

Colecistectomía de urgencia laparoscópica versus abierta

Laparoscopic versus open emergency cholecystectomy

Jesús García Chávez, Francisco Javier Ramírez Amezcua

Resumen

Objetivo: Comparar la técnica de colecistectomía laparoscópica contra la técnica de colecistectomía abierta en patología vesicular aguda.

Sede: Hospital General, "Dr. Darío Fernández Fierro", ISSSTE, México, D.F.

Diseño: Estudio retrospectivo, comparativo, transversal y observacional.

Análisis estadístico: Prueba t de Student y χ^2 .

Pacientes y métodos: Se incluyeron dos grupos de pacientes con patología de vesícula biliar corroborada por ultrasonido que ameritaron manejo quirúrgico de urgencia durante el periodo comprendido de enero a diciembre 2011. A un grupo de 60 pacientes se les realizó colecistectomía abierta, mientras que al segundo grupo de 52 pacientes se les efectuó colecistectomía laparoscópica. Las variables evaluadas fueron: sexo, edad, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, estancia intrahospitalaria, dolor postoperatorio y la satisfacción estética.

Resultados: Las variables de edad, género, diagnóstico preoperatorio, no mostraron ninguna diferencia estadísticamente significativa, sólo cuatro variables presentaron significado estadístico; éstas fueron el tiempo quirúrgico promedio ($p = 0.0016$), el dolor percibido dentro de las primeras 24 horas de postoperatorio ($p = 0.0048$), tiempo de estancia postquirúrgica ($p = 0.0038$) y la percepción estética ($p = 0.00004$).

Conclusiones: Los resultados indican que la colecistectomía laparoscópica supera a la colecistectomía abierta en el manejo de patología vesicular aguda, debido a que presenta menor dolor postquirúrgico y un resultado estético más aceptado y preferido por los pacientes.

Abstract

Objective: To compare laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy for acute vesicular pathology.

Setting: General Hospital "Dr. Darío Fernández Fierro", ISSSTE, Mexico City.

Design: Retrospective, comparative, cross-sectional observational study.

Statistical analysis: Student's t test and χ^2 .

Patients and methods: The study included two groups of patients with vesicular pathology confirmed through ultrasound, who required emergency surgical management in the period from January to December 2011. One group of 60 patients was subjected to open cholecystectomy and the second group of 52 patients was subjected to laparoscopic cholecystectomy. The assessed variables were: gender, age, surgical time, transoperative complications, in-hospital stay, postoperative pain, and aesthetic satisfaction.

Results: Age, gender, preoperative diagnosis did not show any statistically significant difference; only four variables presented statistical significance, these were average surgical time ($p = 0.0016$), pain perceived during the first 24 hours after surgery ($p = 0.0048$), time of postsurgical in-hospital stay ($p = 0.0038$), and aesthetic perception ($p = 0.00004$).

Conclusions: Results indicate that laparoscopic cholecystectomy excels open cholecystectomy for the management of acute vesicular pathology because it presents less postsurgical pain and an aesthetic result that is better accepted and preferred by the patients.

www.medigraphic.org.mx

Hospital General, "Dr. Darío Fernández Fierro", ISSSTE, México, D.F.

Recibido para publicación: 6 diciembre 2012

Aceptado para Publicación: 10 enero 2013

Correspondencia: Dr. Jesús García Chávez

Fujiyama Núm. 11, Col. Las Águilas, Deleg. Álvaro Obregón, 01710, Tel: 5523266308.

E-mail: jesusjc_14@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

Palabras clave: Colecistitis, colecistectomía, urgencia, laparoscopia.

Cir Gen 2012;34:174-178

Key words: Cholecystitis, cholecystectomy, emergency, laparoscopy.

Cir Gen 2012;34:174-178

Introducción

Los padecimientos de la vesícula biliar han aquejado al hombre desde tiempos inmemoriales.

