

RESUMEN

Objetivo: Conocer la experiencia de colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tijuana, en el periodo comprendido entre Enero del 2005 y Mayo del 2006.

Pacientes y Métodos: Se estudiaron 162 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en el periodo de tiempo mencionado, donde se estudiaron edad, prevalencia por género, tiempo quirúrgico, estancia intrahospitalaria postoperatoria, complicaciones, conversiones, mortalidad.

Resultados: 162 pacientes fueron intervenidos con edades de 13 - 70 años, con media de 35, con una prevalencia por género masculino 10 (6%) y femenino 152 (94%), con tiempo quirúrgico promedio de 45 min, y rangos de 25 - 180 min. Con estancia intrahospitalaria postoperatoria de 1 día, y rangos de 1 - 10 días, 8 complicaciones, 4 fuga biliar, 3 hemorragias, 1 DHE, Se presentaron 2 conversiones y en 160 se terminó por vía laparoscópica, con una mortalidad de 0 casos.

Conclusiones: Los datos indican que la colecistectomía laparoscópica es un método seguro, eficaz, con dolor leve, de estancia intrahospitalaria corta y recuperación laboral temprana.

ANTECEDENTES

A finales del siglo XIX, al cirujano Hndú, Jhon Bobs se le atribuye la primera colecistotomía, dejando in situ la vesícula biliar. En 1882, Karl Langenbuch, en Alemania, realizó con éxito la primera colecistectomía. Desde los primeros pasos de la laparoscopia, introducida en su forma exploratoria por Heinz Kalk en 1929, pasando por la primera colecistectomía laparoscópica efectuada por Mihe en 1985, Los Drs. Saye McKernor en Junio de 1988 realizaron la primera colecistectomía laparoscópica en Georgia EEUU(1). Hasta la práctica quirúrgica actual en los países desarrollados, la cirugía laparoscópica se ha establecido como la alternativa de elección en la mayoría de los procedimientos, tanto electivos como de urgencia, llegando a efectuarse por ejemplo hasta 95% de las colecistectomías por vía laparoscópica.

También están establecidas las ventajas del abordaje laparoscópico, principalmente en la recuperación posoperatoria del paciente, siendo pocos los procedimientos con desventajas en cuanto morbilidad posoperatoria.

A nivel latinoamericano se han descrito las experiencias en cirugía laparoscópica.

En Colombia, Cuéllar, C publicó la primera experiencia de 60 casos de colecistectomía laparoscópica, realizados en 1991, interviniendo 52 casos de

cirugía programada y 8 de urgencia; encontrando variantes anatómicas en 10 casos, convirtiendo un caso debido a piocolecisto, sin complicaciones mayores ni muertes, y con una morbilidad de ocho casos (2).

En 1992 el Comité de Grugía Endoscópica de la Sociedad Colombiana de Grugía presenta el primer informe cooperativo sobre colecistectomía laparoscópica, incluyendo 1.078 casos, con un porcentaje de pacientes llevados a cirugía abierta o convencional del 5 por ciento, y con complicaciones y mortalidad muy similares a las de otras series internacionales informadas (3).

Vergnaud, J., entre 1993 y 1999, presentó en Colombia una serie de 739 colecistectomías laparoscópicas, encontrando la mayoría de sexo femenino, promedio de edad de 42.5 años, Colelitiasis en su mayoría, conversión a cirugía abierta en 2.6% y complicaciones mayores en el 3.8% habían realizado cirugía ambulatoria de 75% de los casos (4).

En el 2002 Ortiz, J. presentó un análisis retrospectivo de 604 colecistectomías realizadas por un mismo equipo quirúrgico en un lapso de 11 años en México, encontrando en su mayoría mujeres con diagnóstico de Colecistitis crónica litiasica, conversión a cirugía abierta en sólo dos casos, y un solo caso de lesión de la vía biliar, con un promedio de tiempo operatorio de 38 minutos, y estancia intrahospitalaria promedio de 35 horas (5).

