



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA ELECTIVA  
EN EL PACIENTE ADULTO EN EL CENTRO MEDICO  
NACIONAL MANUEL AVILA CAMACHO**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO GENERAL**

**P R E S E N T A :  
DR. JUVENTINO VAZQUEZ JUAREZ**



**PUEBLA, PUE.**

**FEBRERO 1998**



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.

DR. FIDEL BARRANCO MONTIEL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
C.M.N. "MAC" PUEBLA



JEFATURA DE EDUCACION  
MEDICA E INVESTIGACION



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA ELECTIVA  
EN EL PACIENTE ADULTO EN EL CENTRO MEDICO  
NACIONAL MANUEL AVILA CAMACHO**

**TESIS DE POSTGRADO**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
CIRUJANO GENERAL**

**P R E S E N T A :  
DR. JUVENTINO VAZQUEZ JUAREZ**



**PUEBLA, PUE.**

**FEBRERO 1998**

A mi hija:

En ti veo mi ave Fenix, por que al nacer  
diste una nueva luz a mi vida, una nueva esperanza.

A mi esposa:

Gracias por estar siempre a mi lado, aun en los momentos mas  
dificiles de mi existir.

A mis padres:

Por ser siempre mis mejores ejemplos, mis  
mejores amigos y mis eternos compañeros de  
lucha.

A mis Hermanos:

Maru, Yolita, Gloria y Quique.  
Por formar parte de algo que  
me enorgullece, Mi familia.

Al Alma Mater:

Por la oportunidad tan grande e inigualable de  
superación que me brindo.

Mi imperecedero agradecimiento a todos  
los Medicos, quienes dedicaron tiempo,  
palabra y su mejor esfuerzo para  
forjarme como Cirujano.

A mi asesor:

Dr. Felipe Lara Chacon.

Por ser un ejemplo a seguir como  
Medico, pero sobre todo como ser humano.  
Gracias.

Al Centro Medico Nacional Gral. Manuel Avila Camacho  
Por permitirme beber de las arcas de su sabiduria.

A todas aquellas personas que  
conforman mi mundo.  
Gracias por dejarme ser su amigo.

**ANTECEDENTES CIENTIFICOS:**

Antecedentes históricos básicos: Durante la mayor parte de este siglo, la colecistectomía abierta ha sido una modalidad terapéutica, segura eficaz y estandarizada para los pacientes que sufren colelitiasis, sintomática, los resultados han mejorado conforme el progreso de la capacitación quirúrgica, técnicas diagnósticas, control de infecciones y cuidados de sosten, aún así durante los decenios de los 70s a 80s aparecieron una multiplicidad de tratamientos aletorios, como la administración oral de disolutores de litos, la fragmentación ultrasonica intra y extracorporea, extracción endoscópica y percutánea, con resultados exitosos en algunos casos, precarios en otros y en la mayoría sin comprobar su eficacia, el surgimiento de la laparoscopia obligo a replantear cual o cuales son los indices de eficacia, así tambien como identificar de manera específica subgrupos de pacientes que pudieran tener mejor atención pos otros métodos, (1). Ya que la tendencia actual a la realización de colecistectomía laparoscópica obliga a realizar un análisis exhaustivo de el procedimiento abierto, ya que la laparoscopia ha demostrado ser igualmente eficaz, disminuye la estancia hospitalaris y abate costos. (2).

La seguridad efectividad y costos se abaten en gran medida por la realización de la colecistectomía laparoscópica. (3).

La tasa de mortalidad que acompaña a la colecistectomía abierta ha disminuido considerablemente en los ultimos 60 años, de 6.6% a 0.2%, del cual la mayoría correspondia a ancianos con enfermedad aguda de las vias biliares. (1).

La edad del paciente, la asociación con otras patologias, la enfermedad biliar y el tipo de cirugía efectuada, son factores determinantes de la mortalidad. (4).

La edad del paciente es el factor único que se relaciona directamente con la mortalidad operatoria, sobretodo en el grupo etario mayor de 65 años, en el cual aumenta hasta 17 veces la mortalidad operatoria, sin embargo la situación electiva o de urgencia, así como la enfermedad biliar aguda fue sin duda un factor determinante. (1). Y en este grupo el rango de mortalidad postoperatoria es del 2.1% a 30 días y 3.6% a 90 días. (5).

La diabetes sacarina, la cirrosis hepática, las enfermedades cardiovasculares, así como el sexo masculino son factores comorbidos que influyen en la mortalidad operatoria, la colecistitis enfisematosa, empiema, perforación vesicular así como la pancreatitis incrementan nueve veces la mortalidad. (1).

Otros procedimientos secundarios acompañantes de manera incidental como apendicectomía, lisis de adherencias, biopsia hepática y enfermedades triviales, así como la colangiografía transoperatoria no afectan de modo adverso la mortalidad que acompaña a la colecistectomía. (1). Se ha hallado también una correlación directa entre la experiencia del cirujano y su familiaridad con el procedimiento a su índice de mortalidad, así los cirujanos que realizan menos de 19 procedimientos por año, o bien hospitales donde se realizan menos de 170 colecistectomías por año la mortalidad aumenta en forma considerable. (1).

Durante la primera mitad de este siglo las principales causas de muerte eran la enfermedad avanzada de las vías biliares, insuficiencia hepática y enfermedades pulmonares como complicaciones del procedimiento anestésico. Al mejorar dichos aspectos la enfermedad cardiovascular como causa de defunción postoperatoria pasó al primer lugar; El infarto al miocardio, insuficiencia vascular cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva, embolia pulmonar, se incluyen dentro de dicho rubro. (1). Los trastornos hepatobiliares como cirrosis, colangitis y hepatitis, se colocan en un segundo lugar, de ellas la cirrosis es la más frecuente constituyendo el 15% de las mismas, 2 a 5% constituyen las lesiones del conducto biliar, 4% debidas a coledocolitiasis residual, otras causas son; Insuficiencia renal 3 a 20%, insuficiencia respiratoria 3 a 18%, pancreatitis 7%, hemorragia gastrointestinal 3 a 5%. (1). Las coagulopatías son otro de los factores determinantes de una elevada mortalidad, la cual llega hasta un 1.1% y puede elevarse hasta un 9.3%. (6).