La primera descripción de litos biliares en el ser humano fue hecha por Alejandro de Tralles (525-605 d.C.). Sin embargo, también se encuentra descrita en el Papiro de Ebers, descubierto por George Ebers en 1862. Andreas Vesalius (1514-1564) en su obra *De humani corporis fabrica* (Basilea, 1543), concluyó que la colelitiasis es una enfermedad. También describió la anatomía de la vía biliar extrahepática. Jean Louis Petit, a principios de 1700, introdujo el término “cólico biliar” y sugirió drenar los abscesos cuando la vesícula se encontraba adherida a la pared abdominal. En ese tiempo sólo se salvaban pacientes que por suerte habían desarrollado fistulas externas y abscesos. El tratamiento de la colecistitis consistía en belladona, morfina y aguas termales. La aparición de la anestesia (1846) y la antisepsia (1867) hicieron posible desarrollar la cirugía biliar.¹⁻⁵ Con el paso de los años y con los avances tecnológicos y científicos, la técnica de colecistectomía abierta inicial realizada por Langenbuch en 1882, en el pequeño Hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, ha avanzado hasta donde se encuentra hoy en día. Lagenbuch estableció que “la vesícula debe ser extirpada no sólo porque contiene cálculos, sino porque se forman dentro de ella”.⁶⁻⁸ La cirugía se realizó a través de una incisión en el cuadrante superior derecho, esta técnica fue mantenida por más de 105 años como tratamiento de elección de la litiasis vesicular. La operación, planeada cuidadosamente se practicó a un hombre de 42 años, el cual se recuperó sin problemas, dicha técnica ha sufrido variaciones con la tendencia a ser cada vez menos invasiva.⁹⁻¹³ Así surge la colecistectomía laparoscópica, siendo Mouret quien realiza la primera en marzo de 1987.¹⁴ Continuando con el avance en dicho procedimiento, comienzan a crearse y producirse nuevos instrumentos cada vez más pequeños, que son utilizados en la colecistectomía laparoscópica, por lo que surgen nuevos conceptos como la cirugía minilaparoscópica convencional, ello haciendo referencia al tamaño del instrumental utilizado, por lo que cada vez se realizan más colecistectomías laparoscópicas con mínima invasión alrededor del mundo.¹⁵⁻²¹

La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el manejo de la patología vesicular y un procedimiento de mínima invasión, el cual genera múltiples beneficios a los pacientes intervenidos por esta vía;^{16,19,20} por ello, es necesario determinar los beneficios de esta técnica comparada con la técnica abierta en situación de colecistectomía de urgencia.

Pacientes y métodos

Se trata de un diseño controlado en paralelo, retrospectivo, aleatorizado, comprendido en el periodo de enero

a diciembre 2011, incluyendo un total de 112 pacientes; se integrarán dos grupos de pacientes, uno de 52 en quienes se realizó colecistectomía laparoscópica, y otro de 60 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía abierta.

Los pacientes presentaban los siguientes criterios de inclusión: pacientes mayores de 20 años con patología vesicular aguda demostrada por ultrasonido, colecistitis crónica alitiásica agudizada (CAA), colecistitis crónica litiásica agudizada (CCLA) con diagnóstico postquirúrgico de cáncer de vesícula biliar en sus diferentes presentaciones. Se excluyeron pacientes menores de 20 años con colelitiasis, colecistitis crónica litiásica, colecistitis crónica alitiásica, discinesia vesicular, pólipos vesiculares con diagnóstico prequirúrgico de coledocolitiasis, cáncer de vías biliares, síndrome de Mirizzi o con fistulas biliares. Se eliminaron a los pacientes con colangitis, a quienes se les realizó exploración de vía biliar que no aceptaron colecistectomía abierta ni laparoscópica.

El objetivo final del estudio fue determinar cuál procedimiento presenta mayores ventajas para el paciente.

Las variables a estudiar en ambos grupos fueron: la edad, sexo, tiempo quirúrgico, complicaciones transoperatorias, tiempo de estancia hospitalaria postquirúrgica, intensidad del dolor postquirúrgico y la percepción estética. Para valorar la intensidad del dolor (se utilizó la escala visual análoga [EVA]) y el resultado estético (de acuerdo con el grado de satisfacción), se valoró mediante un cuestionario, el cual se aplicó a los pacientes a las seis, 12 y 24 horas postquirúrgicas. Para el resto de las variables se utilizaron las unidades de medidas convencionales.

