera de los siguientes diagnósticos: colecistitis crónica litiásica, colecistitis crónica alitiásica, colecistitis alitiásica aguda, aguda alitiásica y pólipos sintomáticos de vías biliares; se excluyeron todos aquellos pacientes con indicación absoluta o relativa para exploración de vías biliares. El aparato para realizar el procedimiento de cole-cistectomía Laparoscopia fue un equipo de laparoscopia "STRYKER" que incluye: videocámara (Stryker) 3 CHIP modelo #782,120VAC 50-60 HZ 0.4A serie 93031594MC. fuente de luz (Stryker)#220-136-000 100-

120VAC, 50-60 HZ 3.0 A serie 9211005492, endoscopio (Stryker) 0, 380-10, serie 93031784 LP, gancho de cauterio (Striker) 3/2 10 serie 250-40-101 2598. monitor TV (SONY) trinitron color video monitor modelo PVM 1943 MD AC 120v 60HZ 130W.max. videocassetera (TOSHIBA) modelo #SU 771 AC 120v 60HZ 35w serie 79221727., insuflador (Stryker) 620-030-000, 110v, 60HZ, cauterio (BIRTCHEK) modelo 771 serie #RD86E3005 115V , 50-60HZ 6.2 Amps. tanque de Co2 capacidad 400 litros, dentro del instrumental de endocirugía: tijera curva 32cms DCS12, pinza extractora, DEX-41 32cms, Grasper DSG-23-32cms, disector curvo o maryland PCD#32 Trocar de 10mm dos, de 5mm dos, aguja de Verres, endobolsa, grapas de titanio: (ETHICON) ligaclip extra LT 300 medium large.

Para el análisis se registraron las siguientes variables: Edad, sexo, fecha de Ingreso, fecha de egreso, hallazgos quirúrgicos, complicaciones transoperatorias (Hemorragia, Lesión de vías biliares), Evolución posoperatoria y complicaciones (hemorragia, Infección de la herida quirúrgica, Bilioma, Hernia de pared).

RESULTADOS:

En el presente estudio se incluyeron 120 pacientes de los cuales obtuvimos los siguientes resultados: 18 pacientes masculinos (15%) y 102 femeninos (85%) (gráfica #1), con rangos de edad que oscilaron de 15 a 84 años con una media de 43.04 años, siendo la tercera, cuarta y quinta década de la vida las que predominaron (gráfica #2), el 13.3% fueron realizadas de urgencia y el 87.7% en forma electiva. Dentro de las complicaciones analizadas en nuestro grupo de pacientes se presentaron dos lesiones de vías biliares, dos biliomas, dos hernias umbilicales. no se detectó ninguna infección de herida, como tampoco hemorragia (gráfica #3). El tiempo quirúrgico osciló en un rango entre 20 y 180 minutos (media: 72.6) (gráfica #4), el rango de tiempo de estancia hospitalaria fue de 1 a 11 días (media: 1.5), (gráfica #5). Las causas de cirugía fueron: 102 colecistitis crónicas litiásicas (85%), 2 alitiásica (1.6%), 16 de colecistitis aguda alitiásica (13.3%), y 0 alitiásica aguda (0%) (gráfica #6). Las causas de conversión a colecistectomía abierta fueron: 2 coledocolitiasis, 2 lesiones de colédoco, y 1 por vesícula escleroatrófica (gráfica #7). Los hallazgos quirúrgicos fueron 97 colecistitis crónicas litiásicas (87%), 2 alitiásicas (1.6%), y 21 colecistitis litiásica aguda (17.5%) (gráfica #8). Los días de incapacidad que ameritaron los pacientes están entre 7 y 28 días (media de 8.5%) (gráfica #9).

DISCUSION:

De acuerdo a nuestros resultados podemos concluir que esta operación puede realizarse con seguridad y efectividad. Durante el tiempo en que se llevó a cabo el procedimiento en en los 120 pacientes no se documento ninguna defunción, acorde a lo que reporta la literatura que es del 0.6%, equiparable con el método convencional de la colecistectomía (3). No encontramos diferencia en la edad de presentación de la enfermedad vesicular, conservando se entre el cuarto y octavo decenio de la vida, que es lo reportado en la literatura, con predominio en el sexo femenino. En nuestro estudio ocurrieron dentro de las lesiones consideradas mayores, dos biliomas que documentado por la literatura ocurre en un porcentaje de 0 a 3%, dos lesiones de vías biliares que en la literatura se reporta con un 4% aproximadamente, con respecto a la presencia de dos hernias y en correlación a los datos anteriores consideramos que nos encontramos en relación a los datos reportados por la literatura, con respecto al tiempo de estancia hospitalaria obtuvimos una media de 1.5 días y se reporta en la literatura de 1 a 2 días (5), el tiempo de retorno a su trabajo fue con una media de 8.5 días y lo reportado en la literatura es de 8 a 10 días (5), la frecuencia de conversión a colecistectomía abierta se documenta en aproximadamente entre 4 a 5%, siendo nuestra frecuencia de 4.1% lo cual nos mantuvo dentro del rango documentado en la literatura, sin embargo en tiempo quirúrgico nos consideramos excedidos, (5,10).

