



11209 64
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO NACIONAL
"LA RAZA"
Instituto Mexicano del Seguro Social

ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA
COLECISTECTOMIA POR MINILAPAROTOMIA Y
LAPAROSCOPIA.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :

DR. JUAN ANTONIO DE LA ROSA RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS,
DR. GILBERTO GUINTO MENERA



IMSS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1994



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

[Handwritten signature]

CENTRO MEDICO LA RAMA
HOSPITAL GENERAL



Sección de Enseñanza
& Investigación

REPUBLICA DE GUATEMALA
MAYO 22 1957
DEPARTAMENTO DE POSGRADO
MEXICO

A MIS PADRES ANTONIO Y DOLORES
POR SU GRAN APOYO PARA EL
TERMINO DE MI ESPECIALIDAD.

A MIS HERMANOS
ROSA MARIA, JOSE GREGORIO, PATRICIA, REBECA
VICTOR MANUEL, GUADALUPE Y MARTIN
QUE SIN SU AYUDA NO VERIA
REALIZADA MI META

A TODOS LOS PACIENTES QUE SIN ELLOS
NO SERIA POSIBLE MI APRENDIZAJE

A EDITH
QUE LE A DADO UN MATIZ DIFERENTE A MI VIDA.

Un especial reconocimiento a los Drs.

SAMUEL SENTIES CARBAJAL.

SERGIO FLORES GOMEZ.

RODOLFO PADILLA.

FEDERICO MAC KINNEY

JOSE PACHECO.

**A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS DE LA ESPECIALIDAD
POR SU APOYO.**

DR. ANGEL ZARATE AGUILAR.
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN CIRUGÍA GENERAL.
HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA. IMSS.

DR. GILBERTO GUINTO RIVERA
DIRECTOR DE TESIS
CIRUJANO GENERAL ENDOSCOPISTA.
HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA. IMSS.

DRA. GRACIELA ZERMEÑO GÓMEZ
CIRUJANO GENERAL.
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN CIRUGÍA GENERAL.
HOSPITAL GENERAL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA
RAZA. IMSS.

A NUESTROS QUERIDOS MAESTROS DEL HGCMR.

**DR. ANGEL ZARATE AGUILAR.
DR. LUIS MADRAZO LOZANO.
DRA. GRACIELA ZERMEÑO GOMEZ.
DR. DAVID BANDERAS TARABAY.
DR. ANTONIO ALBARRAN GARCIA.
DR. NELSON MARTINEZ TORO.
DR. SERGIO GRANADOS ARREDONDO.
DR. SERGIO CORDOVA SOLIS.
DRA. OLGA SILVA RODRIGUEZ.
DR. MIGUEL RESENDIZ ESPINOZA.
DR. MARIO PINEDA.
DR. ALFREDO CHAMLATI.
DR. ENRIQUE ALCOCER QUEZADA.**

**Y CON ESPECIAL RECONOCIMIENTO POR SUS CONSEJOS Y
DEDICACION PARA CON NOSOTROS AL:**

DR. GILBERTO QUINTO MÉNERA.

INDICE .

	PAGS.
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	7
HIPOTESIS.....	9
DISEÑO EXPERIMENTAL.....	10
OBJETIVOS.....	11
MATERIAL Y MÉTODOS.....	12
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	17
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	33
ABSTRACT.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	36

"ESTUDIO COMPARATIVO
Y ALEATORIO DE LA
COLECISTECTOMIA POR
MINILAPAROTOMIA Y
LAPAROSCOPIA".

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La litiasis de la vesícula y vías biliares constituye un problema importante de salud, la incidencia de esta enfermedad varía de acuerdo al área geográfica y en EU., por ejemplo representa el 10% de pacientes con colelitiasis comprobada, con una incidencia anual de aproximadamente de 800 000 casos nuevos¹. En Europa se reporta una incidencia anual que oscila entre 5-22%, siendo una de las patologías más comunes². Mientras que en nuestro país, los informes de varios estudios señalan una incidencia del 9% de la población adulta con una mortalidad del 1.3% como consecuencia directa o indirecta del padecimiento³.

Como tratamiento de esta enfermedad tan común, se han ofrecido diferentes alternativas para la eliminación de los cálculos y que se han clasificado como invasivas las que corresponden a las técnicas quirúrgicas, y las no invasivas que incluyen a agentes de disolución por vía oral

o directamente por vía percutánea, así como por ondas de ultrasonido.