Al finalizar el estudio, los datos fueron analizados de forma grupal, obteniéndose promedios y posteriormente fueron comparados entre ambos grupos, para lo cual se utilizó el *software* estadístico SPSS versión 15, aplicando a las variables cuantitativas la prueba t de Student y χ^2 , de esta manera se determinó cuál de los procedimientos presentó mayores ventajas para el paciente.

Resultados

No se presentaron complicaciones en ningún procedimiento. En el análisis grupal para los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se obtuvieron los siguientes resultados: la edad promedio fue de 50.4 años, con edad mínima de 20 años y máxima de 87 años; en cuanto al sexo, se aprecia predominio del femenino con 35 (67.3%) pacientes, mientras que del masculino sólo se intervinieron 17 (32.7%) pacientes; el diagnóstico preoperatorio más frecuente fue la colecistitis crónica litiásica agudizada en 44 (84.61%) pacientes; colecistitis crónica alitiásica agudizada con 8 (15.38%) pacientes; el tiempo quirúrgico promedio fue de 113.07 minutos; con un

mínimo de 50 minutos y un máximo de 210 minutos; en el tiempo de estancia postquirúrgica, la media fue de 2.15 días con un mínimo de un día y máximo de cinco días de estancia hospitalaria postquirúrgica: 12 (23%) pacientes ameritaron un día de estancia postquirúrgica, 27 (52%) necesitaron dos días, 9 (17%) tres días, 1 (4%) dos días y sólo 3 (6%) se mantuvieron cinco días. Para el dolor postquirúrgico medido mediante la EVA, se formaron tres grupos de dolor: leve 0-3 puntos, moderado 4-7 puntos y severo 8-10 puntos. La medición fue a las seis, 12 y 24 horas con los siguientes resultados: a las seis horas en promedio el dolor fue de 5.7 puntos con un mínimo de cinco y máximo de nueve puntos, 35 (67%) dentro del grupo de dolor leve, 14 (27%) pacientes dentro del grupo de dolor moderado y 3 (6%) dentro del grupo de dolor severo; a las 12 horas la media de dolor fue de 3.2 puntos, con mínimo de tres y máximo de seis, 48 (92%) pacientes dentro del grupo de dolor leve, 3 (6%) dentro del grupo de dolor moderado y 1 (2%) dentro del grupo de dolor severo; a las 24 horas el promedio fue de 0.9 puntos, con mínimo de 0 y máximo de 4 puntos, 51 (98.07%) pacientes dentro del grupo de dolor leve, 1 (1.92%) dentro del grupo de dolor moderado. La percepción del resultado estético fue referida en su mayoría como satisfactoria con 37 (71.15%) pacientes, mientras que sólo 15 (28.84%) pacientes se refirieron muy satisfechos, ningún paciente se mostró insatisfecho.

Para los pacientes sometidos a colecistectomía abierta, los resultados fueron los siguientes: la edad promedio fue de 51.13 años, con edad mínima de 22 años y máxima de 85 años; mujeres fueron 46 (76.66%) pacientes, mientras que hombres fueron 14 (23.33%) pacientes. El diagnóstico prequirúrgico más frecuente fue la colecistitis crónica litiasica agudizada con 53 (88.33%), colecistitis crónica alitiásica agudizada con 7 (11.66%) pacientes, el tiempo quirúrgico promedio estimado para este grupo fue de 91.8 minutos, con un mínimo de 60 y un máximo de 240 minutos. Para el tiempo de estancia postquirúrgica, la media fue de 3.8 días con un mínimo de un día y máximo de seis días de estancia hospitalaria postquirúrgica, 2 (3%) pacientes ameritaron un día, de estancia postquirúrgica, 20 (33%) necesitaron dos días, 25 (42%) tres días, 8 (13%) cuatro días, mientras que cinco pacientes permanecieron más de cinco días, debido a infección de herida quirúrgica en tres casos y dos por evisceración. El dolor postquirúrgico fue a las seis horas en promedio de 7.6 puntos con un mínimo de seis y máximo de 10 puntos, 7 (12%) pacientes dentro del grupo de dolor leve, 41 (68%) dentro del grupo de dolor moderado y 12 (20%) pertenecían al grupo de dolor severo; a las 12 horas la media de dolor fue de 4.9 puntos, con mínimo de cuatro y máximo de ocho puntos, 19 (32%) pacientes dentro del grupo de dolor leve, 38 (63%) dentro del grupo de dolor moderado y 3 (5%) pacientes con dolor severo; a las 24 horas la media fue de 2.8 puntos, con un mínimo de dos y máximo de cinco puntos, 29 (48%) pacientes dentro del grupo de dolor leve, 30 (50%) dentro del grupo de dolor moderado y 1 (2%) pertenecía al grupo de dolor severo.

La percepción del resultado estético en los pacientes sometidos a colecistectomía abierta fue referida en su

mayoría como satisfactoria con 41 (68.33%) pacientes, mientras que 17 (28.33%) pacientes se refirieron como no satisfechos y sólo 2 (3.3%) muy satisfechos.

Posterior al análisis grupal se procedió al análisis comparativo empleando la prueba t de Student para variables cuantitativas y χ^2 para variables cualitativas, esta última no mostró diferencias significativas para las variables de edad, sexo y diagnóstico preoperatorio.

Sin embargo, cuatro variables sí tuvieron significancia estadística; éstas fueron, el tiempo quirúrgico promedio que fue menor en la colecistectomía abierta ($p = 0.0016$) (**Figura 1**), el dolor percibido dentro de las primeras 24 horas del postoperatorio que fue menor en la colecistectomía laparoscópica ($p = 0.0048$) (**Figura 2**), el tiempo de estancia postquirúrgica presentó diferencia, ya que los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se

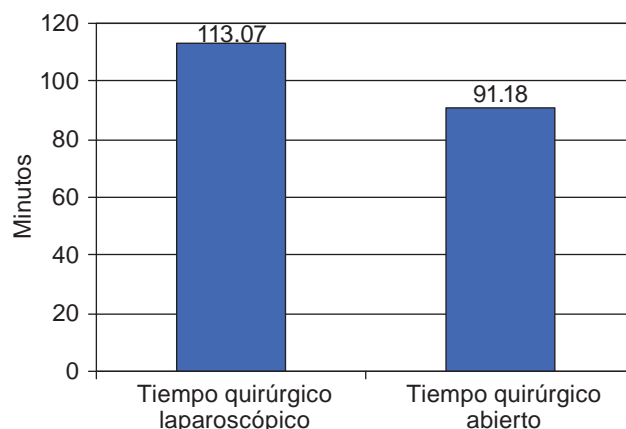


Fig. 1. Comparación del tiempo quirúrgico entre ambos procedimientos ($p = 0.0016$).

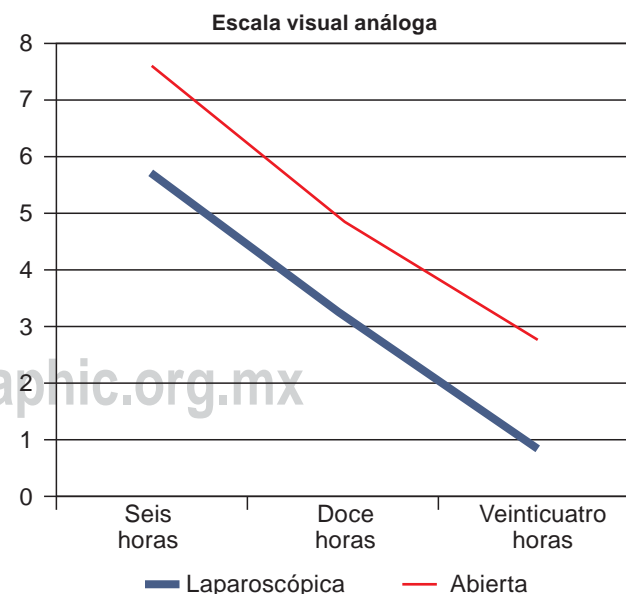


Fig. 2. Comparación del dolor postquirúrgico durante las primeras 24 horas ($p = 0.0048$).

