

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TÍTULO
“EXPERIENCIA EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA
EN 6 MESES DE SERVICIO SOCIAL
EN EL HOSPITAL RURAL DE JALTIPAN, VERACRUZ”

FOLIO: F-2012-3601-12

TESIS QUE PRESENTA
DR. ARMANDO ALARCÓN VÁZQUEZ
PARA OBTENER EL DIPLOMA
EN LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA GENERAL

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ



MÉXICO, D.F.

FEBRERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DOCTORA
DIANA G. MENEZ DIAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICIO GASTROCIRUGÍA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTOR
JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
CIRUJANO GENERAL
ASESOR DE TESIS
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

REGISTRO NACIONAL DE TESIS DE ESPECIALIDAD

Delegación: SUR DF Unidad de adscripción: UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI IMSS

Asesor: José Luis Martínez Ordaz

Matrícula: 9753575

Paterno: Alarcón Materno: Vázquez Nombre: Armando

Matrícula: 99377223 Especialidad: CIRUGIA GENERAL

Fecha de Graduación. 29/02 /2012

Título de la tesis:

“EXPERIENCIA EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN 6 MESES DE SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL RURAL DE JALTIPAN, VERACRUZ.”

Resumen:

El diseño del presente estudio es clínico, retrospectivo, descriptivo. La población de estudio fueron todos los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, con un total de 26, en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 31 de Agosto del 2011 durante el servicio social en Jaltipan, Veracruz. Las variables que se utilizaron fueron: Edad, sexo, comórbidos, diagnóstico preoperatorio, estudios de laboratorio e imagen, tipo de incisión, diagnóstico postoperatorio, tipo de anestesia empleada, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria. En los resultados obtenidos la causa más frecuente por la que se llevó a cabo la colecistectomía abierta fue enfermedad litiasica de la vesícula en el 100% de los casos. En lo que respecta al género por mucho el sexo femenino es el más frecuente, de hecho forma parte como factor de riesgo para enfermedad litiasica de la vesícula biliar; no siendo la excepción en el presente trabajo, encontrando que el 92.3% de los casos correspondió al sexo femenino. En todos los casos de colecistectomía de este estudio, la tendencia para la disección de la vesícula fue siempre disección del ligamento hepaticoduodenal, visualizar el triángulo de Calot, hacer la división y ligadura de arteria cística y posteriormente hacer lo mismo en lo que se refiere al conducto cístico. Posteriormente encaminar la disección de la vesícula de su lecho en sentido anterógrado y terminar con disección retrógrada de la vesícula de su lecho. En los pacientes sometidos a colecistectomía abierta del presente estudio, no se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, teniendo un promedio de estancia hospitalaria de 2.2 días.

Palabras Clave:

1) COLECISTECTOMÍA 2) COLECISTITIS 3) LITIÁSICA

4) ABIERTA 5) ULTRASONIDO Pags. 31 Ilus. 6

(Para ser llenado por el jefe de Educación e Investigación Médica)

Tipo de Investigación: _____

Tipo de Diseño: _____

Tipo de Estudio: _____

AGRADECIMIENTOS

A mis Maestros por compartir su experiencia y conocimiento, por su interminable paciencia y dedicación.

Al Dr. Roberto Blanco Benavides por enseñarme y guiarme, orientarme y corregirme minuciosamente en este proceso de aprendizaje, le estaré siempre agradecido.

Al Dr. José Luis Martínez Ordaz, por la disponibilidad, orientación y apoyo en la realización de este trabajo.

A mi padre el Dr. José Armando Alarcón mi más grande maestro, amigo y ejemplo, a mi madre la Sra. Clotilde Vázquez, quien brindó su vida para formar mis valores y formarme como persona, a mi hermana Giselle Alarcón con quien construí gran parte de mi vida y me enseñó lo hermoso que es vivir.

A mi prometida, Cindy Rivera con quien aprendí el verdadero significado del amor, que vale la pena sacrificarse por lo que uno desea.

ÍNDICE

Hoja de Firmas.....	1
Registro Nacional de Tesis.....	2
Agradecimientos.....	3
Índice.....	4
Resumen.....	5
Datos del alumno.....	6
Marco Teórico.....	7
Planteamiento del problema.....	16
Justificación.....	17
Recursos.....	18
Material y métodos.....	19
Resultados.....	20
Discusión.....	26
Conclusión.....	29
Bibliografía.....	30

RESUMEN

El diseño del presente estudio es clínico, retrospectivo, descriptivo. La población de estudio fueron todos los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, con un total de 26, en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 31 de Agosto del 2011 durante el servicio social en Jaltipan, Veracruz. Las variables que se utilizaron fueron: Edad, sexo, comórbidos, diagnóstico preoperatorio, estudios de laboratorio e imagen, tipo de incisión, diagnóstico postoperatorio, tipo de anestesia empleada, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria. En los resultados obtenidos la causa más frecuente por la que se llevó a cabo la colecistectomía abierta fue enfermedad litiásica de la vesícula en el 100% de los casos. En lo que respecta al género por mucho el sexo femenino es el más frecuente, de hecho forma parte como factor de riesgo para enfermedad litiásica de la vesícula biliar; no siendo la excepción en el presente trabajo, encontrando que el 92.3% de los casos correspondió al sexo femenino. En todos los casos de colecistectomía de este estudio, la tendencia para la disección de la vesícula fue siempre disección del ligamento hepaticoduodenal, visualizar el triángulo de Calot, hacer la división y ligadura de arteria cística y posteriormente hacer lo mismo en lo que se refiere al conducto cístico. Posteriormente encaminar la disección de la vesícula de su lecho en sentido anterógrado y terminar con disección retrógrada de la vesícula de su lecho. En los pacientes sometidos a colecistectomía abierta del presente estudio, no se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, teniendo un promedio de estancia hospitalaria de 2.2 días.

1. DATOS DEL ALUMNO:

Alarcón Vázquez Armando

012299352719 ó 5554982044

Universidad Autónoma de México

Facultad de Medicina

Cirugía General

508218655

2. DATOS DEL ASESOR:

Dr. José Luis Martínez Ordaz

Matrícula: 9753575

3. DATOS DE LA TESIS.

EXPERIENCIA EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA EN 6 MESES DE
SERVICIO SOCIAL EN EL HOSPITAL RURAL DE JALTIPAN
VERACRUZ.