La morbilidad para la colecistectomía abierta va de 5 a 15% (7.4% en promedio), para el procedimiento electivo y 17.4% para el procedimiento de urgencia. (7). La fiebre producto de infecciones tanto de las vías urinarias como pulmonares y enterococales son las infecciones de la herida quirúrgica, las cuales no afectan a la mortalidad general, solo ocurren complicaciones graves en el 0.16% y ellas se relacionan frecuentemente a edad avanzada, como colecistitis enfisematosa, bacteriemia etc. (1). La colangitis y la fibrosis periportal están asociadas a la obstrucción crónica de las vías biliares. (8).

Los pacientes a los que se les ha realizado colecistectomía abierta, hasta el momento se han reportado muy buenos índices de mejoría excepto en los casos en los cuales no fueron bien valorados y se les realizó el procedimiento sin ser necesariamente la causa principal de su sintomatología y corresponden aproximadamente al 20%. (9).

La exeresis de la vesicula es seguida del alivio de los sintomas solo aproximadamente en el 75 a 80% de los pacientes.(10). Hasta un 82% de los pacientes remite su sintomatologia abdominal despúes de la colecistectomia por colelitiiasis y solo 32% de colecistitis alitiiasica.(11). Los transtornos extrabiliares como son hernia hiatal, pancreatitis, ulcera péptica etc, pueden ser los causales de la nula desaparición de los sintomas en el paciente con colecistitis crónica litiásica que fué colecistectomizado.(10).

Sirve para conocer la estratificación fisiológica según el grado de la American Society of Anesthesiology y las modificaciones de las puntuaciones acute physiologic assesment and chronic health evaluation.(APACHE II). (1).

Las complicaciones biliares como la fistula biliar, la lesión incidental de la via biliar, son las principales en la colecistectomia y son catastroficas en potencia.(1). El drenaje persistente de bilis a traves de un dren nos podría hablar de un conducto biliar accesorio, de pequeños conductos intrahepáticos o del deslizamiento de la ligadura del cistico o bien una obstrucción distal del mismo.(6). La coledolitiasis residual se ha disminuida hasta en un 1% gracias a las nuevas técnicas radiológicas. El 0.3 al 0.6% de los pacientes padecen de fuga biliar de importancia clinica, ellas mismas pueden contribuir a la fibrosis concomitante y complicar la evolución postoperatoria tardia. (1). La incidencia esperada de coledocolitiiasis residual para quien no realiza colangiografia de rutins es de 5%. (10). Aunque la realización rutinaria de colangiografia es aún controversial. (12). La tasa actual de lesion del conducto biliar varia del 0 al 0.2%, estas lesiones incrementan la morbilidad a corto plazo y sin duda aumentan la mortalidad, las lesiones yatrogenas suelen afectar en mayor proporción al conducto hepático común, justo en el sitio de inserción del cistico y su bifurcación, y los tipos de lesiones consisten en lesiones parciales o completas, ligadura, trituración por pinzas, estrechez postoperatoria etc. Se han reconocido ya factor es clásicos como causa de las mismas, ellos son: Inexperiencia del cirujano, identificación anatómica insuficiente, inflamación, tracción excesiva e intentos imprecisos de controlar hemorragia, aunque a decir verdad es dificil identificar los factores causales. Las complicaciones biliares tardias consisten en residuos retenidos de vesicula biliar que contiene litos, así como la estenosis papilar consecuente al paso de litos o la manipulación ransoperatoria. (1).

Las lesiones del coledoco pueden ser reparadas en forma primaria si son menores de 1 cm. y en una zona amplia de lesión se recomienda derivación hepatoyeyuno en Y de Roux. (6).

En resumen las complicaciones pueden ser de origen vascular, lesión de órganos y procedimiento inadecuado. Dentro de las primeras la hemorragia de la arteria cística, de la arteria hepática derecha, de la arteria gastroduodenal, venas en el lecho vesicular, vena cava inferior, vena porta, ictericia por ligadura del coledoco, del conducto hepático común, lesión al estomago, duodeno, pancreas, higado y colon. (13).

Las manifestaciones clínicas de complicaciones biliares se evidencian a los varios dias después de la intervención y en menor número de ocasiones tarda semanas, ésto último es más comatible con estreches que con lesion por sección de la via biliar, la tasa de infección es variable y la fuga se evidencia por biloma, peritonitis biliar, fistula biliocutanea a traves de la hérida quirúrgica o bien a través del sitio del drene, las manifestaciones más frecuentes son dolor abdominal agudo, ileo, fiebre, bajo grado de ictericia, nauseas, vomito. Las alteraciones de laboratorio son leucocitosis e hiperbilirrubinemia leves y en el caso de estreches de la via biliar alteraciones de las enzimas hepáticas, las concentraciones de bilirrubina habitualmente son superiores a 6 mg/dl. (1). La aparición de ictericia obstructiva post colecistectomia, colangitis ascendente o pancreatitis aguda aparecen varias semanas después de la colecistectomia y nos orientan a la posibilidad de coledocolitiasis (10).

Se ha demostrado que los pacientes postcolecistectomia tienen una motilidad antroduodenal alterada, situación que favorece el reflujo duodeno gástrico, lo cual se intensifica en pacientes previamente sintomáticos.(14). La estenosis papilar es más frecuente en dos sitios, uno es el sitio de inserción del cistico y en el esfinter de Oddi, por razones anatómicas y es probable, que dicxha estreches desarrolle tempranamente sintomas en el postoperatorio, a medida que el flujo de bilis aumenta, al haberse perdido las funciones de almace namiento y concentración de la vesicula. La colecentellografia utilizando un análogo del IDA es la maniobra diagnóstica ideal en estos casos. (10). En pacientes con síndrome postcolecistectomia y disfunción del esfinter de Oddi, tienen una respuesta alterada a la estimulación con colecistoquinina en asociación con síndrome de colon irritable. (15).

El resto cistico descrito desde 1936 por Beye, es sin duda otra complicación, aunque mas bien rara, no hay duda de que algunos restos císticos son suficientemente largos de modo que el extremo más distal del conducto contiene mucosa vesicular capaz de concentrar bilis, posiblemente llevando a la formación de nuevos calculos, situación que aún es tema de discusión, ya que dicho fenomeno no sucede durante la realización de la colecistectomia laparoscopica, donde el resto cistico es notablemente más largo.(10).