Quilidian, S, en su estudio sobre Colecistectomía laparoscópica temprana en el tratamiento de la colecistitis aguda publicado en Argentina en el 2003, encontró una incidencia de conversión a cirugía abierta del 5,77% en general, pero sólo del 1,4% en los intervenidos antes de 72 horas, en contraste con el 15,1% en los operados después de ese lapso (6).

En un estudio publicado en Argentina en el 2003, Sabeh, M y cols. En una serie de 340 pacientes encontró que la colecistectomía laparoscópica de corta estancia es factible de realizar en un servicio de cirugía general en pacientes con ciertos criterios de inclusión, y que el entrenamiento del equipo quirúrgico, el control del paciente y su elección, son fundamentales para un buen postoperatorio, un alta precoz y una resolución eficaz a la patología diagnosticada (7).

En nuestro país la primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por el Dr. Leopoldo Gutiérrez el 29 de Junio de 1990, y se ha difundido y mantenido gracias a la cooperación e impulso de Instituciones públicas del sector salud e iniciativa del medio privado, y en nuestro Hospital General de Tijuana gracias a la constancia y al apoyo desinteresado de cirujanos, ya que el sistema de salud no tiene la capacidad económica para proveer los equipos e insumos de reposición periódica necesarios en los hospitales públicos para llevar a cabo procedimientos laparoscópicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles fueron los resultados de las colecistectomías laparoscópicas realizadas en el Hospital General de Tijuana en el periodo comprendido de Enero del 2005 a Mayo del 2006?

JUSTIFICACION

Debido a que la colecistitis es una enfermedad frecuente en nuestro medio, nosotros decidimos investigar en forma retrospectiva el número de colecistectomías laparoscópicas realizadas y los resultados de las mismas. Así mismo determinar el impacto sobre la vida de la población.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la experiencia en colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tijuana, en el periodo comprendido de Enero del 2005 a Mayo de 2006.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Identificar las principales características clínicas de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tijuana, en el período descrito.
- II. Determinar los hallazgos transoperatorios, y los aspectos técnicos quirúrgicos, incluyendo las causas de conversión a cirugía abierta.

IV. Evaluar la evolución posoperatoria y las complicaciones tempranas de los procedimientos.

DISEÑO

El presente estudio es de tipo Descriptivo, Observacional y retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS

El estudio está constituido por 162 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tijuana, en el período antes mencionado. Se investigó edad, sexo, tiempo quirúrgico, Estancia intrahospitalaria postoperatoria, complicaciones, conversiones y mortalidad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica en el periodo comprendido entre Enero 2005 a Mayo de 2006.
2. Pacientes con expediente clínico completo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes a los que no se les realizó colecistectomía laparoscópica.
2. Pacientes con expediente clínico incompleto.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Ninguno.

METODO ESTADÍSTICO

Se utilizaron porcentajes, medias.

RESULTADOS

El estudio se realizó con 162 pacientes a los cuales se les intervino de colecistectomía laparoscópica en forma programada, con edades de 13 - 70 años, media de 35 años, (Grafica 2), 10 pacientes masculinos (6%) y 152 femeninos (94%), (Grafica 1), el tiempo quirúrgico promedio es de 45 minutos con rangos de 25 min a 2 hrs. El tiempo de estancia postoperatoria fue de 1 día con rangos de 1 a 10 días. 154 pacientes sin complicaciones (95%), 8 complicaciones (5%), (Grafica 3), 4 Fugas biliares, 3 Hemorragias, 1 Desequilibrio hidroelectrolítico (Grafica 4). Se presentaron 2 conversiones y en 160 se terminó por vía laparoscópica (Grafica 5). La mortalidad fue de 0 casos (Grafica 6).