FOLIO: F-2012-3601-12

31 páginas

Febrero del 2012

MARCO TEÓRICO

John Stough Bobbs (1809 a 1870), un cirujano de la guerra civil de Pennsylvania, es al que se le acredita la primera operación de vesícula en el ser humano. Carl Johann August Langenbuch (1846-1901) realizó la primera colecistectomía en julio 15 de 1882, Langenbuch razonó que la colecistectomía removía ambos tanto las piedras que producían el dolor como el órgano que producía las piedras. Durante décadas posteriores a Langenbuch se debatió los riesgos y beneficios de la colecistectomía contra colecistostomía, la cual fue asociada a menor morbilidad y mortalidad. La colecistectomía fue preformada por un grupo variable de cirujanos con un nivel variable de entrenamiento, la operación eventualmente fue una provincia única para los cirujanos y uniformó guías para entrenamiento quirúrgico.

Anthony Eden desarrolló estudio sobre complicaciones del conducto biliar posterior a colecistectomía el 12 de Abril de 1953 y determinó un drenaje abierto de una colección biliar 17 días posteriores.

Así como los estándares de los cirujanos fueron evolucionando, y el entrenamiento quirúrgico se volvió más uniforme, la incidencia de complicaciones fu disminuyendo.

El origen de la cirugía laparoscópica de la vesícula fue la unión de múltiples factores, incluyendo avances tecnológicos, demanda pública para tratamientos menos invasivos.

Las enfermedades de vesícula biliar son comunes en países desarrollados. Esto comprende un largo espectro de desordenes causados por

alteraciones en la composición de la bilis y en la función biliar. Las manifestaciones clínicas varían desde un intenso ataque de cólico biliar o puede ser asintomático. El cólico biliar usualmente es secundario a una obstrucción temporal del conducto cístico por un lito biliar, si la obstrucción se mantiene, se puede presentar desde una colecistitis, colangitis, gangrena o perforación de vesícula biliar, peritonitis o pancreatitis. La enfermedad complicada de vesícula biliar como colelitiasis sintomática representa el desorden más común por el cual se lleva a cabo la cirugía.

La mayoría de las colecistectomías son realizadas por enfermedad litiásica de vesícula con sintomatología o por complicaciones por las piedras como colecistitis aguda, pancreatitis aguda e ictericia obstructiva, y alrededor de un 90% de esas operaciones son desarrolladas de forma laparoscópica. La mayoría de las colecistectomías abiertas son desarrolladas cuando los cirujanos convierten la forma laparoscópica y la causa más común de conversión es cuando la inflamación altera la percepción de la anatomía del triángulo de Calot, el cual por definición está delimitado por el conducto cístico, la arteria cística y el conducto hepático común, Strasberg refirió esto como la visión crítica en la cirugía laparoscópica, pero es igual de crítico durante la colecistectomía abierta, y no se deben dividir estructuras si esta exposición no es establecida.

La hemorragia es la segunda causa más frecuente de conversión, principalmente en caso de que no se pueda controlar e de forma inmediata sin comprometer estructuras como la porta-hepatis o vísceras adyacentes.

Cuando preoperatoriamente se establece la sospecha de masa en la

vesícula biliar es mejor realizar colecistectomía abierta, anticipando la necesidad de disecar linfonodo, así como resección en bloque de la vesícula, resección de hígado y de vía biliar, alrededor de 1% de las vesículas extraídas de forma laparoscópica presentan carcinomas.

Enfermedad cardiopulmonar severa puede ser otra causa de conversión inclusive de evitar neumopetritoneo y realizar forma abierta.

La mortalidad operatoria en pacientes cirróticos en un par de décadas previas era de 7 a 26% actualmente la colecistectomía laparoscópica puede realizarse en pacientes cirróticos con insuficiencia hepática de forma segura, esto con una apropiada selección de pacientes, preoperatoriamente se debe maximizar la función hepática del paciente, incluyendo reducción de ascitis y mejorando la coagulopatía. Los hallazgos intraoperatorios de un hígado tieso, varices portales, varices en la pared abdominal, son motivos para preformar procedimiento abierto. Si se presenta sangrado significativo tras disección de vesícula de su lecho, una opción es dejar la pared posterior y fulgurar su superficie. Es ocasionalmente necesario remover la vesícula durante el embarazo, y la necesidad de la cirugía recae en el riesgo y beneficio para la paciente y el feto dependiendo dependiendo de la enfermedad vesicular y el riesgo de colecistectomía, al menos 1 % de las mujeres manifiestan enfermedad litiásica durante el embarazo. De forma interesante Markov demostró que es mejor el manejo quirúrgico laparoscópico en el 1er y 2do trimestre del embarazo que el manejo conservador en el caso de la colecistitis por enfermedad litiásica. El tamaño del útero durante el último trimestre aumento el riesgo de lesión uterina o lesión de víscera en el abordaje laparoscópico por el espacio reducido en la cavidad abdominal,

consecuentemente la colecistectomía abierta es necesaria durante estas etapas del embarazo.

Hay dos condiciones que ameritan mención especial, el íleo biliar y el síndrome de Mirizzi. El íleo biliar se presenta clásicamente en pacientes de edad avanzada, se refiere a cuadros inflamatorios subsecuentes lo largo de la vida, donde misma piedra erosiona la pared vesicular formando trayecto fistuloso entre la vesícula y clásicamente el duodeno, el paso del lito puede impactarse en el lumen intestinal causando obstrucción del mismo; una entorotomía bastaría para remover el problema, la gran mayoría de los pacientes toleran la presencia de una fístula colecistoduodenal y sólo una minoría requerirá una colecistectomía. El síndrome de Mirizzi resulta de una compresión extrínseca del hepático o colédoco por una piedra enclavada en el cuello de la vesícula o en el conducto cístico, el proceso inflamatorio causa obstrucción de la vía biliar con ictericia obstructiva y puede presentarse fístula colecisto-biliar. La extensión de la fístula biliar ha sido clasificada por Czendes y ha dictado el manejo quirúrgico. La cirugía abierta será necesaria para remover cálculos de forma segura, retiro de la vesícula y manejo de la fístula, una sonda T bastaría para descomprimir la vía biliar, sin embargo ante lesiones de mayor involucro una derivación bilio-digestiva en Y de Roux será necesaria.

La mayoría de las colecistectomías abiertas se llevan a cabo bajo anestesia general, algunas opciones menos comunes son la anestesia regional y muy rara vez anestesia local, se suelen emplear antibióticos profilácticos preoperatorios. El paciente se posiciona en supino, pero puede ser de utilidad colocar un campo a nivel de la espalda para mejorar la posición. La sala de operación, debe de estar orientada de tal forma que pueda realizarse un

estudio de colangiografía transoperatoria.