El diagnóstico de lesiones en vías biliares suele evidenciarse en forma transoperatoria al realizar la colangiografía transoperatoria, aunque es motivo de controversia si la realización sistemática de la misma previene la complicación de lesión inadvertida del conducto biliar, también son material de apoyo la tomografía axial computarizada y el ultrasonograma y si estos últimos evidencian dilatación de la vía biliar deberá realizarse colangiografía percutánea o endoscópica según sea el caso, el gammagrama biliar también es de suma ayuda cuando existe fuga biliar intraoperatoria continua, la colangiografía retrograda endoscópica, es el estudio de mayor utilidad para determinar lesiones mayores de las vías biliares, pues identifica litos residuales, fugas, tumoraciones, estrecheces, etc. cuando este procedimiento no es posible entonces la colangiografía percutánea toma su relevancia, pues mediante ella podremos identificar el sitio de estreches distal y colocar si es preciso sondas transhepáticas para descompresión y/o programar el acceso quirúrgico. (1).

En resumen los resultados indeseables de la colecistectomía abierta actualmente se limitan de manera principal a los ancianos con trastornos morbosos y enfermedades complicadas de las vías biliares, y es necesario una identificación precisa y temprana para abatir los índices de morbimortalidad postoperatoria. (1).

La estancia hospitalaria se encuentra dentro de 2 a 5 días en promedio. (11). En general los criterios para una corta estancia hospitalaria son: Estudios preoperatorios normales y bien controlados, educación del paciente, pacientes jóvenes y sanos, íleo postoperatorio leve, apoyo familiar confiable, ausencia de ansiedad con respecto al alta temprana, posibilidad de ingerir alimentos por vía oral. (6).

**PLANTEAMIENTO :**

Cuales son las complicaciones postcolecistectomia abierta y electiva en el Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional Gral. de Division Manuel Avila Camacho, ya que se ha observado que es de vital importancia y constituye una piedra angular del desarrollo óptimo del gastrocirujano conocer cual o cuales son las complicaciones más comunes en su propio entorno y determinar hasta que grado son posibles de evitar los factores predisponentes y/o precipitantes de la misma, así como conocer si las complicaciones post colecistectomia o curren con la frecuencia esperada y reportada de acuerdo a la literatura Nacional e Internacional.

## JUSTIFICACION:

A traves del paso del tiempo la Colecistitis ha sido reconocida como una de las enfermedades del tracto gastrointestinal mas frecuentes y multiples han sido los tratamientos para solucionar dicha entidad sin embargo el tratamiento quirurgico, ya sea mediante tecnica abierta o bien en forma laparoscopica es el manejo curativo de la enfermedad. En realizar un análisis de cual es el grado de eficacia en nuestro Centro Medico, nos permitira reconocer cual o cuales son los indices de error y poder con ello tomar las medidas pertinentes para corregir y/o complementar los factores que nos esten causando morbimortalidad. Es necesario que cada institucion tenga en cuenta cuales son sus propios indices y darlos a conocer para crear conciencia dentro del grupo Medico Quirurgico.

## OBJETIVO:

## OBJETIVO GENERAL:

Conocer cual es la frecuencia de complicaciones post colecistectomía electiva en el paciente adulto en el Centro Medica General Manuel Avila Camacho, así como sus correlaciones con factores predisponentes y/o precipitantes.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1) Determinar la frecuencia de complicaciones postcolecistectomía en el paciente adulto en los diferentes grupos etarios.
- 2) Correlacionar los factores predisponentes y/o precipitantes con las complicaciones post colecistectomía electiva.
- 3) Valorar la importancia de la presencia de patologías agregadas en la presentación de complicaciones post colecistectomía electiva.
- 4) Determinar la morbilidad hospitalaria en esta unidad así como la mortalidad para este tipo de procedimiento realizado en forma electiva.

**HIPOTESIS:**

Ho: La frecuencia de complicaciones post colecistectomia electiva es baja con respecto a la literatura Nacional y Mundial en el Centro Medico Nacional Gral Manuel Avila Camacho.

Hi: La frecuencia de complicaciones postcolecistectomia electiva es alta con respecto a la literatura Nacional y Mundial en el Centro Medico Nacional Gral . Manuel Avila Camacho.

Ho: No hay factores predisponentes y/o precipitantes en correlación con las complicaciones postcolecistectomia.

Hi: Habrá factores predisponentes y/o precipitantes en correlacion con las complicaciones postcolecistectomia.

Ho: la presencia de patologias agregadas es insignificante en la presentación de complicaciones postcolecistectomia.

Hi: Es de vital importancia la presencia de otras patologias agregada en la presentación de complicaciones post colecistectomia.

Este objetivo no requiere de hipotesis.

## MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio se realizó en el departamento de Gastrocirugía del Hospital del Especialidades del Centro Medico Nacional Gral de Division Manuel Avila Camacho, en el periodo comprendido del 31 de Diciembre de 1996.

### Recursos materiales:

Expedientes clínicos, hojas de registro de datos, hojas de conteo final.

### MARCO MUESTRAL.

#### CRITERIOS DE INCLUSION:

- A) Pacientes de entre 18 a 80 años de edad.
- B) Pacientes intervenidos única y exclusivamente de colecistectomía electiva.
- C) Pacientes atendidos por la consulta externa y admisión continua hospitalaria de esta unidad.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- A) Pacientes de menos de 18 o más de 80 años.
- B) Pacientes intervenidos de colecistectomía previamente en cualquier otra unidad hospitalaria.
- C) Pacientes intervenidos quirúrgicamente en forma urgente.
- D) Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- A) Pacientes cuyo expediente clínico no este completo.
- B) Pacientes a quienes se les haya perdido su seguimiento clínico.
- C) Pacientes con diagnóstico postoperatorio de cancer vesicular, biliar, hepático o de otro origen.

**METODO:**

En el presente estudio se realizó una revisión de todos los expedientes clínicos cuyos registros de ingreso hospitalario o admisión continua correspondieron a las realización de colecistectomía abierta y electiva en pacientes adultos, durante un año, dichos expedientes se obtuvieron directamente del archivo clínico y la revisión y análisis de los mismos se llevó a cabo en sus propias instalaciones, hasta un número de 10 por cada sesión, los expedientes fueron revisados uno a uno y se sometieron estrictamente a los criterios de inclusión, no inclusión y exclusión antes expuestos, a cada expediente se le asigno un número de folio correspondiente a las hojas de recolección de datos.

Una vez obtenida la información, se procedió a realizar la síntesis de los grupos de estudio, realizando dicho procedimiento se realizara por cada grupo un análisis de datos, finalmente se sometieron a manejo estadístico para obtener resultados confiables.