Entre los métodos no invasivos deben mencionarse a las sales biliares como es el ácido quenodesoxicólico y el ursodesoxicólico, que se han utilizado durante dos décadas como terapia única o coadyuvante, con el inconveniente de que los criterios de selección de pacientes son exigentes, el tratamiento muy prolongado y costoso y presenta una tasa de recurrencia importante a los 5 años⁴. Como método de disolución directa se ha utilizado al ácido monoactonoin sódico y al éter metilterbutil que parecen ser más efectivos pero no exentos de efectos secundarios importantes como lesiones de la pared vascular y duodenal, hemólisis y falla renal, además de otros inconvenientes debido a lo complicado de la técnica de instilación, por lo que es poco probable que llegue a ser un procedimiento universalmente aceptado⁵.

Por lo que respecta a la disolución con ondas de choque extracorpóreas por ultrasonido, el bajo porcentaje de pacientes que cumplen los requisitos de selección muestran tasas de

recurrencia similares a las de los ácidos biliares utilizados por vía oral^o.

El problema principal de los métodos no invasivos consiste en que la vesícula biliar se conserva en un sitio de tal forma que puede continuar formando cálculos con el paso del tiempo y perpetuar la enfermedad⁷.

El tratamiento quirúrgico de la colelitiasis se inició en 1667 cuando Stalpert von del Weil informó la evacuación de cálculos biliares al abrir un absceso de la pared abdominal^o, y fue hasta 1882, cuando se efectuó la primera colecistectomía por Carl Johan Langenbuch, estableciendo controversias entre los cirujanos de principios del siglo XX, pues se discutía si el mejor método quirúrgico sería la colecistectomía (considerada muy segura) o la colecistectomía de reciente inicio^o.

Las intervenciones para la colecistitis aguda y crónica se volvieron seguras y eficaces gracias a diversos aspectos como el refinamiento de

las técnicas anestésicas, mejores conocimientos sobre la restitución de líquidos, aparición y empleo de los antibióticos y el desarrollo de la colangiografía transoperatoria por Mirizzi en 1931¹⁰.

Los informes recientes de Guilliland y Traveso indican que la morbilidad global de la colecistectomía durante los últimos 10 años es de 4 al 6%, con una mortalidad operatoria global menor al 1%¹¹.

Como ofrece curación definitiva de la enfermedad, la intervención quirúrgica por colecistitis aguda y crónica, en especial la colecistectomía, es el modelo contra el que se requerirá medir cualquier otra alternativa terapéutica contra la colelitiasis¹². Sin embargo, aún en ausencia de complicaciones de complicaciones y con un período relativamente corto de estancia intrahospitalaria, las 2/3 partes de los pacientes demoran más de 6 semanas en volver al trabajo y entre el 27-50% de éstos manifiestan dolor uno o dos años después de la intervención¹³.

En respuesta a estos argumentos, desde la década pasada se han sugerido nuevas modalidades quirúrgicas más refinadas y con mínima invasión quirúrgica como son la colecistectomía por vía laparoscópica y la minilaparotomía!⁴

Actualmente existe un gran interés mundial en la técnica laparoscópica, los reportes de diversas partes del mundo donde se está utilizando esta técnica son halagadores: con experiencia e instrumentos adecuados puede ser realizada con seguridad en la mayoría de los casos y las contraindicaciones son cada vez más relativas, los pacientes presentan buen aspecto estético de la herida, resolución completa con mínimo dolor, corta estancia intrahospitalaria y la posibilidad de regresar al trabajo dentro de la primera semana posterior a la cirugía!⁵.

La otra modalidad de mínima invasión es la colecistectomía por minilaparotomía descrita en 1982. Los reportes sobre esta técnica comparan los beneficios con los de la técnica laparoscópica con

la ventaja de que la minilaparotomía no requiere equipo muy costoso y la técnica en general es más familiar para el cirujano¹.

Es nuestro propósito comparar ambas técnicas quirúrgicas de mínima invasión delimitando los beneficios y complicaciones que en nuestro medio se presenten.

PLANTEAMIENTO DEL
PROBLEMA .

¿ ES MAS EFICAZ LA COLECISTECTOMIA POR LAPAROSCOPIA QUE LA MINILAPAROTOMIA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLELITIASIS?.

La colecistectomía es el tratamiento más eficaz contra la colelitiasis. Sin embargo, el procedimiento quirúrgico trae aparejados algunos inconvenientes que limitan los beneficios y que atemorizan a la mayoría de los pacientes que presentan esta patología.