La mayoría de las colecistectomías abiertas se abordan por incisión subcostal derecha (Kocher) se lleva a cabo 2 dedos por debajo del margen costal. Aún cuando el cirujano planea un abordaje laparoscópico, la incisión del trocar debe ser planeada lo más posible para adaptarse a una incisión de Kocher en caso de conversión. Posteriormente se incide la fascia anterior de los músculos del abdomen y se dividen el oblicuo interno, oblicuo externo y el transversario del abdomen, mientras el electrocauterio mantiene hemostasia. Se ligan las anastomosis entre epigástrica profunda y mamaria interna y muy especialmente cuando existe hipertensión portal. El ligamento Teres es asegurado y dividido, seguido de una pequeña incisión. La incisión derecha paramedia (Mayo) ha quedado relegada como una curiosidad histórica.

El cirujano palpa e inspecciona el hígado, de esta forma ingresa aire al espacio subfrénico, logrando una mejor exposición. El colon, intestino delgado y estómago son retraídos atraumáticamente para exposición adecuada de la vesícula biliar, porta-hepatis y duodeno. Las adherencias son incididas y liberadas para una adecuada exposición de la vesícula, el órgano es palpado cuidadosamente en busca de piedras o masas. El cirujano puede acceder a la porta hepatis con disección a través del hiato de Winslow y usando el índice y dedo medio para palpar piedras o tumor, la inflamación severa y la cirrosis puede obliterar el hiato. La presencia de pulso sobre el borde lateral de la porta implica un remplazo de arteria de la arteria hepática derecha, una variante que nace de la arteria mesentérica superior, la cual está presente alrededor de 20 a 25% de los casos. Si es difícil manipular la vesícula por distensión, se puede puncionar con trocar metálico y aspirar el contenido a través del fondo

vesicular. Se toma la vesícula del infundíbulo con pinza hemostática larga para manipular el órgano.

La disección retrógrada para varios cirujanos experimentados, y es especialmente benéfico cuando hay inflamación severa. El cirujano incide el peritoneo visceral del fondo de la vesícula aproximadamente a 1 cm de su fijación al hígado y esta incisión se lleva a cabo a todo lo largo de la vesícula, paralelo al hígado, el ayudante seca con cánula de aspiración, se asegura división de venas vesiculares con hemostasia a través de cauterio, de esta forma la vesícula es removida del lecho hepático, de esta forma la vesícula se aísla antes de la división de las estructuras críticas, disminuyendo el riesgo de lesión biliar. En ocasiones es benéfico cuando hay significativa inflamación realizar disección digital como apoyo de disección vesicular su lecho.

Si se realiza una disección anterógrada el cuello de la vesícula debe movilizarse lo suficiente para exponer el triángulo de Calot, la noción que Strasberg ha popularizado como la visión crítica para la colecistectomía laparoscópica. En este territorio se encuentra la arteria cística, se debe dividir en su curso al igual que el conducto cístico, el cirujano previamente debió movilizar cualquier lito presente en el conducto cístico hacia el lumen de la vesícula biliar, de esta forma la disección de la vesícula de su lecho es facilitada, se debe traccionar la vesícula sin mucha tensión con disección incluida del triángulo de Calot de tal forma que la porta hepatis no sea lesionada. Los cirujanos deben evitar el uso de sutura no absorbible como la seda para la clausura del muñón cístico, o para una coledocorrafia o para una anastomosis bilioentérica, ya que son altamente litogénicas. Las suturas sintéticas como el ácido poliglicólico, polidoxanona o poliglicaprone son muy

efectivas para la cirugía de vía biliar.

Hoy en día la colecistectomía es el estándar para la colelitiasis, y la cirugía tiene un alto impacto en la calidad de vida en enfermedad complicada de la vesícula biliar en países desarrollados.

Se estima que el 86% de las colecistectomías son realizadas vía laparoscópica, hoy alrededor de 500,000 colecistectomías laparoscópicas son realizadas anualmente en países de occidente y desde los 90's la colecistectomía laparoscópica ha reducido significativamente la forma abierta.

Para establecer la relación de salud y calidad de vida posterior a colecistectomía, se utilizó la forma corta-36 y el índice gastrointestinal de calidad de vida. Algunos estudios usaron ambos índices para cuestionar el bienestar general en la calidad de vida postoperatoria.

La colecistectomía laparoscópica permanece actualmente como el estándar de oro para el manejo de enfermedad litiásica de la vesícula y la colecistectomía abierta ha sido el estándar de oro para el manejo de la colelitiasis desde hace más de 100 años. En caso de adherencias, de perforación de vesícula, anomalías anatómicas, o complicaciones durante el procedimiento laparoscópico, que no se puede progresar por vía laparoscópica, el método abierto sigue siendo indicado.

De acuerdo a varios estudios la colecistectomía algunas de las ventajas de la colecistectomía laparoscópica sobre la abierta son: La reducción del trauma operatorio sin comprometer el campo operatorio, reducción del dolor postoperatorio, reducción de riesgo de infección de herida, reducción del tiempo de recuperación, hospitalización y regreso a la dieta normal y a labores de

forma más rápida, así como mejor aspecto estético, sin embargo ambos procedimientos pueden presentar complicaciones.

Se ha demostrado en series europeas y americanas que la colecistectomía abierta presenta más complicaciones postoperatorias que la forma laparoscópica. El sangrado transoperatorio se presentó en 1.6% con colecistectomía abierta y en 0.68% en colecistectomía laparoscópica, colecciones intraabdominales fueron encontradas en 2.18% de colecistectomía abierta contra 1.02% de colecistectomía laparoscópica. Las complicaciones más frecuentes en colecistectomía abierta fueron infección de herida y hematoma en la misma en un 2.73% para ambas, retención urinaria en 2.18%. La conversión a laparotomía en colecistectomía laparoscópica fue en el caso de colecistitis aguda en un 9.2% y en colecistitis crónica en un 4.11%. La mortalidad fue mayor para la forma abierta con un 0.55% vs laparoscópica con un 0.34%.

En general numerosos estudios establecen complicaciones tanto para colecistectomía abierta o laparoscópica, sin existir diferencia significativa, se ha demostrado que la colecistectomía laparoscópica disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y acorta el tiempo de recuperación del paciente. Siendo un procedimiento de elección con baja morbi-mortalidad.