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

CONCLUSIONES:

- 1.- En nuestro estudio el rango de complicaciones, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria fueron similares a los reportados en la literatura.**

- 2.- La principal causa de cirugía fué la colecistitis crónica litiasica.**

- 3.- Las principales causas de conversión a abierta fueron la coledocolitiasis y las lesiones de la vía biliar.**

- 4.- Se logró disminuir el tiempo de incapacidad en comparación con la técnica abierta.**

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Jeffrey S, Barkun, Alan N, Barkun, Jonathan L. Meakins. Laparoscopic versus open cholecystectomy: the canadian experience. Am J Surg 1993; 165:455-457.
- 2.- Jacques Perissat, MD. Laparoscopic cholecystectomy: the european experience Am J Surg 1993; 165:444-449.
- 3.- Charles K. Mc Sherry, MD. Open Cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:435-439.
- 4.- Harvey R. Bernard, MD, Thomas W. Hartman. Complications after laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:533-535.
- 5.- Vivian S. Lee, MD, Ravi S. Lee MD, Ravi S. Chari, MD, Giovanni Cucchiaro, MD. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:527-532.
- 6.- Rocco Orlando III, MD; John C. Russell, MD; John Lynch, MPH; Angela Mattie, MPH. Laparoscopic cholecystectomy a statewide experience .Arch Surg 1993; 128:494-499.
- 7.- Mark E. Stoker, MD; Jean Vose, RN; Patricia O. Mara, RN; Baltej S. Maini, MD. Laparoscopic Cholecystectomy a clinical and financial analysis of 280 operations, Arch Surg 1992; 127:589-595.
- 8.- Jeffrey S. Alan N. Barkun, Jhon S. Sampalis, Gerald Fried Bryce Taylor Marvin J. Wexler. Randomised controlled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy. The Lancet 1992; 340:1116-1119.
- 9.- Lester F. Williams, Jr., MD, William C. Chapman, Roger A. Bonau, MD, Edwin C. Mc Gee, Jr. Comparison of laparoscopic cholecystectomy with open cholecystectomy in a single center. Am J Surg 1993; 165:459-465.
- 10.- Gerald M. MD. Jeffrey S. B., Harvey H.S. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecistectomy. Am J Surg 1994; 167:35-45.
- 11.- Michael S. Woods, MD, L. William Tracer, MD, Richard A. Kozarek, MD, Jane Tsao MD, Ricardo L. Rossi, MD. Characteristics of biliary tract complications during laparoscopic cholecystectomy: a multi-institutional study. Am J Surg 1994; 167:27-33.
- 12.- Eric B. Bass, MD. Henry A. Pitt, MD. D. Lillemo, MD. Cost-effectiveness of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165:466-471.

- 13.- Ricardo L. Rossi, MD; William J. Schirmer, MD. John W. Broasch, MD. Arch Surg 1992; 127:596-602.
- 14.- Nathaniel J. Scoper, MD; Paul T. Stockman, MD; Deannal Dunnegan, RN; Stanley W. Ashley, MD. Laparoscopic cholecystectomy the new "gold Standard". Arch Surg. 1992; 127:917-923.
- 15.- Rocco Orlando III, MD; John C. Russell, MD; John Lynch, MPH; Angela Mattie, MPH., Laparoscopic cholecystectomy a statewide experience. Arch Surg 1993; 128:494-499.
- 16.- Andrew M. Davidoff, MD., Theodore N. Pappas, M.D., Elizabeth A. Murray, R.N., David J. Hilleren , M.D., Randall D. Johnson M.D., Mark E. baker, M.D. Ann Surg 1992; 215:196-202.
- 17.- A.R. Moossa, M.D. , David W. eastern W. M.D., Eric Van Sonnenberg, M.D. Laparoscopic Injuries To The Bile Duct. Ann Surg 1992; 215:203-208.
- 18.- S. Cheslyn- Curtis, M, Emberton, H. Ahmed, R.C.N. Williamson and N. A. Habid; Br. J. Surg 1992; 79:231-232.
- 19.- Augusto Paulino Netto, MD. A review of 391 selected open cholecystectomies for comparison with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1993; 166:71-73.
- 20.- Daniel J. Deziel, MD, Keith W. Millikan, MD, Steven G. Economou, MD. Alexander Doolas, MD, Sung-tao Ko. MD, Mohan C. Arian, MD. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospital and analysis of 77,604 cases; Am J Surg 1993; 165:9-14.
- 21.- National institute of healt consensus development conference statement on gallstones and laparoscopic cholecystectomy; Am J Surg 1993; 165:390-398.
- 22.- Robert W. Bailey, M.D., Karl A. Zucker, M.D., John L.Flowers, M.D. William A. Scovill, M.D., Scott M. Graham, M.D., and Anthony L. Imbembo. M.D. Ann Surg 1991; 214:531-634.

APENDICE:

