

11209
64

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de estudios de postgrado

I.S.S.S.T.E

HOSPITAL GENERAL "DR GONZALO CASTAÑEDA"

*Colecistectomía laparoscópica en el hospital Gonzalo Castañeda
del I.S.S.S.T.E.*

tesis de postgrado
que para obtener el título de
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
p r e s e n t a

DR. GRACIANO EDGARDO | HERNANDEZ GOMEZ

México D.F. ~~1999~~

2001

289060



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

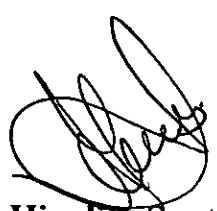
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



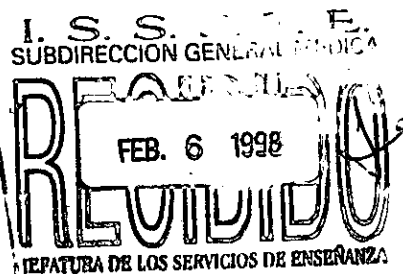
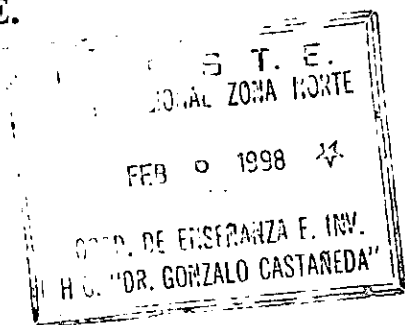
Dr. Marco Antonio Gonzalez Acosta
Coordinador del departamento de
cirugía general.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
de cirugía general U.N.A.M.
del hospital Dr. Gonzalo Castañeda. I.S.S.S.T.E.



Dr. Hipolito Santiago Cruz
Profesor adjunto del curso de
cirugía general U.N.A.M.
del hospital Dr. Gonzalo Castañeda. I.S.S.S.T.E.



Dr. J. Enrique González Blanco
Coordinador de enseñanza e investigación
hospital general Dr. Gonzalo Castañeda. I.S.S.S.T.E.



**A mis padres que me han sabido guiar
durante toda mi existencia
Jovita y Graciano.**

**A mi esposa que siempre me ha
apoyado y estimulado para seguir
adelante.
XSIOMARA**

**A mi hermano sin el cual no hubiera
existido este trabajo.
Dante.**

**A Todos mis maestros de cirugía por
transmitirme sus conocimientos .**

RESUMEN.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GENERAL DR. GONZALO CASTAÑEDA DEL I.S.S.S.T.E.

Se presenta la experiencia de las primeras 100 colecistectomías laparoscópicas en el hospital Gonzalo castañeda de I.S.S.S.T.E. en un lapso de un año de enero de 1995 a junio de 1996. 93 de los pacientes fueron del sexo femenino y 7 del sexo masculino con edades comprendidas entre 22 y 83 años. Los diagnósticos establecidos fueron: 91 pacientes con colecistitis crónica litiásica, 6 pacientes con colecistitis crónica alitiásica y 3 pacientes con colecistitis aguda (2 hidrocolecisto, 1 piocolecisto) el tiempo promedio de cirugía fue de 50 minutos, el tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 36 hrs. promedio. Las complicaciones encontradas fueron: 2% enfisema, 2% conversión a cirugía abierta y 1% ileo metabólico; la mortalidad fue del 0%. En base a estos resultados se llegó a la conclusión de que la colecistectomía laparoscópica es el método de elección para el tratamiento de la litiasis vesicular.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, vesícula, cirugía laparoscópica.

SUMMARY.

Our experience in 100 patients operated of laparoscopic cholecystectomy, in the last year (started in january of 1995 to june of 1996) is presented ;all the patients were opereted in the general hospital Gonzalo Castañeda .I.S.S.T.E. 93 patients were females and 7 were males ;the mean age were 22-83 years old; 91 patients had gallblader stones, 6 patients had an alithiasic cholecystitys, and 3 patiens presented with acute cholecystitis. Surgery average time was 50 minutes .the intrahospitalary average time was 36 hours .The complications found were 2% with enfisema, 2% were converted to conventional surgery and 1% presented a metabolic ileus; the range of mortality was 0%. Our conclusion is :THE LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IS THE TECHNIQUE OF CHOICE FOR THE TREATMENT OF GALLBLADER STONES.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, gallblader, laparoscopyc surgery.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL GONZALO CASTAÑEDA DEL I.S.S.S.T.E.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es una de las operaciones mas frecuentemente realizada por los cirujanos generales y por lo tanto una de las operaciones con mayor rango de seguridad ,sin embargo la técnica para realizar colecistectomías ha cambiado hacia la mínima invasión con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica .

En 1964 el Dr. Semm en Alemania realiza la primera laparoscopia ginecológica. Posteriormente él mismo introduce los nudos intracorpóreos y en 1982 realiza la primera apendicectomía laparoscópica. Corresponde el mérito a P. Mouret en Francia en 1987 el realizar la primera colecistectomía laparoscópica ,y al Dr. Leopoldo Gutiérrez realizar la primera colecistectomía laparoscópica en México.(1).

La colecistectomía laparoscópica ha surgido como un nuevo método quirúrgico de mínima invasión, esperándose desde el principio que pudiera reemplazar a la colecistectomía convencional ,ya que brinda al paciente un menor stress trauma mínimo y el paciente tarda un menor tiempo de convalecencia (2).Sin embargo en los inicios de ésta nueva técnica se observó que existía una mayor incidencia de morbilidad al aumentar las lesiones de vías biliares (3),quizá atribuido a la curva de aprendizaje del cirujano general ,ya que los cirujanos han tenido que incursionar en esta nueva técnica sin entrenamiento previo por lo que al principio se aumento la morbilidad con esta técnica.(4,5,6,7,8,9).Al avanzar el conocimiento de esta nueva técnica la morbilidad ha ido en decremento; se ha apreciado también que la colecistectomía laparoscópica ha logrado abatir los costos tanto quirúrgicos como de estancia intrahospitalaria ya que éste método permite el restablecimiento del paciente a su vida normal en un corto lapso de tiempo lo que permite abatir los costos.(10,11).

MATERIAL Y MÉTODOS

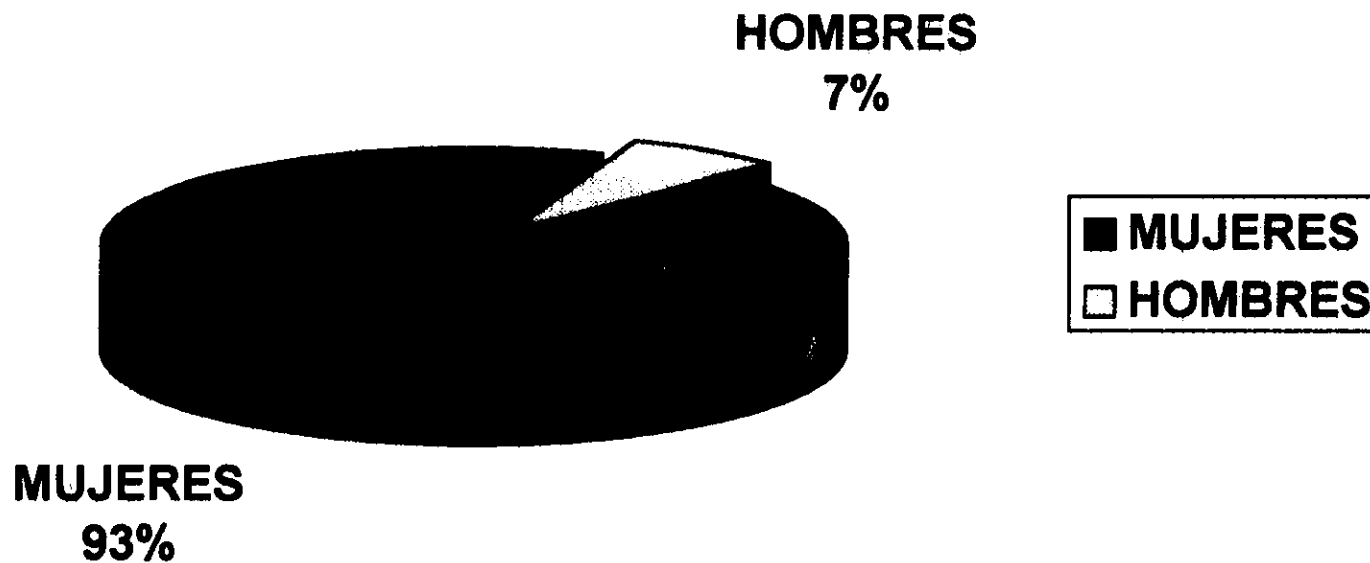
Se realizó un estudio prospectivo transversal y observacional en un lapso comprendido de enero de 1995 a junio de 1996 donde se realizaron 100 colecistectomías laparoscópicas. Los criterios de inclusión fueron : A) Pacientes con cuadro clínico de colecistitis B) ultrasonografía positiva de colelitiasis. C) preoperatorios básicos completos (Bh, Qs, TP, TPT, y pruebas de funcionamiento hepático).