La llegada de la colecistectomía laparoscópica ha cambiado drásticamente los protocolos para el tratamiento de colecistitis y ha sido acompañado de un claro beneficio clínico para los pacientes. Desde su llegada ha reducido la morbilidad y mortalidad, confirmándose como un método seguro y como procedimiento estándar en el manejo de algunas enfermedades de la vesícula biliar. En algunos estudios se ha visto que la calidad de vida posterior

a colecistectomía laparoscópica fue mayor que posterior a colecistectomía abierta, sin embargo la calidad de vida medida a largo plazo no fue significativamente mayor entre una y otra, si a caso el aspecto estético y satisfacción del paciente fue la única ventaja a largo plazo en relación a calidad de vida.

Quintana y colaboradores determinaron variables clínicas a través del índice gastrointestinal de calidad de vida y la SF-36, los pacientes fueron agrupados acorde el diagnóstico (colecistitis, coledocolitiasis, pancreatitis, colangitis, colelitiasis no complicada) y riesgo quirúrgico; los pacientes respondieron los cuestionarios posterior a 3 meses del evento. Se concluyó que los pacientes con colelitiasis sintomática con bajo riesgo quirúrgico presentaron la más alta puntuación en calidad de vida, mientras que los pacientes con colelitiasis asintomática y con mayor riesgo quirúrgico el puntaje fue menor, a diferencia Montes y colaboradores empleando el mismo sistema encontraron gran beneficio en sintomáticos como en asintomáticos.

Planells y colaboradores evaluaron la calidad de vida en pacientes con colecistitis acalculosa, determinando que la calidad de vida de ambos grupos es muy similar posterior a colecistectomía.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las principales causas de colecistectomía a nivel mundial es por enfermedad litiásica y existen un gran número de complicaciones tras falta de diagnóstico y manejo oportuno desde colangitis, pancreatitis o cuadro agudo de colecistitis. Se plantea la necesidad de tratamiento oportuno tras diagnóstico de enfermedad de vesícula biliar con indicación quirúrgica, con los recursos que se cuenten, lo que se desea traspolar en el presente trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Reportar los resultados obtenidos en colecistectomía abierta durante 6 meses de servicio social, con las variables planteadas, que nos ayuden a mejorar ó reforzar el manejo de pacientes con indicación de colecistectomía abierta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Reportar el número de colecistectomías abiertas por edad, sexo y grupo etario.
2. Reportar la etiología, manifestaciones clínicas que llevaron a colecistectomía abierta, así como el método diagnóstico empleado.
3. Reportar los diagnósticos y hallazgos más frecuentes tras colecistectomía abierta, así como las complicaciones más frecuentes.

JUSTIFICACIÓN

Actualmente el estándar para el manejo de enfermedad vesicular con indicación quirúrgica es por vía laparoscópica. Sin embargo en la gran mayoría del servicio social en cirugía general de nuestro medio no se cuenta con la infraestructura para llevarlo a cabo. Hoy en día gran parte del entrenamiento en los años de la residencia para colecistectomía es en el abordaje laparoscópico y una pequeña minoría en el abordaje abierto. Es importante y necesario dominio pleno de técnica abierta y manejo de complicaciones por el uso que aún tiene la colecistectomía abierta en nuestro medio.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio se apega a la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos en materia de investigación en seres humanos, a la declaración de Helsinki de 1975 modificada en Tokio en 1984, y de acuerdo a los criterios de Nuremberg. La investigación se adhiere a las normas del Instituto Mexicano del Seguro Social en materia a la investigación científica. El estudio no atenta contra la integridad física, mental o moral de los participantes y procede de acuerdo a las normas nacionales e internacionales en materia de investigación biomédica ética en seres humanos.

RECURSOS

El estudio se realizara en pacientes manejados mediante colecistectomía abierta durante el servicio social en el Hospital Rural de Jaltipan, Veracruz que cumpla con los criterios de inclusión y exclusión en el servicio.

FACTIBILIDAD

La realización del presente estudio de investigación es factible. No existe problema para reclutar a los pacientes, por la frecuencia de los padecimientos que conllevan a colecistectomía abierta en un hospital rural. Los procedimientos de colecistectomía abierta serán realizados por el investigador, el instrumental y espacio quirúrgico y recursos de hospitalización son pertenecientes al Hospital Rural de Jaltipan, Veracruz, el resto del material como impresión de hojas, y material adicional correrá a cargo del investigador.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del estudio es clínico, retrospectivo, descriptivo. La población de estudio fueron todos los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, con un total de 26, en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 31 de Agosto del 2011 durante el servicio social en Jaltipan, Veracruz. El área de estudio es en el departamento de Cirugía General y Archivo Clínico del Hospital rural Jaltipan, Veracruz.

La información se obtuvo directamente de los pacientes intervenidos mediante colecistectomía abierta en el servicio social en el Hospital rural de Jaltipan, Veracruz, en el periodo comprendido del 01 de Marzo al 31 de Agosto del 2011, con llenado de cada paciente una ficha de recolección de datos.

Se describe serie de casos consecutivos de colecistectomía abierta realizadas en el Hospital rural de Jaltipan, Veracruz. Las variables que se utilizaron fueron: Edad, sexo, comórbidos, diagnóstico preoperatorio, estudios de laboratorio e imagen, tipo de incisión, diagnóstico postoperatorio, tipo de anestesia empleada, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria. Los criterios de inclusión fueron todos los pacientes intervenidos por el investigador mediante colecistectomía abierta durante el servicio social en el Hospital rural de Jaltipan Veracruz, en el periodo mencionado. Los criterios de exclusión fueron todos los pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta por otro médico durante el servicio social en el Hospital rural de Jaltipan, Veracruz, en el periodo mencionado. Para el análisis simple de los datos se utilizan medidas de media, mediana y moda así como desviación estándar. Para el manejo de los datos se utilizara el programa estadístico SPSS (versión 17.0).

RESULTADOS

Se realizaron un total de 26 colecistectomías abiertas, por género 24 (92.3%) fueron femeninos, y 2 (7.7%) masculinos. (Gráfico 1).



Gráfico 1

El rango de edad para colecistectomía abierta fue de 19 a 69 años, presentando un promedio de edad de 36 años; la edad en donde más coincidió la colecistectomía abierta fue 23 años (3 pacientes; 11.5%) y 27 años (3 pacientes; 11.5%). (Gráfico 2).