Los pacientes se les realizó un seguimiento de 6 meses a partir de la fecha de realización de colecistectomía electiva y se busco intencionadamente la presencia de complicaciones inmediatas, mediatas y tardias de dicho procedimiento.

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, transversal y únicamente descriptivo.

El manejo estadístico fue únicamente el de estadística descriptiva.

## RESULTADOS:

El presente estudio fue realizado en el periodo comprendido del 1 de Enero de 1996 al 31 de Diciembre de 1996, se cuantifico el total de cirugias realizadas sumando durante dicho periodo 320 procedimientos de Colectistectomia electiva es esta unidad hospitalaria, una vez cuantificados se procedio a la localización de todos los expedientes en el archivo clínico, sin embargo solo pude completar 240 de los 320 expedientes, ya que los restantes se hallaban incompletos o bien extraviados, los 240 expedientes encontrados se analizaron de acuerdo a los criterios de inclusion, exclusion y no inclusion previamente establecidos. Los criterios de inclusion fueron pacientes de entre 18 a 80 años de edad, intervenidos quirurgicamente solo en forma electiva, excluyendo a aquellos que estuviesen fuera de los rangos de edad o bien que hubiesen sido intervenidos previamente en otra unidad, asi como aquellos que fueron intervenidos en forma urgente. Los criterios de no inclusion fueron aquellos cuyo expediente clínico no se encontraba completo, a quienes se perdio su seguimiento clínico y aquellos pacientes con diagnóstico postoperatorio de Cancer vesicular o hepático.

De los 240 casos analizados, de acuerdo a la distribucion por grupos etarios fué la siguiente. En el grupo de 20 a 30 años se realizaron 12 procedimientos correspondiendo a un 5% de total, en el grupo de 30 a 40 años se realizarón 38 procedimientos correspondiendo a un 15.8% del total, en el grupo de 40 a 50 años se realizarón 46 procedimiento correspondiendo al 19.2% del total, en el grupo de 50 a 60 años se realizaron 64 procedimientos correspondiendo a un 26.6% del total, en el grupo de 60 a 70 años se realizarón 52 procedimientos correspondiendo a un 21.7% del total, finalmente en el grupo de 70 a 80 años se realizaron 28 procedimientos correspondiendo a un 11.7% del total. Como lo muestra la grafica No. 1.

La morbilidad general para el total de procedimientos fue de 38 pacientes que tuvieron complicaciones postcolectistectomia, correspondiendo al 15.8%, y de acuerdo a cada grupo etario la morbilidad fue la siguiente: 20 a 30 años, 1 paciente (0.04%), en el grupo de 30 a 40 años, 2 pacientes correspondiendo al (0.83%), en el grupo de 40 a 50 años, 5 pacientes correspondiendo al (2.08%), en el grupo de 50 a 60 años, 12 pacientes correspondiendo al (5%), en el grupo etario de 60 a 70 años, 10 pacientes correspondiendo al (4.1%) y finalmente en el grupo de 70 a 80 años, 8 pacientes correspondiendo al (3.3%), como aparece en la grafica No 2.

Con respecto a la distribucion por edad y relacionandolo con el sexo el 57.9% fue del sexo femenino, 15 pacientes y solo 42.1% al sexo masculino, mostrando un ligero predominio del sexo femenino. como lo muestra la grafica No 3.

Ahora bien si analizamos la morbilidad presentada anteriormente y la dividimos en grupos de frecuencia, obtendremos las principales causas de morbilidad hospitalaria de acuerdo a cada complicación en particular, para este estudio las principales causas de morbilidad fueron las siguientes: Lesiones al conducto biliar con fistula, 12 pacientes, correspondiendo al 31.5%, colangitis, 10 pacientes, correspondiendo al 26.3%, estrecheces postoperatorias del conducto coledoco, 4 pacientes, correspondiendo al 10.5%, sangrado de tubo digestivo alto postoperatorio, 3 pacientes, correspondiendo al 7.8%, coledoco litiasis residual 5.2%, pancreatitis, 2 pacientes, correspondiendo al 5.2%, tromboembolia pulmonar, 2 pacientes, correspondiendo al 5.2%, infarto agudo al miocardio, 1 paciente, correspondiendo al 2.6%, insuficiencia cardiaca congestiva venosa, 1 paciente correspondiendo al 2.6%, finalmente hemoperitoneo en un paciente, correspondiendo al 2.6% faltante. Como lo muestra el grafico No. 4.

Con respecto a la asociación de otras patologías adyubantes a la morbilidad se encontro que la edad avanzada, sexo femenino, diabetes mellitus, cirrosis hepática fueron las mas comunmente relacionadas a la morbilidad, siendo la minoria otras patologías como la insuficiencia vascular cerebral, infarto agudo al miocardio previo a la cirugía, insuficiencia hepática, sin embargo estan no fueron estadísticamente significativas. Como lo muestra el esquema No 1.

Del total de pacientes intervenidos un 10% requirio de exploración de vias biliares, por la evidencia tanto clinica como radiológica de litiasis en el coledoco, de estos 24 pacientes con exploración de vias biliares no se reporto ninguna complicación transoperatoria, asi mismo tampoco tuvieron complicaciones posoperatorias mediatas o tardias.

Como lo muestra la grafica No. 5

Es importante recalcar el hecho de que del total de 240 pacientes intervenidos solo al un 77.5%, 186 pacientes se les realizo colangiografía transoperatoria de rutina de ellos se obtuvo la información radiologica para realizar las 24 exploraciones de vias biliares. Como lo muestra la grafica No 6.

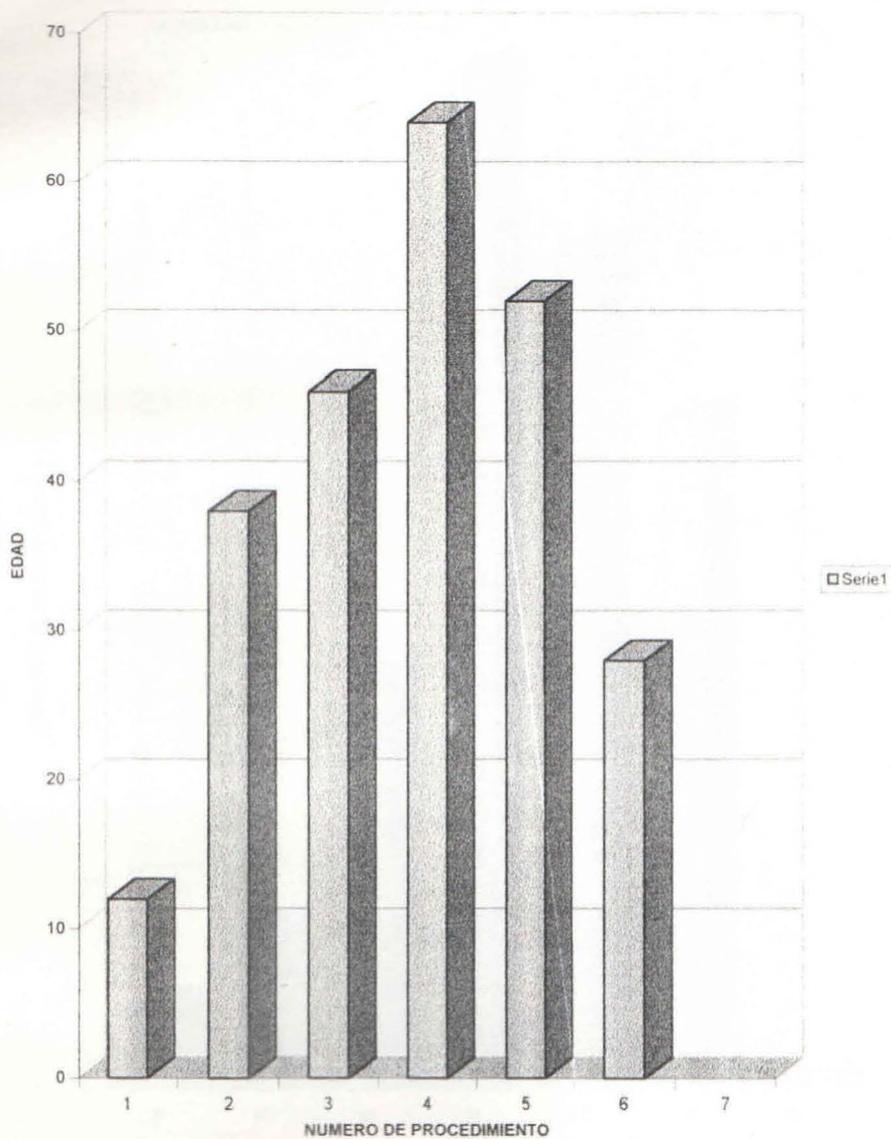
De los pacientes a quienes no se les realizó colangiografía transoperatoria de rutina, 54 pacientes, tuvieron por mala fortuna un 5.4%, 13 pacientes coledocolitiasis residual, la cual fue resuelta en su totalidad por la extracción endoscópica de la misma.

Unicamente se describieron dos casos de tumoración benigna de el ampulla de Vater secundario a fibrosis local, correspondiendo al 0.83% de los casos. Se describieron 8 casos de cirrosis hepatica de micronodular en 8 pacientes correspondiendo al 3.3% del total de

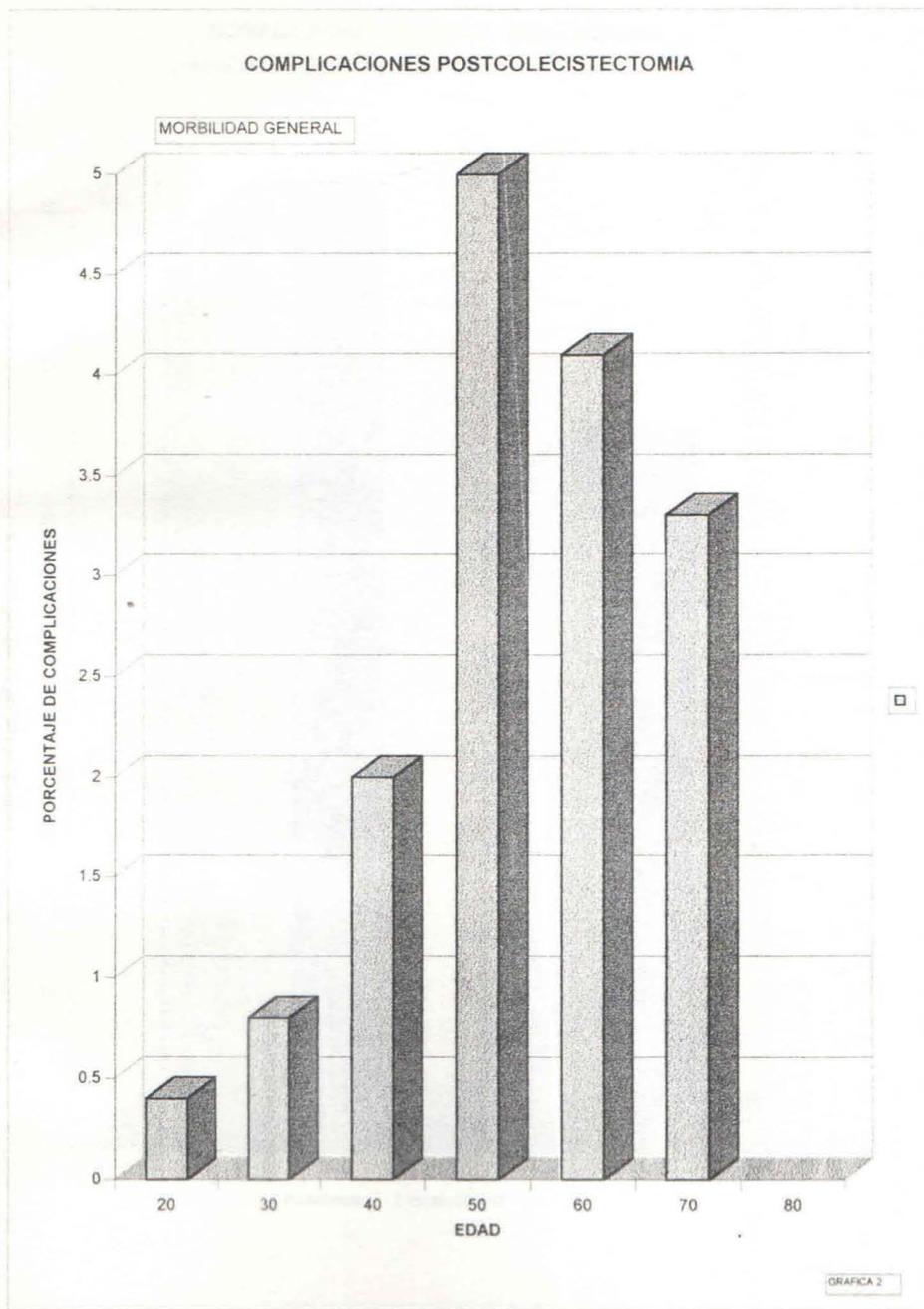
pacientes intervenidos.