Los más importantes están relacionados con la estancia intrahospitalaria, la prolongada convalecencia, el dolor de una herida quirúrgica de gran magnitud e incluso lo antiestético de la cicatriz.

Por estas razones, los cirujanos han planteado nuevas modalidades quirúrgicas en

relación a la colecistectomía, dándole un nuevo enfoque que disminuya las desventajas de la técnica convencional y que sea realizada con la misma eficacia y seguridad.

En la actualidad, estas modalidades se denominan colecistectomía por vía laparoscópica y colecistectomía por minilaparotomía y se basan en la misma invasión que se hace a la cavidad abdominal y en la pronta recuperación de la convalecencia.

Aún no se ha llevado a cabo en nuestro medio un estudio comparativo de estas nuevas alternativas que corrobore los beneficios y sus probables complicaciones.

HIPOTESIS .

HIPOTESIS GENERAL :

"La colecistectomía por minilaparotomía es más eficaz que la colecistectomía por laparoscopia en los pacientes con colelitiasis del HGCMR".

HIPOTESIS NULA :

"La colecistectomía por minilaparotomía y la colecistectomía por laparoscopia son iguales de eficaces y con igual número de complicaciones".

HIPOTESIS ALTERNA :

"La colecistectomía por laparoscopia tiene menos complicaciones que la colecistectomía por minilaparotomía".

**DISEÑO EXPERIMENTAL
Y TIPO DE ESTUDIO.**

Bivariable, prospectivo, longitudinal, comparativo
aleatorio, experimental y clínico.

OBJETIVO PRIMARIO:

"Comparar la eficacia de la colecistectomía por minilaparotomía y laparoscopia en el tratamiento electivo de la colelitiasis en el HGCMR."

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

"Evaluar los beneficios de ambas técnicas quirúrgicas en relación a la distribución de tiempo quirúrgico, de la estancia intrahospitalaria y de la convalecencia."

"Evaluar las complicaciones que se presenten, tales como: infección de la herida quirúrgica, hemorragia, íleo postquirúrgico prolongado, dolor, lesiones de la vía biliar ."

"Valorar las dificultades técnicas en relación al sobrepeso".

MATERIAL Y METODOS:

UNIVERSO DE TRABAJO:

Este estudio se llevó a cabo en el Hospital General Centro Médico la Raza, iniciándose el primero de junio de 1993 y finalizó el 31 de Enero de 1994.

El número total fue de 60 pacientes, divididos en dos grupos, cada uno de 30 pacientes correspondiéndoles una técnica quirúrgica a cada grupo.

La selección de pacientes se efectuó en forma aleatoria por medio de sobres cerrados que contenían en su interior el nombre de las dos técnicas quirúrgicas utilizadas.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, sin importar sexo, sin antecedentes de cirugía previa de abdomen superior, con documentación diagnóstica de colelitiasis por

ultrasonido ó colecistografía oral y con clasificación ASA II-III, todos los pacientes fueron programados de forma electiva.

Se excluyeron a aquellos pacientes con coledocolitiasis y a los que tuvieron que convertirse a la técnica habitual.

A Ambos grupos se les solicitaron estudios de laboratorio preoperatorios que incluían biometría hemática, Química sanguínea, Electrolitos Séricos, Examen general de orina, Tiempos de coagulación, además de Ultrasonido de Hígado y Vías biliares y/o Colangiografía IV o VO que corroboraran el diagnóstico de colelitiasis.

Aquellos pacientes mayores de 50 años se incluía Electrocardiograma y tele de Tórax, así como valoración preoperatoria ya sea por Medicina Interna o Cardiología.

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS:

GRUPO 1: MINILAPAROTOMÍA:

Consiste en una incisión de 4 a 6 centímetros oblicua, en cuadrante superior derecho

de abdómen a 2 centímetros del margen costal, con retracción o corte del músculo recto y disección anterógrada de la vesícula biliar, utilizandose instrumentos más delicados y largos. así como una luz adecuada.

GRUPO 2: LAPAROSCOPICA:

Consiste en realizar una incisión umbilical de 1 centímetro, establecer un neumoperitoneo insuflando Dióxido de Carbono dentro de la cavidad abdominal, introducción de una cámara de video y mediante 3 incisiones menores de 1 centímetro en la pared anterior con visualización directa se introducen los trócares para disección, corte, engrapado, irrigación, succión y electrocoagulación para el lecho vesicular.