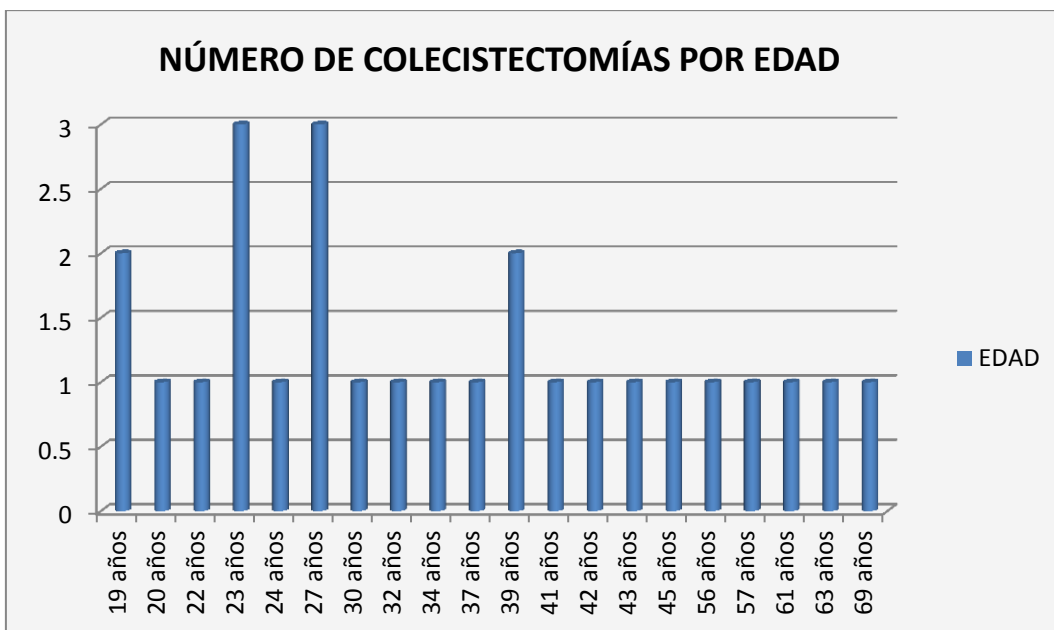


Gráfico 2

En este grupo de pacientes, como antecedentes crónicodegenerativos, sólo 5 (19.2%) pacientes eran portadores, 4 con HAS (15.3 %) 1 (3.8%) con cardiomiopatía dilatada y 1 (3.8%) diabético (DM2); 21 (80.8%) pacientes no presentaban comórbidos. Doce pacientes (46.1%) tienen antecedentes quirúrgicos.

De los 26 pacientes 8 (30.8%) presentaban manifestaciones clínicas al momento de su valoración, 4 (15.4%) pacientes con signo de Murphy positivo, 1 paciente (3.8%) con dolor en hipocondrio derecho y signo de Murphy negativo, 2 (7.7%) pacientes con datos de ictericia, sólo 1 (3.8%) con Murphy positivo y con ictericia. 18 pacientes (69.2%) estaban asintomáticos y asignológicos al momento de su valoración, sin embargo con antecedente de cólico biliar de repetición. (Gráfico 3).

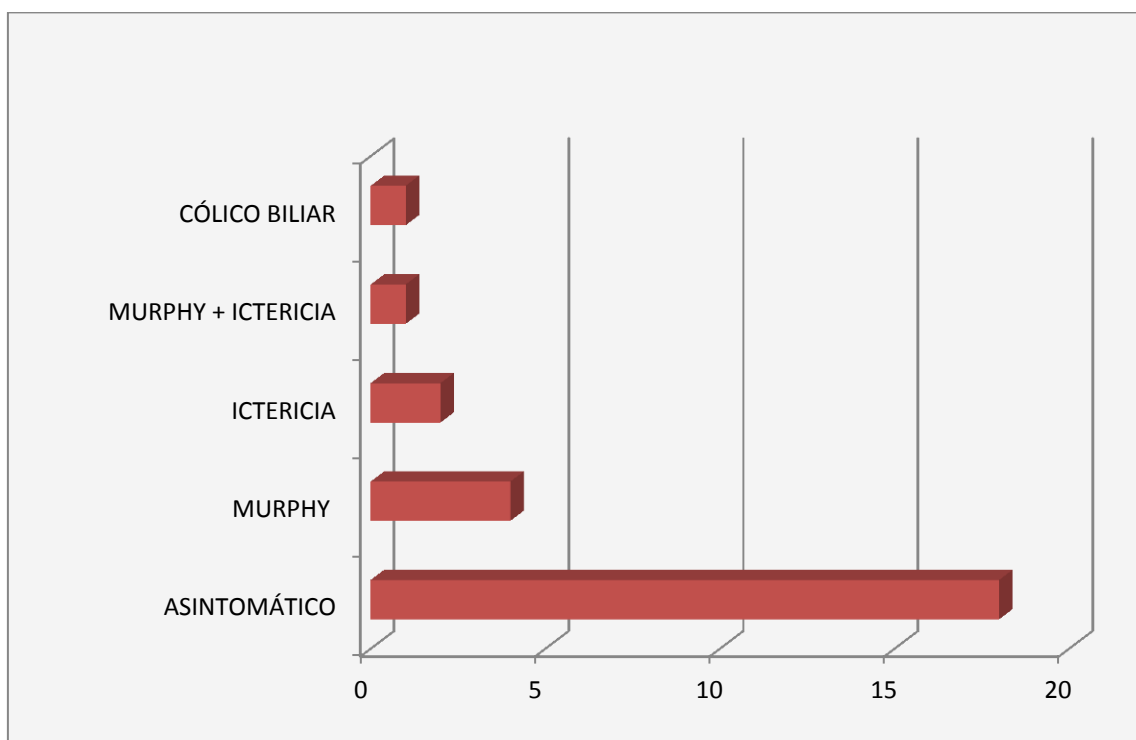


Gráfico 3

Se realizaron 21 (80.8%) colecistectomías abiertas de forma electiva y 5 (19.2%) fueron por urgencia.