Con respecto a la mortalidad transoperatoria esta afortunadamente fué nula, así también la mortalidad postoperatoria mediata y tardía, por lo que la mortalidad en general fue nula para todos estos pacientes.

## COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA



GRAFICA 1



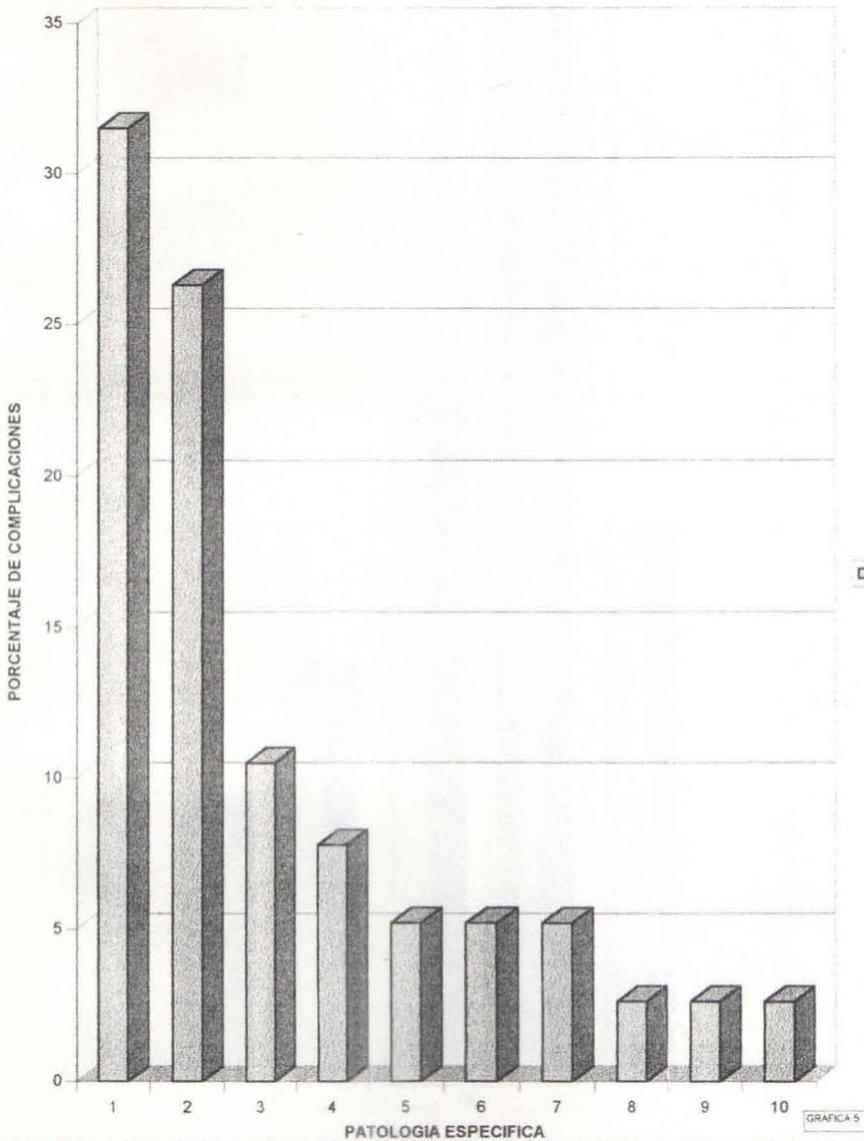
### COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA

COMPLICACIONES DE ACUERDO A SEXO



GRAFICA 3

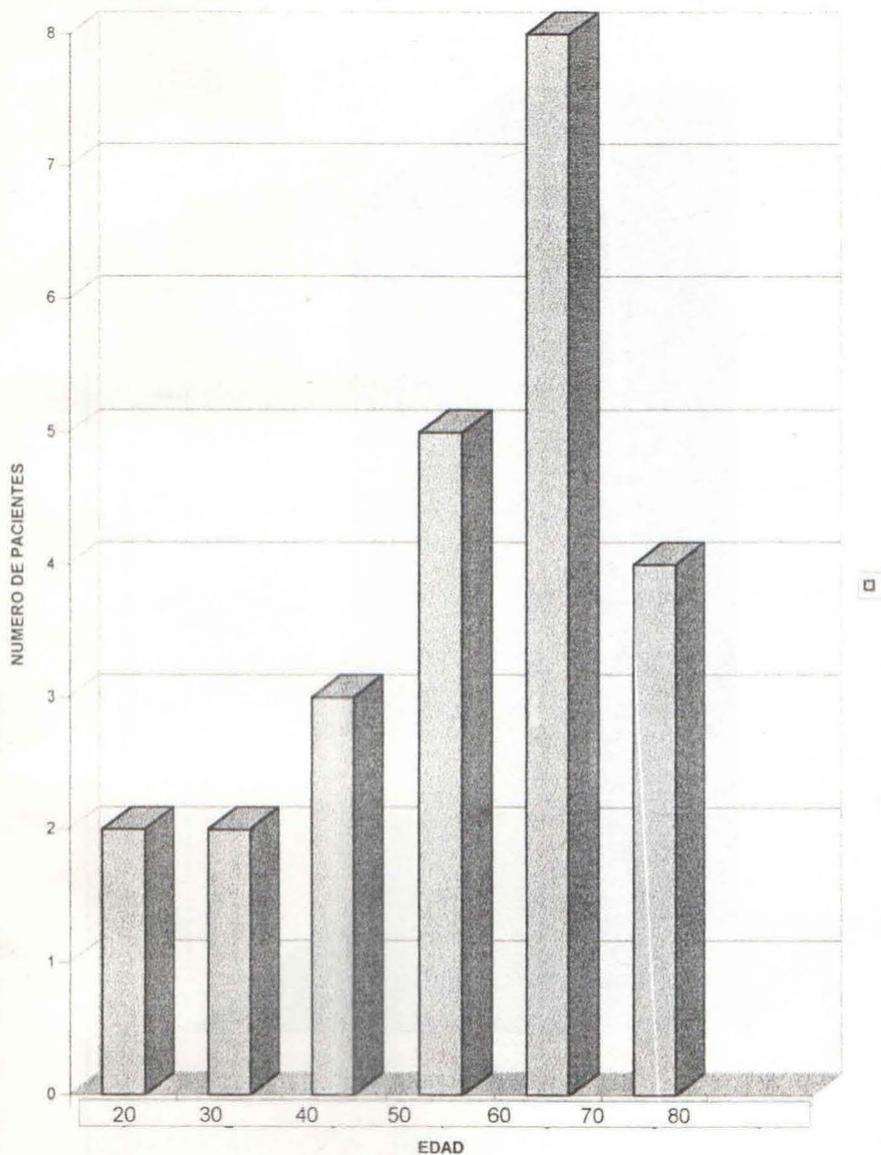
### COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA



1 LESIONES AL CONDUCTO BILIAR CON FISTULA PERITONEO  
2 ESTRECHES DEL COLEDOCO  
3 ESTRECHES DE  
4 SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO ALTO  
5 PANCREATITIS  
6 INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO  
7 TROMBO ENBOLA  
8 INSUFICIENCIA  
9  
10 HEMO

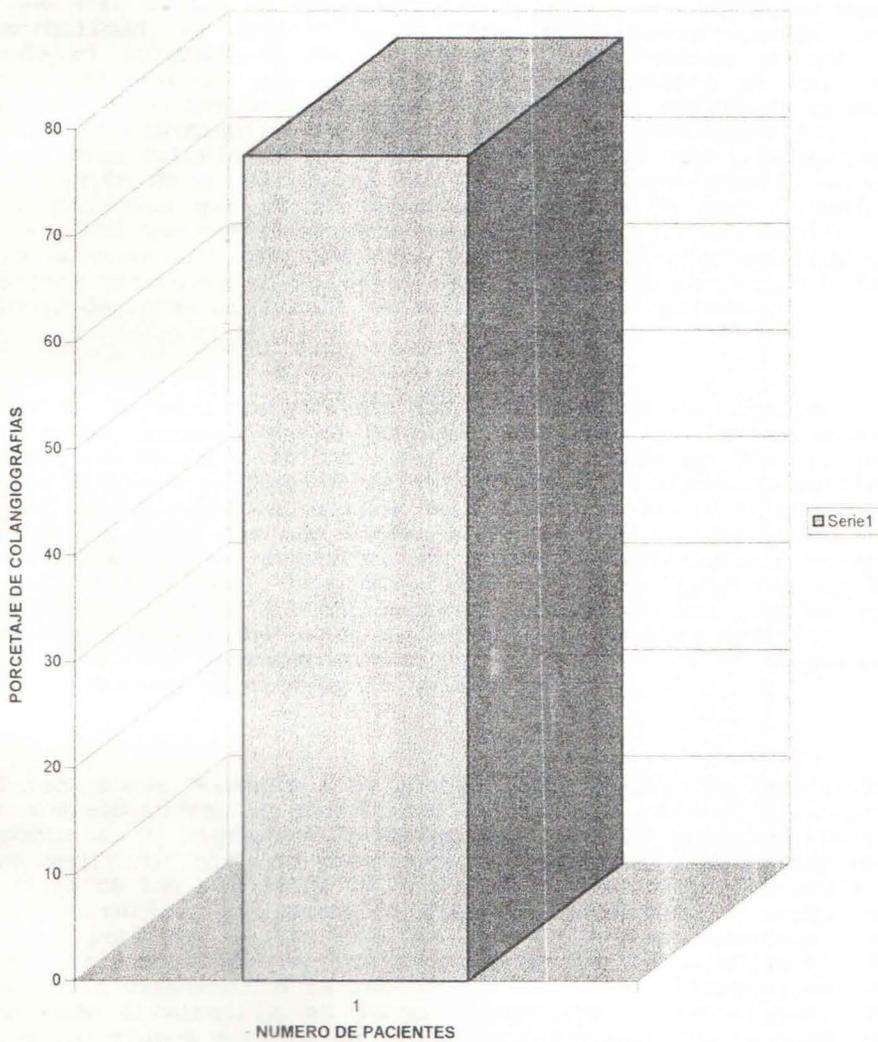
## COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA

EXPLORACION DE VIAS BILIARES



GRAFICA 5

### COMPLICACIONES POSTCOLECISTECTOMIA



## DISCUSION:

No cabe duda que la Colectistectomia es un procedimiento quirúrgico que a través del tiempo ha sido cada vez mas seguro, sin embargo para que ello suceda se deben dar las condiciones propicias para evitar morbilidad, el desarrollo de otras modalidades terapéuticas sobre todo el surgimiento de la cirugía laparoscópica obliga al cirujano a reflexionar que este tipo de procedimiento no esta en desuso y sobre todo que debe ofrecer al paciente el máximo de seguridad para el procedimiento, no cabe duda que los pacientes deben y deberan ser bien estudiados para elegir este metodo como alternativa para la curación de su patologia, es pues una piedra angular en la formacion quirurgica que el cirujano se de cuenta de cual o cuales son los factores que estan desencadenando morbimortalidad, dentro de su propio entorno para que con esta vision mas abierta modifique o cambie algunos patrones o criterios de selección de pacientes a fin de disminuir de forma drstica y tajante la morbimortalidad.

En el presente estudio nos pudimos dar cuenta de varias observaciones importantes, primero que el hospital no cuenta con la infraestructura en bases de datos clinicos confiables, ya que un 30% de los expedientes clinicos se encuentran extraviados, incompletos, mutilados o bien no se acientan durante el periodo de hospitalizacion o posteriores los datos que nos lleven a un analisis correcto de cada caso, la informacion se encuentra por demas costumbrizada y no nos aportan información real, por otro lado al investigador no se le permite el acceso comodo a dicho material, no existe una area especifica para consulta y mucho menos se permite la consulta domiciliaria todo ello lleva como consecuencia un deficit importante en la capacidad de investigacion clinica en la unidad.