La eficacia de ámbas técnicas quirúrgicas se valoró mediante los siguientes indicadores: Tiempo quirúrgico valorado en minutos, Lesiones de la vía biliar advertidas por la presencia de bilis en el campo quirúrgico, Dificultades de la técnica quirúrgica valoradas por el sobrepeso mayor de 15% del normal; ileo postquirúrgico que se valoró por

el tiempo transcurrido hasta el inicio de la vía oral; Hemorragia valorada por la cantidad en mililitros; Infección de la herida ya sea por la presencia de celulitis o pus, tiempo de recuperación que se valoró por el tiempo transcurrido hasta reintegrarse a sus labores, tiempo Intrahospitalario medido desde el día del procedimiento quirúrgico hasta su alta hospitalaria.

ANALISIS ESTADISTICO:

Se efectuó este estudio con un nivel de significancia igual o menor de 0.005 ($p < 0.005$). La Comparación Estadística se efectuó con la prueba de X^2 . Los valores Numéricos se valoraron con el Modelo Matemático de T de Student.

Se determinó el Coeficiente de correlación (R) estableciendo la relación entre diferentes grupos de edad, sexo, complicaciones, tiempo quirúrgico, días de estancia hospitalaria, tiempo de recuperación, esquematizándose mediante gráfica de Barras, Pastel y Gauss.

SEGUIMIENTO:

La primera revisión se les realizó a los 15 días posteriores al egreso, y una más a los dos meses, donde se valoró, inicio de la actividad física habitual, analgesico utilizado, dosis y complicaciones postquirúrgicas extrahospitalarias, siendo un total de 5 meses el seguimiento.

ANALISIS DE RESULTADOS

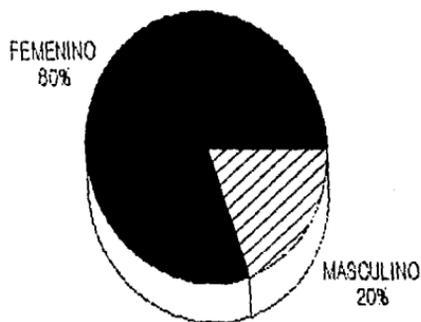
Del total de 60 pacientes estudiados, 48 correspondieron al sexo femenino (80%) y 12 fueron masculinos (20%), ésto es, 24 mujeres y 6 hombres en cada grupo. El rango de edad del grupo I (minilaparptomía) fue de 19 a 71 años, con una media de 39.3 ± 14.2 . El grupo II (Laparoscópica) presentó un rango de 23 a 81 años, con una media de 40.5 ± 13.1 . (GRAFICA 1).

La estancia intrahospitalaria global fue de 1.85 días siendo en el grupo I de 2.1 ± 0.9 y en el grupo II de 1.6 ± 0.4 . (GRAFICA 2).

TIEMPO QUIRURGICO:

En relación al tiempo utilizado para la cirugía, el grupo I presentó un rango de 50 a 150 minutos, con una media de 87.5 ± 28.6 . El grupo II presentó un rango de 50 a 270 minutos, con una media de 130 ± 55.4 (GRAFICA 2).

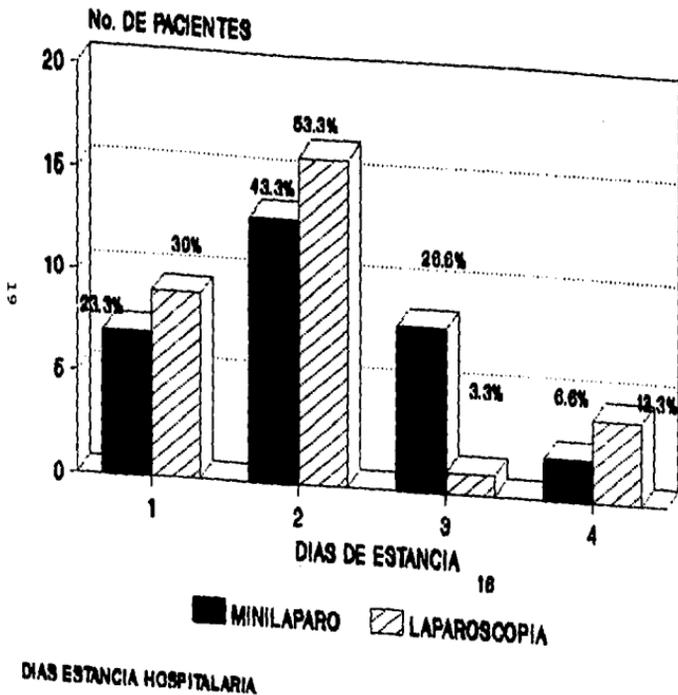
ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA



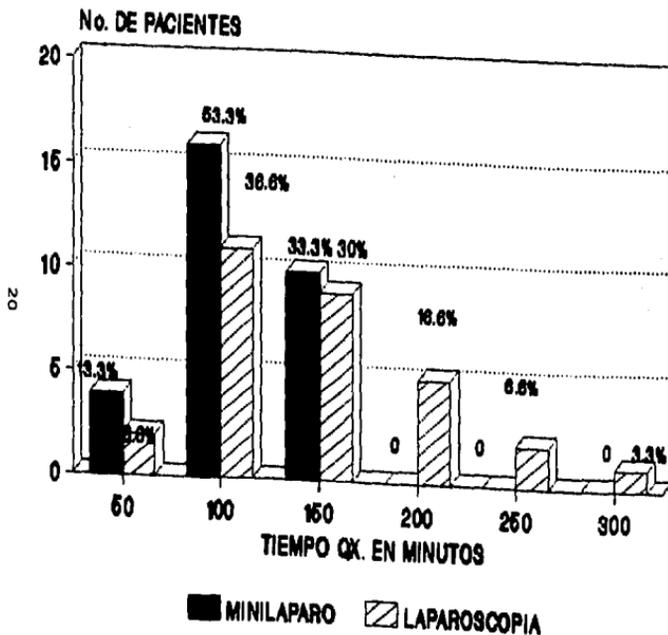
DISTRIBUCION POR SEXO

UNIVERSO DE TRABAJO

ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA



ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA



TIEMPO QUIRURGICO

Es de señalarse que en el grupo I, el 70% de los pacientes, requirieron menos de 1 hora y 30 minutos, mientras que en el grupo II, en 53% de los pacientes, requirieron 1 hora y 50 minutos. (CUADRO 1).

COMPLICACIONES:

En el grupo I no se reportaron complicaciones transoperatorias. En tanto que en grupo II se efectuaron 2 conversiones a colecistectomía convencional; una por sangrado y otra por lesión de víscera hueca 7%. (CUADRO 2).

EVALUACION DEL DOLOR:

Se utilizó la Escala Analítica Visual y fue referida verbalmente por los pacientes. Durante la estancia intrahospitalaria. El grupo I lo refirió como leve 12 pacientes (40%). Moderado 16 pacientes (53%) y severo 2 pacientes (7%). El grupo II fue leve en 16 pacientes (53%). Moderado 12 pacientes (40%) y severo 2 pacientes (7%).

ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA

TIEMPO QX EN MINUTOS	NUMERO DE PACIENTES		TOTAL	%
	GRUPO I	GRUPO II		
60	4	2	6	10%
70	4	0	4	7%
90	13	8	21	36%
110	6	6	12	20%
130	3	3	6	10%
+130	0	11	11	18%

22

TIEMPO QUIRURGICO

ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA

No. DE PACIENTES	COMPLICACIONES	PORCENTAJE
GRUPO I	0	0%
GRUPO II	2	7%

23

COMPLICACIONES

En relación a la etapa extrahospitalaria el dolor fue valorado con la misma escala, siendo para el grupo 1, Sin dolor 8 pacientes (26.6%), Leve 16 pacientes (53.3%) y moderado en 6 pacientes (20%). Ninguno reporto Severo o más. El grupo 2 reporto a 10 pacientes Sin dolor (33.3%). Leve en 17 pacientes (56.6%). Moderado en 15 pacientes (50%). (p: N.S). (CUADRO 3).

Lo anterior nos reporta que el 55% de ámbos grupos lo refiere como leve.

RECUPERACION:

Los días extrahospitalarios que requirieron para retornar a sus labores cotidianas fueron reportados en el grupo 1 con una media de 6.1 días y en grupo 2 con 6.8 días. (p: N.S). (GRAFICA 4).