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En más del 90% de las colecistitis agudas están asociadas a la presencia de litos vesiculares. El 10% tiene otro origen (8). Hay factores predisponentes de litiasis vesicular. La mayor parte de colelitiasis se presenta 2-3 veces más en mujeres (Grafica 1) de edad reproductiva (Grafica 2) y raza blanca. Los obesos, predominantemente mujeres, sobresaturan colesterol, teniendo 2-3 veces más frecuencia de litiasis. Hay sobresaturación de colesterol en la bilis con las dietas bajas en proteínas, grasas y fibra ‘‘cruda’’, así como en diabéticos y como respuesta al tratamiento con insulina (9). En el embarazo

hay un aumento en la progesterona que disminuye la motilidad vesicular y la presencia de estrógenos produce una mayor secreción de colesterol hepático. Lo mismo pasa en pacientes que toman anticonceptivos orales y en hombres mayores de 60 años por disminución en los andrógenos y aumento de los estrógenos.

La colecistectomía laparoscópica es el Standard de oro por presentar mejores tasas de morbilidad, acceso con dano mínimo de la pared abdominal, una mejor visualización de las estructuras anatómicas, dolor leve, recuperación laboral temprana, estancia intrahospitalaria breve, estética.

El uso de drenajes se deja a criterio del cirujano, recordando que no es necesario drenar siempre y que no se debe drenar por sangrado. Si se van a usar drenes, de preferencia se deberían utilizar tubulares con sistema de aspiración cerrado. (10)

El ombligo es el mejor sitio para la extracción de la vesícula, ya que si se requiere ampliar el orificio aponeurótico este se realiza con comodidad (11)

La tasa de conversión en la colecistitis aguda (15-20%) es más alta que en la colecistitis crónica, aunque otros autores mencionan una tasa mucho menor de conversión, del 3 al 5%. La conversión a una colecistectomía abierta siempre será reconocida como un signo de madurez y no un fracaso. Las causas más comunes son sangrado, variantes anatómicas y dano de los

conductos biliares. Estas irán de la mano con la experiencia del cirujano y con la selección de los pacientes.

Las complicaciones transoperatorias más comunes son Hemorragias, especialmente de la arteria cística, rama derecha de la arteria hepática y lecho hepático. Lesión por aguja de Veress, por el trocar. La identificación y el manejo de las mismas es obligado teniendo la alternativa de la conversión cuando no se puede resolver la complicación por los métodos laparoscópicos.

La morbilidad es del 10% y la mortalidad es menor del 0.5%. La cirugía abierta debe realizarse en pacientes con sospecha de alguna complicación.

CONCLUSIONES

I. El perfil general y clínico de los pacientes incluidos en el estudio es similar y comparable a los documentados en la literatura mundial consistiendo en su mayoría de mujeres, adultos jóvenes entre 20 y 40 años, con diagnóstico de Colelitiasis.

II. La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro y de baja mortalidad.

III. La tasa de conversión de las colecistectomías laparoscópicas es igual al resto de la literatura mundial.

IV. En los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital General de Tijuana, se continúa logrando beneficios comparables a los de series internacionales en función principalmente de la recuperación posoperatoria.

APENDICE

Gráfica 1: Prevalencia de colecistectomía laparoscópica por género.

Gráfica 2: Pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica por grupo de edad, número de pacientes y porcentaje.

Gráfica 3: Pacientes complicados (C) y no complicados (NC) postoperados de colecistectomía laparoscópica.

Gráfica 4: Número de complicaciones y tipo de complicación, fuga biliar, hemorragia, desequilibrio hidroelectrolítico (DHE).

Gráfica 5: Pacientes en los cuales se realizó conversión y los cuales no se realizó.

Gráfica 6: Mortalidad en pacientes postoperados de colecistectomía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dr. Eddie Joe Reddick, Mihe E Die erste Cholecistektomie dursh das Laparoskop. English summary lengerbecks. Arch Klin Chir 369:804 - 1988
2. Cuellar, C et al: Colecistectomía laparoscópica: primera experiencia en Colombia. Rev. colomb. cir;6(supl.2):5-12, jul. 1991.
3. Abaúnza, H et al: Colecistectomía laparoscópica: trabajo cooperativo de la Sociedad Colombiana de Grugía. Rev. colomb. cir;7(supl.1):2-10, jul. 1992
4. Vergnaud, J. P et al: Colecistectomía laparoscópica: experiencia en hospital de segundo nivel. Rev. colomb. cir;15(1):8-13, mar. 2000.
5. Ortiz J: Reporte de 604 casos de colecistectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico. Asociación Mexicana de Grugía Endoscópica, AC Vol.3 No.1 Ene.- Mar., 2002, pp 16-19.
6. Qildrian, S Colecistectomía laparoscópica temprana en el tratamiento de la colecistitis aguda. Rev. argent. cir;84(1/2):1-5, ene.-feb. 2003.
7. Sabeh, M: Colecistectomía laparoscópica de corta estadía. Experiencia en un servicio privado de cirugía general. Rev. argent. resid cir;8(1):17-19, ago. 2003.
8. Asociación Mexicana de Grugía. Tratado de cirugía general. 2da edición. Mexico: Manual Moderno, 2003: 975- 983.