De los 26 pacientes, el 100% se realizó ultrasonido de vesícula y vía biliar preoperatorio. Dentro de los hallazgos ultrasonográficos 25 (96.1%) presentaron imagen sugestiva de litos en el interior de la vesícula, 1 (3.8%) imagen hiperecogénica sin proyectar sombra sonora, 6 (23%) presentaban engrosamiento de pared de vesícula biliar (4 mm o más), en 1 (3.8%) se reportó líquido perivesicular. En 20 (76.9%) pacientes se encontraron vesícula de pared delgada (menor a 4 mm). En 4 (15.4%) pacientes el hallazgo ultrasonográfico reportó dilatación de colédoco (8 ó más mm), sólo en 2 (7.7%) pacientes se encontró por ultrasonido imágenes hiperecogénicas en colédoco. Sólo en 1 (3.8%) paciente se reportó como hallazgo adicional en el ultrasonido hidronefrosis de lado derecho.

De los 26 pacientes el 100 % contaba con biometría hemática, 11 (42.3%) presentaba anemia preoperatoria (hemoglobina <12), y 1 (3.8%) presentó hemoglobina <10. Sólo 3 presentaban leucocitosis (11 mil ó más). 4 (15.3%) de los pacientes presentaron tiempos de coagulación prolongados (TP de 15 ó más; TTP 36 ó más). Sólo 8 (30.8%) pacientes contaban con pruebas de función hepática y 3 (11.5%) pacientes presentaban hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa.

El diagnóstico preoperatorio se basó ante cuadro clínico, ultrasonido de vesícula y vía biliar, así como resultados de laboratorio, y en 18 (69.2%) de los casos se diagnosticó preoperatoriamente colecistitis crónica litiásica (CCL). En 4 (15.4%) pacientes fue colecistitis crónica litiásica agudizada (CCLA). En 1

(3.8%) colecistitis crónica litiásica más colédocolitiasis; en 2 (7.7%) paciente más, tuvo diagnóstico preoperatorio de colecistitis crónica litiásica agudizada más colédocolitiasis, y 1 (3.8%) de los pacientes se diagnosticó de forma preoperatoria pólipo vesicular. (Gráfico 4).

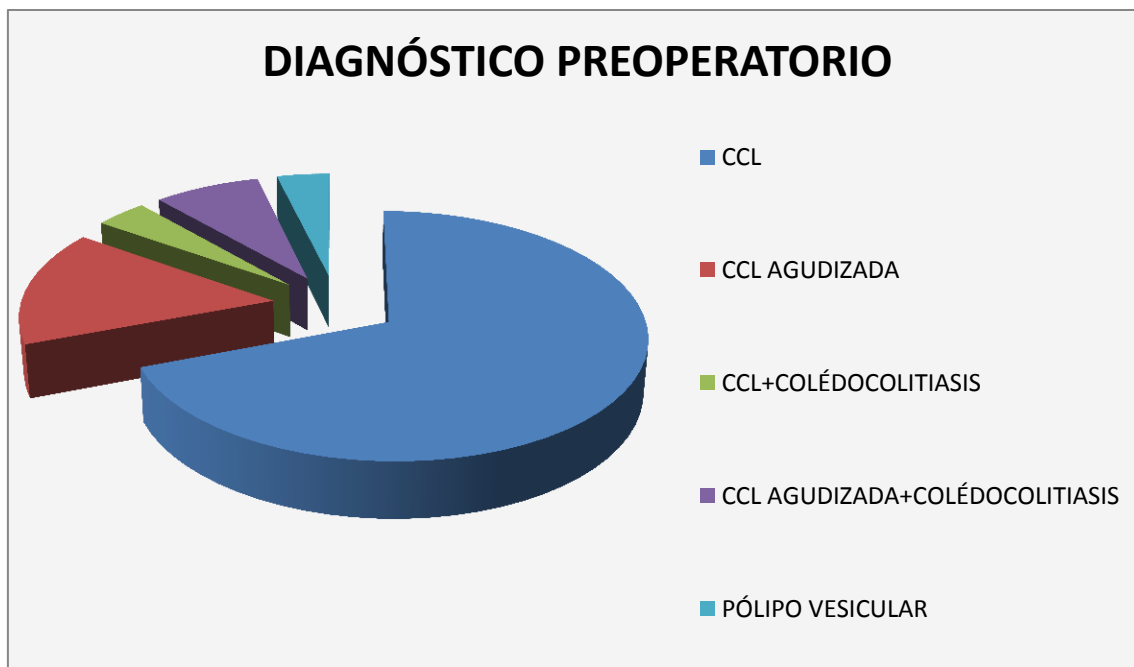


Gráfico 4

De los 26 pacientes intervenidos mediante colecistectomía abierta, el 100% se abordó con incisión subcostal derecha tipo Kocher. El diagnóstico postoperatorio fue en base al hallazgo quirúrgico; de esta forma se encontró litos en vesícula en 18 (69.2%) quedando diagnóstico postoperatorio como colecistitis crónica litiásica, en 1 (3.8%) paciente se encontró lodo biliar, sin litos en vesícula, en 2 (7.7%) pacientes se encontró vesícula con litos en su interior y pared edematosa, con diagnóstico postoperatorio de colecistitis crónica litiásica agudizada; en 1 (3.8%) paciente la vesícula muy distendida con líquido claro en su interior y litos, así como pared edematosa, con diagnóstico postoperatorio de hidrocolecisto; sólo 1 (3.8%) paciente se encontró pus dentro

de la vesícula, quedando como piocolecisto. En 1 (3.8%) paciente se encontró colédoco dilatado de 1.8 cm con vesícula de pared delgada, arrojando diagnóstico de colecistitis crónica litiásica más colédocolitiasis. En 1 (3.8%) paciente aparte, se encontró dilatación de colédoco de 1.5 cm con litos en su interior y vesícula con pared edematosa, quedando como colecistitis aguda más colédocolitiasis. Sólo en 1 (3.8%) paciente se encontró vesícula de pared edematosa con lito grande de 2 cm en su infundíbulo, con compresión extrínseca a colédoco, sin fistulizarlo, quedando como diagnóstico postoperatorio de síndrome de Mirizzi no fistulizante o tipo 1. (Gráfico 5).