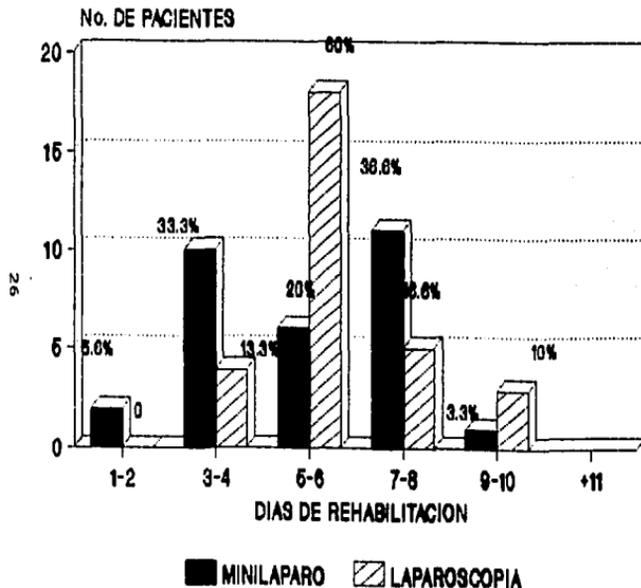
ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA

	GRUPO I	GRUPO II	PORCENTAJE
SIN DOLOR	8	10	30%
DOLOR LEVE	16	17	55%
DOLOR MODERADO	6	3	15%
²⁵ DOLOR SEVERO	0	0	0
DOLOR MUY SEVERO	0	0	0
DOLOR INSOPORTABLE	0	0	0

ANESTH ANALG 1993;76:1120-33

EVALUACION DEL DOLOR

ESTUDIO COMPARATIVO Y ALEATORIO DE LA C.C.T. POR MINILAPARO Y LAPAROSCOPIA



DIAS DE REHABILITACION EXTRAHOSPITALARIA

DISCUSION

El tratamiento quirúrgico de la vesícula biliar ha sido "La Regla de Oro" en la terapéutica de la colelitiasis sintomática desde que fue descrito en 1882 por Langenbuch⁷.

Los agentes de disolución oral, litotricia, metil terbutil éter, etc. han sido sugeridos como una alternativa del tratamiento quirúrgico^{4,5,6}. Sin embargo, el hecho de dejar la vesícula biliar en su sitio, perpetúa la formación de nuevos litos. Es por ello que estos métodos se han reservado únicamente para pacientes seleccionados que no son candidatos para el tratamiento quirúrgico³.

Con la introducción de la colecistectomía laparoscópica por Philip Mouret en Lyon, Francia desde 1987, el auge de esta nueva modalidad se ha incrementado notablemente^{1,2}. Las premisas de inicio son ahora mundialmente conocidas: Estética, mínimo dolor, rápida recuperación y menos complicaciones^{1,7}.

La colecistectomía por mini-laparotomía o Mini-Lap ha sido sugerida igualmente, como una alternativa para la técnica convencional. Esta Técnica, descrita desde 1982¹⁶, ha sido observada con recelo por la mayoría de los cirujanos, sin embargo, se le atribuyen los beneficios de la técnica laparoscópica y la ventaja adicional de que no requiere equipo costoso y de que es más familiar a la mayoría de los cirujanos²³.

Actualmente, existe un mayor interés por la cirugía de Invasión Mínima, dentro de la cual se han incluido ambas modalidades. Existen pocos reportes comparativos y ninguno aleatorio y controlado realizado en nuestro medio.

En el Hospital General Centro Médico La Raza se realizan aproximadamente 350-400 colecistectomías anuales²⁷, de las cuales, se tomó una muestra para la realización de nuestro estudio. Los resultados obtenidos en general han sido satisfactorios, y no existe una diferencia importante con informes previos^{12,14,17,20,23,26}.

De los 60 pacientes estudiados, el 80% fue del sexo femenino con una relación 4:1 y no existió diferencia notoria en la media de edad

entre ámbos grupos (GRUPO I: 39.3 y GRUPO II: 40.5).

En relación al tiempo quirúrgico, debe hacerse notar que entre ámbas técnicas existe una diferencia notoria en cuanto al entrenamiento previo, ya que la técnica laparoscópica, además de la infraestructura sofisticada, requiere un adiestramiento adicional. Es por éso que la media reportada fue de 130 minutos (2 horas 10 minutos), que es muy elevada en comparación a otras publicaciones¹⁴⁻¹⁵. Los tiempos prolongados iniciales en laparoscopia obedecen a que se trata de una etapa inicial en la realización del procedimiento en nuestro hospital, por lo que éstos han disminuido conforme se ha adquirido más experiencia.