9. Mingot. Michael J. Zinner. Operaciones Abdominales. 10a edición. Buenos Aires: Panamericana, 1998. vol:2 1607-1626.
10. D W Rattner, C Ferguson, factors associated with successful laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann Surgery. 1999; 217; 233- 236.
11. Berci G Sackier. J: Laparoscopic Cholecystectomy, Problems in Gen Surg 1999; 8: 280 - 281
12. Urbina Bustamante, M Colecistectomía convencional y laparoscópica en pacientes geriátricos, Hospital Roberto Calderón octubre 1999 a octubre 2002. Managua; s.r; 2002. 39 p.
13. Lopera, C Colecistectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo tratamiento ambulatorio vs. Hospitalario. Rev. colomb. cir; 14(4): 231- 235, dic. 1999. tab.
14. Silva Oregó, V: Tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda: variables que inciden en el alta. Rev. chil. cir; 55(2): 165-170, abr. 2003. tab.
15. Murette, R ¿Pueden predecirse las complicaciones en la colecistectomía laparoscópica? Rev. argent. resid. cir; 4(3): 101-106, dic. 1999. tab.
16. Briceño, J: Factores predictivos de conversión de colecistectomía laparoscópica a cirugía abierta. Rev. venez. cir; 55(2): 39-45, jun. 2002. tab.

17. Cervantes, J: Colectomía: análisis de la experiencia personal 5 años antes y 5 años después de la cirugía laparoscópica. Rev. colomb. cir; 15(1): 17-21, mar. 2000. tab
18. Samaniego, C: Lesión quirúrgica de la vía biliar principal durante la laparoscópica. Rev. chil. cir; 54(5): 479-484, oct. 2002. tab
19. Cook, Ch: Open vs Laparoscopic Inguinal Hernia Repair - Literature Review Contemporary Surgery. Vol. 59, no 1/jan 2003. www.contemporarysurgery.com
20. Griza, C: Cómo evitar la colédocolitiasis en una colectomía: CPRE preoperatoria o Colangiografía intraoperatoria. León, España. Revis Gastroenterol 2000; 2: 136-146.
21. Bluhart LE: Gallstone disease and its complications. Sleisenger and Fordtran. Gastrointestinal and liver disease. 6th edition. Vol 1. Philadelphia. W B Saunders Company; 1998: 948-73.
22. Rosen, M: Laparoscopic repair of giant paraesophageal hernias: An update for internists. Cleveland Clinic Journal Of Medicine Volume 70. Number 6 June 2003. p 511-514.
23. Tohoku, J: Effects of open vs. laparoscopic cholecystectomy on oxidative stress. Exp. Med., 2004, 202, 51-56.

24. Yomayusa, N Profilaxis antibiótica en cirugía: Guía de práctica clínica basada en la evidencia. Asociación colombiana de Facultades de Medicina. Proyecto ISS www.ascofame.org/profilaxis.php.asp
25. Zvonimir, P. Bile duct injuries during open and laparoscopic cholecystectomy at Sestre Milosrdnice University Hospital from 1995 to 2001. Acta Clin Croat. 2003;42:217 -223.
26. Abaunza, H et al; Colectostomía laparoscópica; trabajo cooperativo de la sociedad Colombiana de Cirugía. Rev. Colomb. Cir; 7 (supl.1);2-10, jul.2002