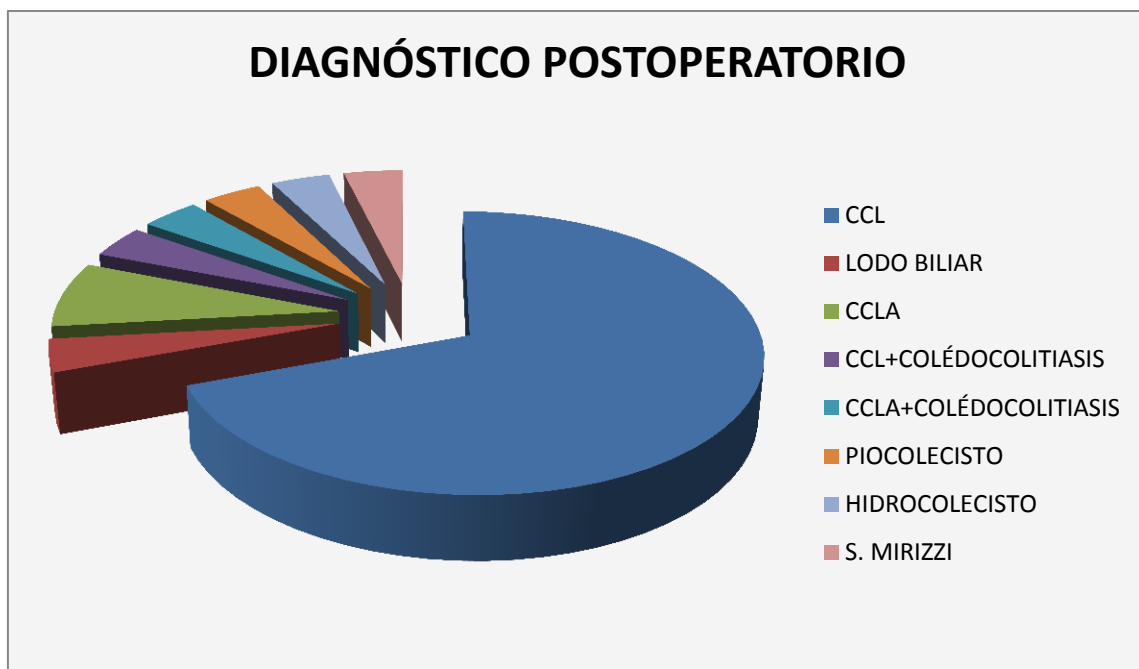


Gráfico 5

Se logró la disección e identificación de forma inicial del triángulo de Calot en 24 (92.3%) de los pacientes, y fue necesaria la disección retrógrada de la vesícula de forma inicial en 2 (7.7%) de los pacientes al no visualizar de forma adecuada los elementos que conforman el triángulo de Calot.

No se presentaron complicaciones transoperatorias ó postoperatorias en los pacientes. En lo que respecta al manejo anestésico en 23 (88.5%) fue por bloqueo peridural, de esta forma sólo 3 (11.5%) pacientes el manejo anestésico perioperatorio fue general endovenoso.

En el 100 % de los casos se manejó antibiótico parenteral 1 hora antes del procedimiento quirúrgico se usó cefalosporina de tercera generación 1 g endovenoso como dosis preoperatoria, en el postoperatorio en 21 (80.8%) se utilizó el mismo antibiótico en 3 dosis más, administrando 1g cada 8 hrs. En 2 (7.7%) se usó la cefalosporina de tercera generación 1g cada 8 hrs. por 3 días y en 3 (11.5%) pacientes se requirió el uso del mismo antibiótico por 5 días 1g cada 8 hrs. parenteral.

En lo que se refiere a estancia hospitalaria; 5 (19.2%) pacientes presentó una estancia hospitalaria de 24 hrs. 16 (76.2%) tuvo una estancia hospitalaria de 48 hrs. 2 (7.7%) pacientes, presentó estancia hospitalaria de 72 hrs. y 3 (11.5%) pacientes tuvo una estancia hospitalaria de 5 días. Teniendo un promedio de 2.2 días de estancia hospitalaria. (Gráfico 6).

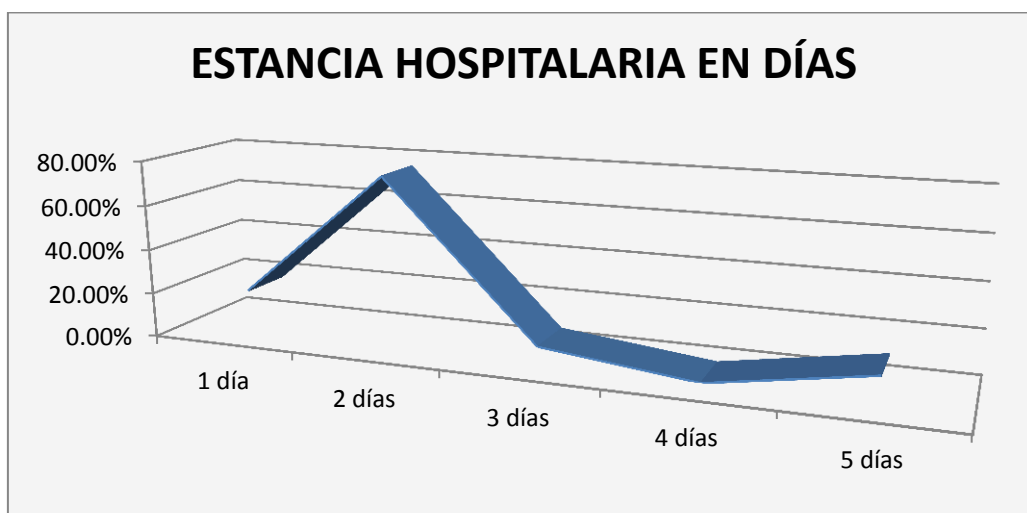


Gráfico 6

DISCUSIÓN

Se conoce ampliamente que la causa más común por la que se lleva a cabo una colecistectomía es por enfermedad litiásica de la vesícula biliar. En los resultados obtenidos efectivamente la causa más frecuente por la que se llevó a cabo la colecistectomía abierta fue enfermedad litiásica de la vesícula en el 100% de los casos. En lo que respecta al género por mucho el sexo femenino es el más frecuente, de hecho forma parte como factor de riesgo para enfermedad litiásica de la vesícula biliar; no siendo la excepción en el presente trabajo, encontrando que el 92.3% de los casos correspondió al sexo femenino.

Es muy conocido y ampliamente publicado que el abordaje estándar para colecistectomía desde hace varios años es la forma laparoscópica, por el hecho de disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, un postoperatorio de más rápida recuperación así como resultado estético. Si bien lo anterior es cierto, existen reportes y estudios que confirman que la calidad de vida en el postoperatorio a largo plazo es el mismo tanto en colecistectomía laparoscópica y abierta. Sin embargo en ocasiones no se puede lograr culminar la cirugía laparoscópica e inclusive de inicio existen indicaciones para abordaje abierto. En nuestro medio a nivel rural no se cuenta con infraestructura para llevar a cabo un abordaje laparoscópico, por lo que en el presente estudio el 100% de las colecistectomías fue con abordaje abierto tipo subcostal derecha (Kocher).