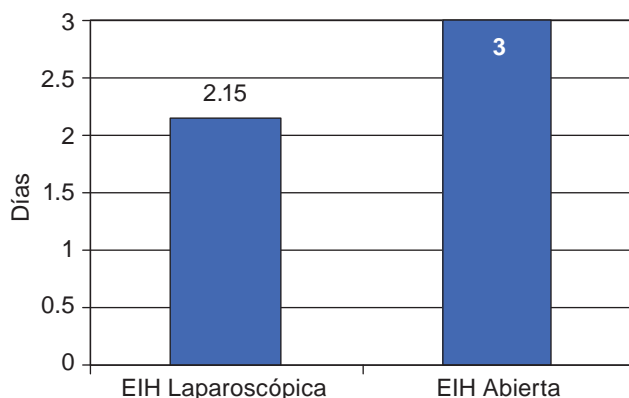


Fig. 3. Comparación del tiempo de estancia intrahospitalaria ($p = 0.0038$).

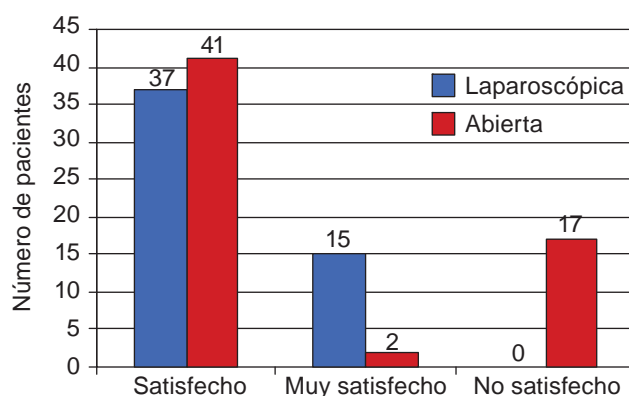


Fig. 4. Comparación de la percepción del resultado estético por parte del paciente ($p = 0.0004$).

mantuvieron hospitalizados menos tiempo ($p = 0.0038$) (Figura 3), y la percepción estética postquirúrgica fue mejor en la colecistectomía laparoscópica ($p = 0.00004$) (Figura 4).

Discusión

Los procedimientos mínimamente invasivos cada vez son más utilizados alrededor del mundo, por lo que es conveniente saber cuál es el mejor procedimiento para los pacientes, ello es lo que motivó la realización del presente estudio donde era importante determinar el beneficio de realizar un procedimiento menos invasivo como lo es la colecistectomía laparoscópica en el manejo de la patología vesicular aguda, si bien es cierto que cuatro variables presentaron significancia estadística. Hay que tener en cuenta que a pesar de que el tiempo quirúrgico es menor en la colecistectomía abierta, debemos considerar que en un futuro esta diferencia será más estrecha o incluso desaparecerá; es muy probable que la misma se deba a la curva de aprendizaje de la colecistectomía laparoscópica; el dolor postquirúrgico evaluado durante las primeras 24 horas fue menor en los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica; sin embargo, debemos tener en cuenta que es un dato

subjetivo y que en algunas ocasiones dependerá del umbral al dolor que tenga cada paciente, este dato puede estar traduciendo una menor respuesta metabólica al trauma por parte del paciente, al ser la colecistectomía laparoscópica un procedimiento de menor invasión que la colecistectomía abierta. La estancia hospitalaria fue menor en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, reduciendo en forma significativa el costo del manejo del paciente hospitalizado. Además, ello favorece la integración del paciente en forma temprana a sus actividades.

Estéticamente hay mayor aceptación por parte de los pacientes para la colecistectomía laparoscópica, ya que al utilizar tres puertos, sólo habrá dos pequeñas cicatrices visibles, en comparación con la cicatriz subcostal derecha utilizada para el abordaje abierto.