La Mini-Lap, cuya técnica es más familiar, tuvo una media de 87.6 minutos (1 hora 28 minutos) sin que exista diferencia notoria con tiempos ya referidos²¹⁻²⁴. El tiempo quirúrgico más prolongado en la Mini-Lap fue en obesos, ésto debido a mayores dificultades técnicas. En comparación, los obesos operados por laparoscopia no mostraron diferencias importantes en relación al no obeso.

No se han reportado aún lesiones de las vías biliares con la técnica Mini-Lap, aunque el número de pacientes ha sido desproporcionadamente menor en comparación con la técnica laparoscópica²¹.

En nuestro estudio no hubo ninguna lesión o complicación trascendente, haciendo notar que nuestro grupo es pequeño para obtener conclusiones definitivas. En el grupo II se convirtieron a técnica convencional dos casos, uno por sangrado y otro por lesión de viscera hueca (estómago). Ésto nos dio un 7% global de complicaciones, similar al promedio que se tiene establecido para este procedimiento¹⁹.

Uno de los aspectos más mencionados en los beneficios son los relacionados a la corta estancia intrahospitalaria y pronta recuperación. Dubois, Reddick y O'Dwyer reportan 2.8, 3.5 y 4.1 respectivamente como días promedio para la Mini-Lap¹⁶.

La media nuestra fue de 2.1 tomando en cuenta a partir de la cirugía. En relación a la técnica laparoscópica Spaw, Schirmer y Bailey señalan que la estancia hospitalaria fue de 1.6,

1.3 y 1.1 días respectivamente¹⁶⁻²³. El grupo II tuvo una media de 1.6 días de estancia.

La media de recuperación extrahospitalaria fue en el grupo I de 6.1 y en grupo II de 6.8, lo cual, comparado con resultados de otros autores nos incluye con un promedio aceptable de estancia intrahospitalaria²¹.

Nuestro trabajo es un análisis preliminar de lo que pretendemos en lo futuro, ya que actualmente, existen estudios que nos refieren que hasta el 60% de los pacientes manejados con estas técnicas se pueden intervenir de manera ambulatoria con corta estancia (24 horas)²⁸⁻²⁹.

En base a nuestros resultados y si bien se trata de un informe preliminar, consideramos que la cirugía laparoscópica es el procedimiento de elección y la Mini-Lap puede ser una alternativa adecuada en centros en donde no se cuente con recursos para cirugía endoscópica, considerando que inicialmente la Mini-Lap debe ser realizada por cirujanos con experiencia en cirugía de vías biliares.

La corta estancia intrahospitalaria y pronta recuperación que ofrecen ambas técnicas

pueden significar una ventaja importante desde el punto de vista costo-beneficio.

Con el mayor adiestramiento con estas nuevas modalidades, más la experiencia acumulada, los beneficios serán mayores, con una mejor distribución de los recursos por parte de nuestra Institución que permitirá atender a un mayor número de pacientes con un buen nivel de calidad.

CONCLUSIONES :

- 1.- En este estudio preliminar no se observaron diferencias importantes entre la Mini-Lap y la experiencia inicial con la cirugía laparoscópica.
- 2.- La estancia intrahospitalaria muestra una notable disminución en relación a la técnica convencional, aunque entre ambas modalidades estudiadas no hubo diferencia importante.
- 3.- El tiempo quirúrgico fue menor con la Mini-Lap, haciendo la consideración que la técnica laparoscópica es de reciente inicio en nuestro Hospital.
- 4.- En relación al dolor, aunque fue subjetivo, éste es referido de menor intensidad comparado con la cirugía convencional.

5.- El tiempo de recuperación no muestra significancia estadística, aunque comparativamente con la técnica convencional, éste disminuye considerablemente.

6.- La Mini-Lap presenta mayores dificultades técnicas en pacientes obesos en comparación con la laparoscópica por lo que probablemente ésta sea la técnica de elección inicial.

7.- La Mini-Lap puede ser una técnica alterna en aquellos Centros Hospitalarios en donde no se cuenta con equipo de laparoscopia.

8.- Las ventajas que muestran ambas modalidades quirúrgicas parecen ofrecer un menor costo-beneficio con un ahorro importante de recursos.