Usualmente los cirujanos experimentados prefieren realizar inicialmente la disección retrógrada de la vesícula y dejar al final la disección del triángulo de Calot, disminuyendo en este sentido la posibilidad de lesión de la vía biliar.

En todos los casos de colecistectomía de este estudio, la tendencia para la disección de la vesícula fue siempre disección del ligamento hepaticoduodenal, visualizar el triángulo de Calot, hacer la división y ligadura de arteria cística y posteriormente hacer lo mismo en lo que se refiere al conducto cístico. Posteriormente encaminar la disección de la vesícula de su lecho en sentido anterógrado y terminar con disección retrógrada de la vesícula de su lecho.

Se recomienda que la ligadura del conducto cístico sea del tipo de ácido poliglicólico o poliglecaprone, no se recomienda seda debido a que este material es altamente litogénico por la reacción inflamatoria que produce; lamentablemente el tipo de material que se utilizó en la mayoría de los casos del presente estudio, fue seda 2-0 ó 3-0, debido a la escasez del material tipo ácido poliglicólico del calibre necesitado.

Se ha demostrado en series europeas y americanas que la colecistectomía abierta presenta más complicaciones postoperatorias que la forma laparoscópica. El sangrado transoperatorio se presentó en 1.6% con colecistectomía abierta y en 0.68% en colecistectomía laparoscópica, colecciones intraabdominales fueron encontradas en 2.18% de colecistectomía abierta contra 1.02% de colecistectomía laparoscópica. Las complicaciones más frecuentes en colecistectomía abierta fueron infección de herida y hematoma en la misma en un 2.73% para ambas, retención urinaria en 2.18%. La conversión a laparotomía en colecistectomía laparoscópica fue en el caso de colecistitis aguda en un 9.2% y en colecistitis crónica en un 4.11%. La mortalidad fue mayor para la forma abierta con un 0.55% vs laparoscópica con un 0.34%.

En general numerosos estudios establecen complicaciones tanto para

colecistectomía abierta o laparoscópica, sin existir diferencia significativa, se ha demostrado que la colecistectomía laparoscópica disminuye el tiempo de estancia hospitalaria y acorta el tiempo de recuperación del paciente. Siendo un procedimiento de elección con baja morbi-mortalidad.

En los pacientes sometidos a colecistectomía abierta del presente estudio, no se presentaron complicaciones transoperatorias ni postoperatorias, teniendo un promedio de estancia hospitalaria de 2.2 días.

CONCLUSIÓN

La colecistectomía abierta es un procedimiento muy seguro para resolución de enfermedad de la vesícula biliar con indicación quirúrgica. En el hospital rural de Jaltipan, Veracruz, la enfermedad litiásica de la vesícula biliar fue la principal causa de colecistectomía abierta. El género femenino fue por mucho el más frecuentemente intervenido, representando el 92.3% de las colecistectomías abiertas. La disección inicial del triángulo de Calot en base a los resultados obtenidos, es muy recomendable realizarse en primera instancia, en esta serie de casos se tuvo buen control de la vesícula biliar y nos damos cuenta de primera instancia el estado y situación de la vía biliar; en caso de no poder progresar ó identificar el triángulo de Calot por la inflamación importante de la zona y pérdida de anatomía, siempre será muy recomendable realizar disección retrógrada de la vesícula y posteriormente asegurar la arteria y conducto cístico, de esta manera disminuimos riesgos de lesión de vía biliar. El manejo postoperatorio sobre todo del dolor podemos concluir que disminuye de forma importante la estancia hospitalaria, en esta serie en Jaltipan, Veracruz se promedió 2.2 días de estancia hospitalaria y en un 19.2% de los casos sólo tuvieron 24 hrs. de estancia hospitalaria, muy aceptable para el abordaje abierto de colecistectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. David McAneny, Open Cholecystectomy. Surg Clin N Am 88 (2008) 1273–1294
2. Hajrudin Hailovic, et al. Rate of complications and conversions after laparoscopic and open cholecystectomy. Med. Arch. 2011; 65(6): 336-338
3. Jonas Leo, et al. Open cholecystectomy for all patients in the era of laparoscopic surgery, a prospective cohort study. BMC Surgery 2006, 6:5 doi:10.1186/1471-2482-6-5
4. Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH, et al. Effective use of percutaneous cholecystostomy in high-risk surgical patients. Arch Surg 1999;134:727–32.
5. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg 1995;180:101–25.
6. Adam L. Widdson, Christopher P. Armstrong, Sally Norton. Open cholecystectomy in the age of the laparoscope. Ann R Coll Surg Engl 1995; 77: 256-258
7. Joel J. Roslyn, S. Binns, et. al, Open Cholecystectomy. Annals of Surgery. Vol. 218, No. 2, 129-137
8. Amadeo Carraro, Dania El Mazloum, Florian Bihl. Health-related quality of life outcomes after cholecystectomy *World J Gastroenterol* 2011 December 7; 17(45): 4945-4951
9. Halasz NA. Cholecystectomy and hepatic artery injuries. Arch Surg 1991;126:137–8.
10. Fong Y, Jarnagin W, Blumgart LH. Gallbladder cancer: comparison of patients presenting initially for definitive operation with those presenting after prior noncurative intervention. Ann Surg 2000;232:557–69.

11. Mirizzi PL. La cholangiografía durante las operaciones de las vías biliares. Bol Soc Cir Buenos Aires 1932;16:1133–61.
12. Majeed AW, Troy G, Nicholl JP. Randomised, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. Lancet 1996;347:989–94.
13. Siddharth P. Dubhashi* and Trinath Tummepalli. Persistent Pain after Cholecystectomy, When Defined Indications for Operation are Used. Journal of Experimental Sciences 2011, 2(6): 25-28
14. Fenster LF, Lonborg R, Thirlby RC, Traverso LW 1995. What symptoms does cholecystectomy cure? Insights from an outcome measurement project and review of literature. Am J Surg 169: 533-538.
15. Ganey JB, Johnson PA Jr, Prillaman PE, McSwain GR. Cholecystectomy: clinical experience with a large series. Am J Surg 1986;151:352-357.