Concluimos que la colecistectomía laparoscópica supera a la colecistectomía abierta en el manejo de patología vesicular aguda, y esto debido a que es un procedimiento de menor invasión, lo cual se traduce en menor respuesta metabólica al trauma, menor dolor postquirúrgico, menor estancia intrahospitalaria y un resultado estético más aceptado por el paciente.

Referencias

- Mcmanus JE. The early history of surgery for common-duct stones; a brief review. *N Engl J Med* 1956; 254: 17-20.
- Small DM. Gallstones. *N Engl J Med* 1968; 279: 588-593.
- Caddy GR, Tham TC. Gallstone disease: symptoms, diagnosis and endoscopic management of common bile duct stones. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2006; 20: 1085-1101.
- Browning JD, Horton JD. Gallstone disease and its complications. *Semin Gastrointest Dis* 2003; 14: 165-177.
- Payen JL, Muscari F, Vibert E, Ernst O, Pelletier G. Biliary lithiasis. *Presse Med* 2011; 40: 567-580.
- Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants* 2005; 15: 329-338.
- Casper M, Lammert F. Gallstone disease: basic mechanisms, diagnosis and therapy. *Praxis* 2011; 100: 1403-1412.
- Bergman JJ, Bruno MJ, van Berge Henegouwen GP. Diagnosis and treatment of cholelithiasis. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000; 144: 69-74.
- Keus F, de Jong JA, Gooszen HG, van Laarhoven CJ. Laparoscopic versus open cholecystectomy for patients with symptomatic cholecystolithiasis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (4): CD0006231.
- Sherigar JM, Irwin GW, Rathore MA, Khan A, Pillow K, Brown MG. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy outcomes. *JLS* 2006; 10: 473-478.
- Olaya PC, Carrasquilla GG. Metaanálisis de efectividad de la colecistectomía laparoscópica frente a la abierta. *Rev Colomb Cirugía* 2006; 21: 104-115.
- Carabajal JR, Valsechi SA, Castillo EA, Locatelli RM, Ilich JH. Colecistectomía laparoscópica. Análisis de 234 casos. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina* 2003; 134: 10-15.
- Rodríguez SI, Ramírez AFJ. Colecistectomía acúscopica con dos puertos versus colecistectomía laparoscópica con tres puertos ¿Cuál es mejor? *Cir Gen* 2011; 33: 7-11.
- Polychronidis A, Laftsidis P, Bounovas A, Simopoulos C. Twenty years of laparoscopic cholecystectomy: Philippe Mouret-March 17, 1987. *JLS* 2008; 12: 109-111.

15. Pérez-Castro E, Ostos-Mondragón LJ, Mejía-Damián AF, García-Peregrino MC. Colectomía laparoscópica ambulatoria. *Rev Med IMSS* 2002; 40: 71-75.
16. Rodríguez LS, Sánchez PCA, Acosta GLR, Sosa HR. Costes: colectomía laparoscópica frente a colectomía convencional. *Rev Cubana Cir* 2006; 45: 0-0.
17. Ibáñez L, Escalona PA, Devaud JN, Montero MP, Ramírez WE, Pimentel MF, et al. Colectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Rev Chil Cir* 2007; 59: 10-15.
18. Look M, Chew SP, Tan YC, Liew SE, Cheong DM, Tan JC, et al. Postoperative pain in needlescopic *versus* conventional laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomised trial. *J R Coll Surg Edinb* 2001; 46: 138-142.
19. Ros A, Gustafsson L, Krook H, Nordgreen CE, Thorell A, Wallin G, et al. Laparoscopic cholecystectomy *versus* mini-laparotomy cholecystectomy: a prospective, randomized, single-blind study. *Ann Surg* 2001; 234: 741-749.
20. Berggren U, Gordh T, Grama D, Haglund U, Rastad J, Arvidsson D. Laparoscopic *versus* open cholecystectomy: hospitalization, sick leave, analgesia and trauma responses. *Br J Surg* 1994; 81: 1362-1365.
21. Cheah WK, Lenzi JE, So JB, Kum CK, Goh PM. Randomized trial of needlescopic *versus* laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 2001; 88: 45-47.