ABSTRACT :

Key Word: Biliary Tract Surgery
Mini-Lap Cholecystectomy
Laparoscopic cholecystectomy
Minimal Invasive Surgery

An initial experience of laparoscopic cholecystectomy in 30 consecutive patients was compared with those of a group of 30 patients who underwent Mini-Lap cholecystectomy after the introduction of laparoscopic cholecystectomy in our Hospital. Both were associated with shorter mean postoperative stay (Group I: 1.2., Group II: 1.6 days), less pain and earlier return to work (Group I: 6.1., Group II: 6.8 days).

Both techniques are a safe and effective procedure which completely removes the Gallbladder.

We suggest that Laparoscopic cholecystectomy should be considered for all patients having cholecystectomy and Mini-Lap cholecystectomy is an available alternative.

BIBLIOGRAFÍA.

1. Saunders K, Cates J, Roslyn JM, et al. Patogenia de los cálculos biliares. Clin Quir. NA. 1990; 6: 1205-25.
2. Morgenstern L, Wong L, Berci G, et al. Twelve hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era. Arch Surg 1992; 127: 400-3.
3. Villalobos JJ. Colectistitis Aguda. Gastroenterología 1986; 2a Ed. 11: 446-472.
4. Fromm H, González V, Comparative efficacy and side effects of ursodesoxicholic acid in dissolving gallstones: a double blind controlled study. Gastroenterology 1983; 85: 1257-64.
5. Allen MJ, Borody TJ, Bugliosi T. Cholelytholisis using metil tertiary butyl ether. Gastroenterology 1985; 88: 122-5.
6. Sauerbruch T, Delius M, Paumgartner G, et al. Fragmentation of gallstones by extracorporeal shock waves. N Eng J Med. 1986; 314: 918-22.
7. Halpert H. Fiftieth anniversary of the removal the gallblader. Arch Surg 1982; 117: 1525-30.

8. Robinson JO. Silver guts: Biliary tract. Austin Silvergut Inc. 1985: 85.
9. Mcsherry PL. Operative cholecystectomy: The gold standard. Am J Surg 1989; 158: 174-8.
10. Mirizzi PL. Operative cholangyography. Surg Ginecol Obstc 1937; 65: 702-8.
11. Gilliland TM, Traverso WT. Modern standart for comparission of cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelytiasis with emphasis on long term relief of symptoms. Surg Ginecol Obstc 1990; 170: 39-44.
12. Konsten J, Gouma DJ. Long-term follow up after open cholecystectomy Br J Surg 1993; 80: 100-2.
13. Cheslyn-Curtis S, Russel RCG. New trends in gallstones management. Br J Surg 1991; 78: 143-9.
14. Grace PA, Quereschi A. Reduced posoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1991; 78: 160-2.
15. Cuschieri A, Dubois F. The european experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 385-7.
16. Olsen DO. Mini-Lap cholecystectomy. Am J Surg 1993; 165: 440-4.

17. Grace PA, Quereshi A, Coleman J, et al. Reduced postoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1991; 78: 160-2.
18. Nathanson LK, Shimi S, Cuschery A. Laparoscopic cholecystectomy: The Dundee technique. Br J Surg 1991; 78: 155-9.
19. Ponsky JL. Complication of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 393-5.
20. Berci G, Sackier JM. The Los Angeles experience with laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 382-4.
21. Baxter JN, O'Dwyer PJ. Laparoscopic or Minilaparotomy cholecystectomy. Br J Surg 1990; 77: 1100-1.
22. Goco IR, Chamber LG. "Mini-cholecystectomy" and operative cholangiography. A means of cost containment. The American Surgeon 1983; 49: 143-5.
23. Ledet WP. Ambulatory cholecystectomy without disability. Arch Surg 1990; 125: 1434-5.
24. O'Dwyer PJ, Murphy JJ, O'Higgins NJ. Cholecystectomy through a 5 cm subcostal incision. Br J Surg 1990; 77: 1189-90.

25. Russell RCG, Shankar S. The stabiliced ring-retractor: a thechnique for colecystectomy. Br J Surg 1987; 74: 826.
26. Merril JR. Minimal trauma cholecystectomy (A "No Touch" procedure in a "well"). The American Surgeon 1988; 54: 256-261.
27. Archivo Particular del Servicio de Cirugía General del Hospital General Centro Médico La Raza IMSS. México D.F.
28. Vásquez RM. Colectistectomía por Laparoscopia. Cirujano General 1993; 15: 11-13.
29. Zepeda HR, Mucio M. Colectistectomía Laparoscópica Ambulatoria. Cirujano General (suplemento) 1993; 15: 14-7.