Los criterios de exclusión fueron los siguientes: A) embarazo B) Pacientes neumopatas. C) Pacientes cardiopatas. D) Obesidad mórbida. E) Colangitis y coledocolitiasis.

Los 100 pacientes fueron operados bajo anestesia general inhalatoria , con sonda vesical, neumoperitoneo con CO₂; cuatro trocares: dos de 10 mm y dos de 5 mm colocados en líneas convencionales; la introducción de la videocámara se realizó por la incisión umbilical , los trocares se colocaron siempre bajo visión directa; el procedimiento se realizó por disección cortante y electrocauterio. La extracción de la vesícula se realizó por la incisión umbilical o subxifoidea en todos los casos. El tipo de drenaje fue de dos tipos drenaje tipo Penrose y cerrado a elección del cirujano y en su mayoría debido a disección cruenta del lecho o a ruptura de la vesícula.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Distribución por sexo

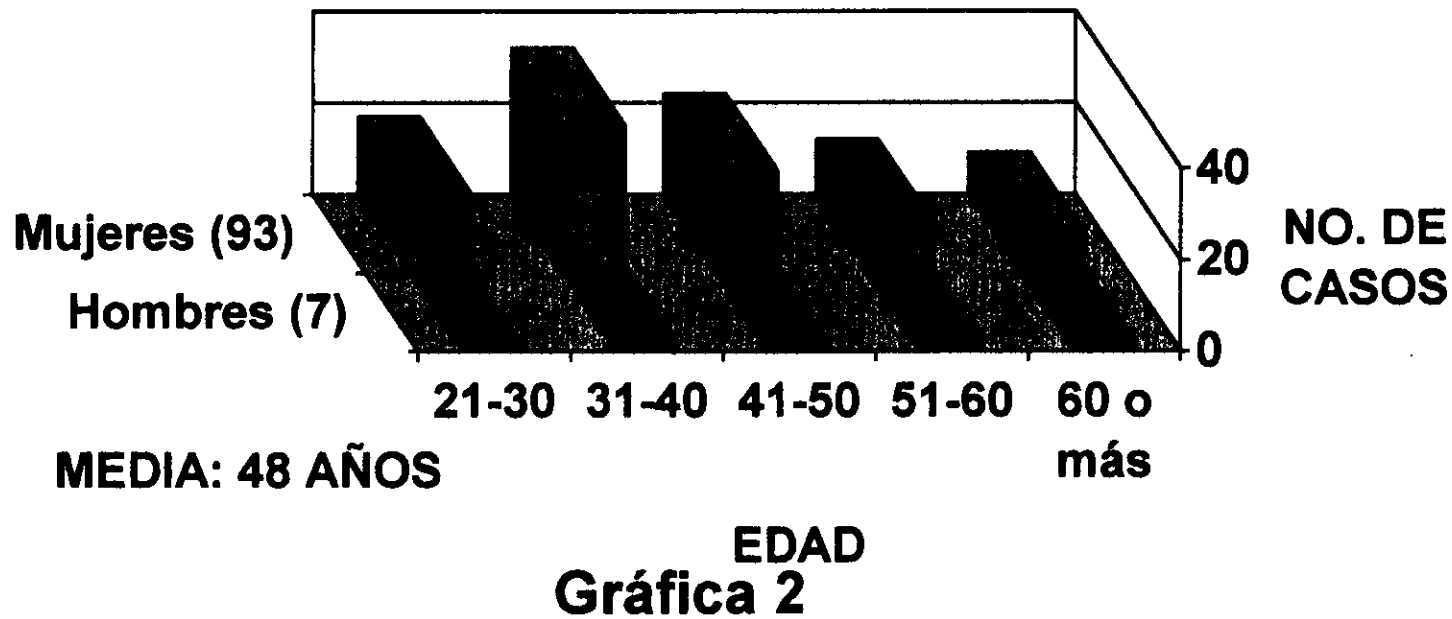


Gráfica 1

H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

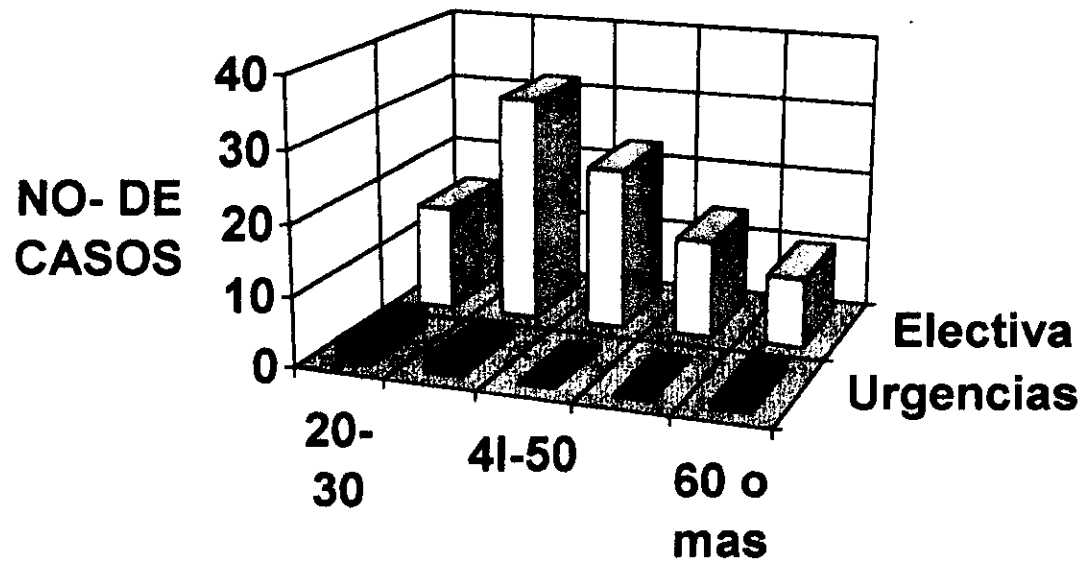
Distribución por sexo y edad



H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

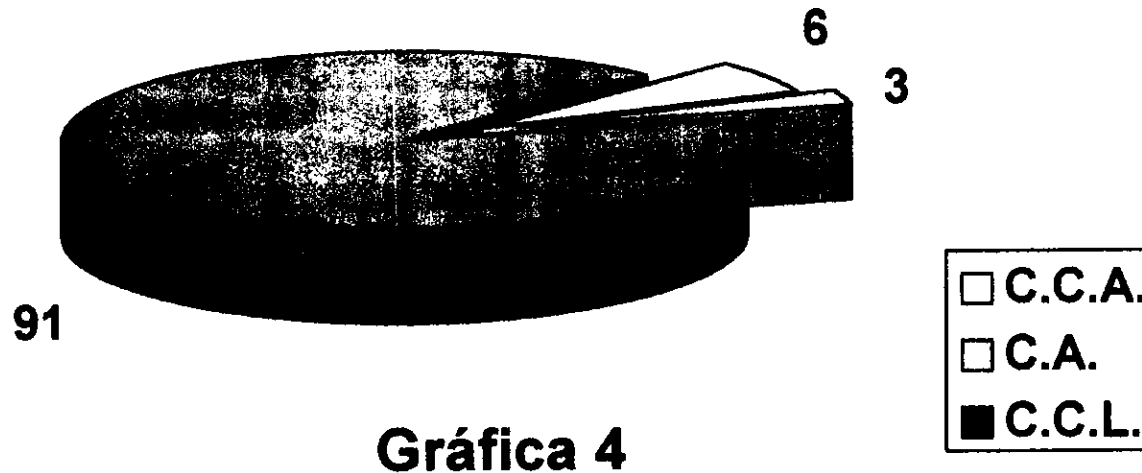
Tipo de cirugía distribución por edad



Gráfica 3

H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Tipo de colecistitis



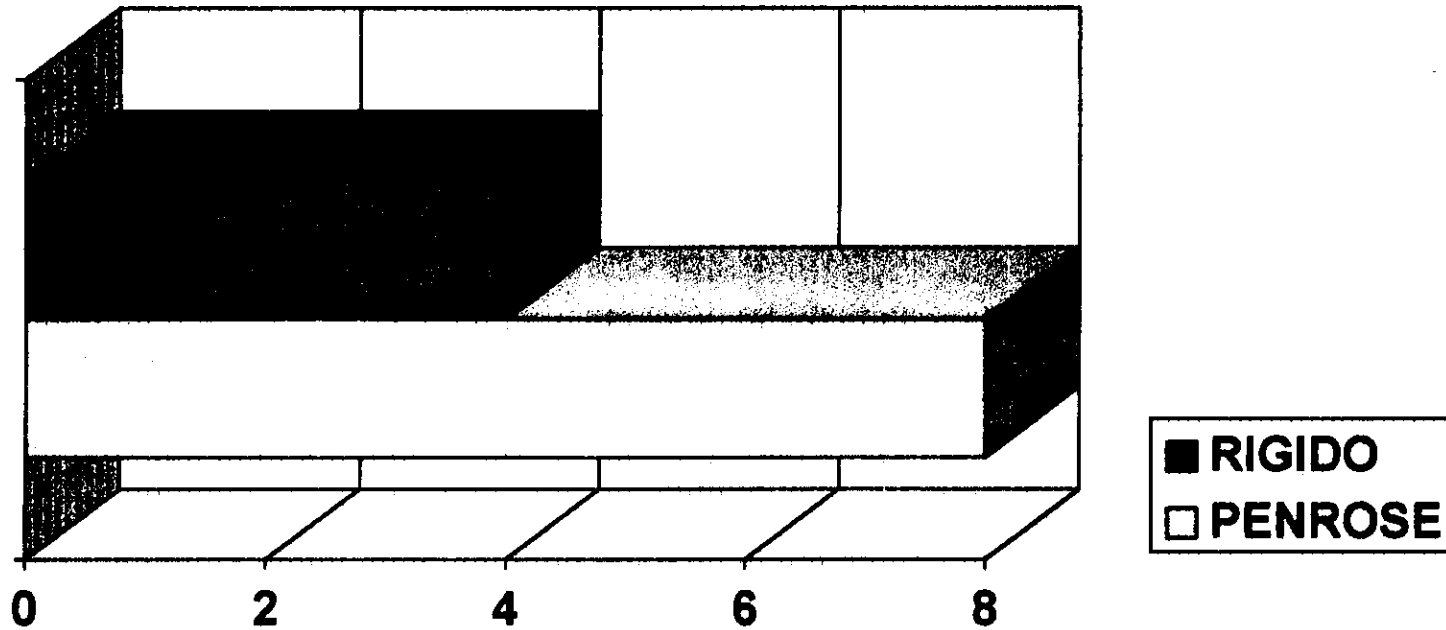
Gráfica 4

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

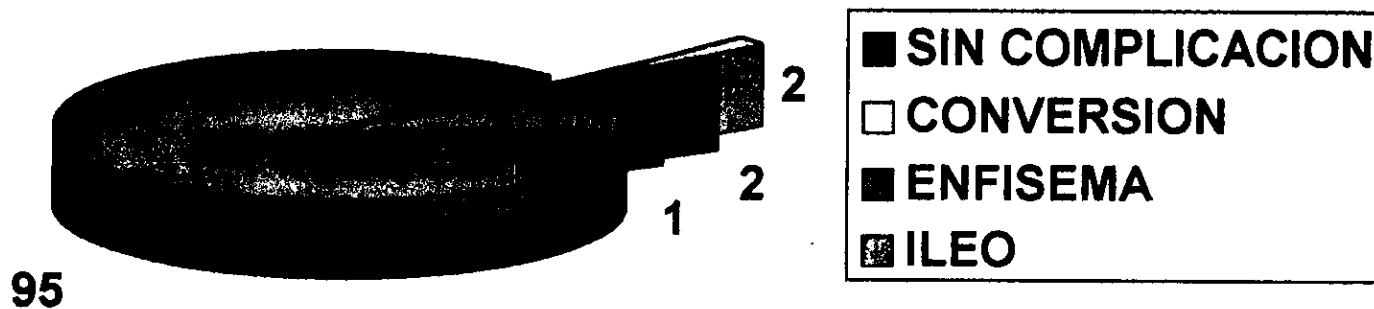
Tipo de drenaje



Gráfica 5

H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Complicaciones



Gráfica 6

H.G. 'Dr. Gonzalo Castañeda'. Cirugía General.

RESULTADOS