Por otro lado y con respecto a el analisis del trabajo es importante recalcar que las cifras de morbilidad de 15.8% de pacientes es alta con respecto a la literatura internacional y ello nos debe hacer pensar en modificar algunas conductas, es importante enfatizar que solo un 77.5% de los pacientes se les realiza colangiografia transoperatoria de rutina, sin embargo dicho procedimiento es accesible en la unidad para que se les realice al 100% de los pacientes, con ello disminuiria mucho mas el indice de error por apreciación clinica, y con ello disminuiria la incidencia de coledocolitiasis residual y por ende disminuiria en forma importante la morbilidad. Con respecto a los grupos etarios es importante destacar que la edad del paciente juega un papel preponderante para la presentacion de complicaciones asi como el sexo femenino, la asociacion con otras patologias agregadas como la Diabetes mellitus tambien son de vital importancia conforme la edad avanza y sobre todo alrededor de los 70 años de edad la morbilidad aumenta, asi tambien conforme avanza la edad el indice de litiasis vesicular aumenta, si analizamos las causas de

morbilidad nos daremos cuenta que las lesiones al conducto biliar con fistula sorprendentemente son las más frecuentes, seguidas por las estrecheces de la via biliar postoperatoria, ello nos debe hacer reflexionar para corregir la técnica quirurgica en la medida de lo posible, la siguiente complicacion es la colangitis postoperatoria, ni duda cabe que la profilaxia antibiotica y el manejo mas cuidadoso de las areas quirurgicas disminuiran en gran medida este rubro.

Como mencione anteriormente tuvimos un 5.4% de pacientes que tuvieron coledocolitiasis residual, es por ello que la realizacion de colangiografia transoperatoria de rutina debiera de constituir la norma para este tipo de procedimientos, disminuyendo asi sustancialmente su presentacion:

El sindrome postcolecistectomia no se documento en ningún paciente intervenido y de acuerdo a la literatura mundial hasta un 82% de los pacientes que son intervenidos de colecistectomia y sin que sea necesariamente la causa primaria de su sintomatologia refieren otras molestias aparte de su sintomatologia vesicular, es importante conocer dicho sindrome para diagnosticarlo.

Las lesiones a la via biliar deben ser reconocidas en el momento de que suceden para poder con ello reparar el daño durante el procedimiento quirurgico. Los indices en la presente investigacion son alarmantes y deben de hacernos reflexionar en la revision cuidadosa de la via biliar al término del evento quirurgico.

Debemos identificar a los pacientes con alto riesgo quirurgico en informar oportunamente a los familiares, aún que se trate de un procedimiento electivo, sobre todo a pacientes ancianos, con enfermedades metabolicas u otras enfermedad asociada grave.

## CONCLUSIONES:

- \* En la presente investigación la morbilidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía electiva en el Centro Médico Nacional Gral de División Manuel Avila Camacho es mas alta que lo reportado en la literatura nacional e internacional.
- \* la mortalidad en el presente estudio es nula, siendo más baja que lo reportado en la literatura nacional e internacional.
- \* Los factores predisponentes y precipitantes de la morbilidad son el sexo femenino, la edad avanzada, la presencia de otras patologías agregadas como la diabetes mellitus y la cirrosis hepática que hacen que incremente en forma considerable la misma.
- \* La realización de colangiografía transoperatoria de rutina debería ser normado como rutina para este tipo de pacientes, para evitar con ello mayor morbilidad.
- \* El síndrome postcolecistectomía debe ser reconocido y diagnosticado a tiempo en todos los pacientes intervenidos de colecistectomía electiva.

## BIBLIOGRAFIA:

- 1) Daniel J Deziel. Complicaciones de la colecistectomía, incidencia, manifestaciones clínicas y diagnóstico. Clinicas quirúrgicas de Norteamérica. 1994; 853 - 868.
- 2) Hardy KJ, Miller H, Fletcher MD and Cols. An evaluation of laparoscopic versus open cholecystectomy. Med J Aust. 1994. Jan 17; 160 (2): 58 - 62.
- 3) Kelley JE; Burrus RG; Burns RP and cols. Safety, efficacy, cost and morbidity of laparoscopic versus open cholecystectomy: a prospective analysis of 228 consecutive patients. Am J Surg. 1993, Jan; 59 (1): 23 (7).
- 4) Deziel DJ. Complications of cholecystectomy. Incidence, clinical manifestations and diagnosis. Surg Clin North Am. 1994 Aug; 74 (4): 809 a 823.
- 5) Escarce JJ; Shea JA; Chen W and cols. Outcomes of open cholecystectomy in the elderly: a longitudinal analysis of 21,000 cases in the prelaparoscopic era. Surgery. 1995 Feb; 117 (2): 156 -164.
- 6) Maingot Schwartz Ellis. Síndrome postcolecistectomía. 2a. edición. Edit. Panamericana. Buenos Aires. 1989. 1807 a 1816.
- 7) Moreaux J. Prospective study of open cholecystectomy for calculous biliary disease. Br J Surg. 1994 Jan; 81 (1): 116 a 119.
- 8) Garaghty JM; Goldin RD. Liver changes associates with cholecistitis. J. Clin Phatol. 1994, May; 47 (5): 457 a 460.
- 9) Konsten J; Gouma DJ; Von Meyerfeldt MF and cols. Long term Follow up open cholecystectomy. Br J Surg. 1993 Jan; 80 (1) 100 a 102.
- 10) Skandalakis JE. Complicaciones anatómicas en cirugía general. 2a edición. Edit Mc Graw Hill U.S.A. 1988; 1: 235 a 248.

11) Fenster LF; Longborg R; Thirbly RC and cols. What simptoms does cholecystectomy cure? Insights from an outcomes measurement project and review of the literature. Am J Surg. 1995 May; (5): 533a 538.

12) Traverso LW; Hauptmann EM; Lynge DC; Routine intraoperative cholangiography and its contributions to the selective cholangiography. Am J Surg. 1994 May; 167 (5): 464 a 468.

13) Shackelford. Colecistectomias. 3a Ed. Edit Panamericana. Buenos Aires 1993; 3: 224 a 240.

14) Perdikis G; Wilson P; Hinder R; Altered antroduodenal motility after choleystectomy. Am J Surg Dec; 168 (6): 609 a 614; discusion.

15) Evans PR; Dowsett JF; Bark YT; and cols. Abnormal sphincter of Oddi response to Cholecystokynin in postcholecystectomy sindrome in patients with irritable bowel sindrome. The irritable sphincter. Dig Dis Sci. 1995 May; 40 (5): 1149 - 1156.