De los 100 pacientes operados por laparoscopia 93 de ellos fueron del sexo femenino y 7 del sexo masculino (gráfica 1), con edades comprendidas entre 22 - 83 años con una media de 48 años, la mayor incidencia recayó en el rango de 31 a 40 años en lo que se refiere al sexo femenino (gráfica 2); el tipo de cirugía efectuada en el hospital fue 94% cirugía electiva y solo 6 % cirugía de urgencia; la mayor incidencia fue en mujeres de 31-40 años y en el sexo masculino en el grupo de edad de 20 - 30 años (gráfica 3). Los diagnósticos establecidos fueron 91 pacientes colecistitis crónica litiasica, 6 pacientes con colecistitis crónica alitiásica, y 3 pacientes con colecistitis aguda (2 pacientes con hidrocolecisto y un paciente con piocolecisto [gráfica 4]). Solamente se utilizaron 12 drenajes, 8 del tipo del penrose y 4 cerrados a elección del cirujano en su mayoría por disección cruenta del lecho o por ruptura incidental de vesícula (gráfica 5). El tiempo promedio de cirugía fue de 30 minutos a 2 hrs. con promedio de 50 min. El tiempo de estancia intrahospitalaria fue de 24 a 72 hrs. en promedio 36 hrs. Las complicaciones más frecuentemente encontradas fueron las siguientes:

Se presentó enfisema en dos pacientes, uno de los cuales se manejó únicamente con hiperventilación corrigiéndose el mismo sin complicaciones, el segundo paciente se convirtió a cirugía abierta para terminar el procedimiento sin insuflación de CO₂; la segunda conversión se realizó por distorsión de la anatomía normal en una vesícula en estado agudo. Se reingresó un solo paciente por íleo metabólico el cual fue manejado conservadoramente por medio de sonda nasogástrica y vigilancia de los electrolitos séricos, hasta normalizar la peristalsis, el paciente fue dado de alta al segundo día sin complicaciones, y el restante 95% curso sin complicaciones (gráfica 6).

DISCUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica ha reemplazado a la colecistectomía convencional, por ser un método altamente eficaz y seguro, y ofrece más ventajas a los pacientes ; ya que por ser de mínima invasión brinda al paciente menos dolor, rápida recuperación y menor tiempo de estancia intrahospitalaria y sus complicaciones son mínimas y casi de igual porcentaje a los de la colecistectomía convencional y también abate los costos al realizarse rutinariamente .

CONCLUSIÓN

Nuestro grupo quirúrgico por propia mano y quizá con mejor fortuna ha llegado a la siguiente conclusión : LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA ES EL ESTÁNDAR DE ORO DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gutiérrez LS. Experiencia en 250 colecistectomias laparoscópicas. *Cir Ciruj* 1994; 61: 10-19.
2. The southern surgeons club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *New E. J. medicine* 1991; 324: 1073-1078.
3. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT. Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1991; 110: 769-778.
4. Moore MJ, Bennet CL. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 170: 55-59.
5. Woods MS, Shellito JL, Santoscoy GS. Cistic Duct leaks in laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 168: 560-565.
6. Roy AF, Passi RB, Lapoint RW. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *CJS* 1993; 36: 509-516.
7. Keith RG. Is the increasing frequency of laparoscopic bile duct injury justifiable? *CJS* 1993; 36: 501-502.
8. Cox MR, Wilson TG, Jeans PL. Minimizing the risk of bile duct injury at laparoscopic cholecystectomy. *World J Surg* 1994; 18: 422-427.
9. Sonnenberg E, D'Agostino HB, Easter DW. Complications of laparoscopic cholecystectomy: coordinated radiologic and surgical management in 21 patients. *Radiology* 1993; 188: 399-404.
10. Traverso LW, Hargrave K.A. Prospective cost analysis of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 169: 503-506.
11. Wexler MJ, Hinchey J, Sampalis J. Canadian laparoscopic surgery survey. *CJS* 1993; 36: 217-224.
12. Tait N, Little JM. The treatment of gall stones. *BMJ* 1995; 311: 99-105.
13. Fried GM, Barkun JS, Sigman HH. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 167: 35-39.
14. Hunter JH. Avoidance of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 162: 71-76.
15. Peters JH, Krailadsiri W, Incarbone R. Reasons for conversion from laparoscopic to open cholecystectomy in an urban teaching hospital. *AM J Surg* 1994; 168: 555-559.
16. Jakeways MS, Mitchell IV, Hashim IA. Respuesta metabólica e inflamatoria despues de la colecistectomia abierta o laparoscópica. *Br J Surg* 1994; 4: 269-273.
17. Lorimer JW, Fairfull RJ. Intraoperative cholangiography is not essential to avoid duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 169: 344-347.
18. Miller RE, Kimmelstiel FM, Winkler WP. Management of common bile duct stones in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1995; 169: 273-276.
19. Soper NJ, Brunt ML, Callery MP. Role of laparoscopic cholecystectomy in the management of acute gallstones in pancreatitis. *AM J Surg* 1994; 167: 42-51.
20. Schauer PR, Page CP, Stewart RM. The effect of laparoscopic cholecystectomy on resident training. *AM J Surg* 1994; 168: 566-570.
21. Barkun JS, Barkun AN, Sampalis JS. Randomized controlled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy. *The Lancet* 1992; 340: 1116-1119.
22. Ortega A, Peter JF, Gilberto BU. Las bases fisiológicas de la cirugía laparoscópica. *Cirujano General* 1995; 17: 123-135.
23. Rattner DW, Ferguson C, Warshaw AL. Factors associated with successful laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Annals of surgery* 1993; 217: 233-236.
24. Lanzafame RJ. Laparoscopic cholecystectomy during pregnancy. *Surgery* 1995; 118: 627-633.
25. Prystowsky JB, Jericho BG, Epstein HM. Spontaneous bilateral pneumothorax - complication of laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1993; 115: 998-1001.
26. Vitale GC, Stephens G, Wieman TJ. Use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1993; 117: 806-814.