

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen
Volume 3

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2002

Artículo:

Reporte de 604 casos de colecistectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.medigraphic.com



Reporte de 604 casos de colecistectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico

Dr. Jorge Ortiz de la Peña Rodríguez,* Dr. Pablo Orozco Obregón,* Dr. Mauricio de la Fuente Lira*

Resumen

Antecedentes: La primera colecistectomía a cielo abierto para el tratamiento de la litiasis vesicular fue llevada a cabo por Carl Langenbuch en el año de 1882, manteniéndose durante casi 110 años como el procedimiento de elección para tratar la enfermedad vesicular. A finales de los años ochenta, la cirugía laparoscópica se estableció como el tratamiento de elección.

Métodos: Se analizaron los casos de colecistectomía laparoscópica que se llevaron a cabo por un mismo equipo quirúrgico, de septiembre de 1990 a febrero de 2001, con 604 pacientes analizados en forma retrospectiva. Se evaluaron los hallazgos, la evolución, las complicaciones y los días de estancia hospitalaria.

Resultados: Se revisaron 604 casos de colecistectomía laparoscópica. De estos casos 463 (76.6%) fueron colecistitis crónica litiasica y 141 (23.4%) por colecistitis aguda. Para realizar el diagnóstico se llevó a cabo en todos los pacientes ultrasonido de hígado y vías biliares. Trescientos sesenta y siete fueron mujeres (60.7%) y 237 hombres (39.3%) con edades de los 8 años a los 84 años. Se requirió de conversión en 2 casos. Las complicaciones observadas fueron divididas en mayores como: lesión de vía biliar en 1 caso (0.16%), y biliperitoneo por dehiscencia del cístico en un caso (0.16%). Menores como: hematomas de la herida quirúrgica en 10 casos (1.6%), seromas de la herida quirúrgica en 17 casos (2.6%), retención aguda de orina en 16 casos (2.36%). El tiempo operatorio fue de 38 minutos $\pm$ 19 minutos, se realizó colangiografía transoperatoria en 299 pacientes (49.6%), sin complicaciones durante la realización de la misma. La estancia intrahospitalaria fue de 35 $\pm$ 16 horas.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica.

INTRODUCCIÓN

La primera colecistectomía electiva fue realizada en 1882 por Carl Langenbuch a través de una incisión en el cuadrante superior derecho.¹ Manteniéndose esta técnica como el procedimiento de elección para el manejo de la enfermedad litiasica de la vesícula durante los siguientes 110 años.^{2,6} El origen de la laparoscopia se remonta hacia principios del

Abstract

The first cholecystectomy was performed in 1882 by Carl Langenbuch, maintaining itself for almost 110 years as the elective procedure for the gallbladder disease. In the final years of the 80's, the laparoscopic procedure took rapidly a place in the management of the gallbladder disease.

Methods: 604 cases of laparoscopic cholecystectomy performed by the same surgical team between September 1990 and February 2001 were analyzed retrospectively.

Findings, evolution, complications, and days of hospital stay were evaluated in each patient.

Results: From this 604 patients, 463 (76.6%) had chronic lithiasic cholecystitis and 141 (23.4%) acute cholecystitis.

Ultrasound of the liver and bile duct was performed as a diagnostic method in 100% of the patients.

367 were women (60.7%) and 237 men (39.3%), ages fluctuating between 8 and 89 years, (average 47.4 years).

All procedures were planned as laparoscopic cholecystectomy, requiring conversion in two cases.

Complications were divided in:

a) Major: Lesion of the bile duct in 1 case (0.16%) and biliary peritonitis due to dehiscence of the cystic duct in 1 case (0.16%).

b) Minor: Hematoma of the surgical wound in 10 cases (1.6%), seromas of the surgical wound in 17 cases (2.6%) and acute retention of urine in 16 cases (2.36%).

Surgical time was 38 minutes $\pm$ 19 minutes.

Trans-surgical cholangiography was performed in 299 patients (49.6%), without complications during the procedure.

Hospital stay was 35 $\pm$ 16 hours.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy.

siglo XX por médicos y cirujanos que intentaban tener acceso a la cavidad abdominal causando el menor daño posible a la pared abdominal. El crédito por el origen de la laparoscopia usualmente se le da a Georg Kelling, quien fue el primero en explorar la cavidad abdominal con el endoscopio. Ese hecho, reportado en 1901 fue realizado en un perro vivo utilizando un cistoscopio de Nitze; Kelling le llamó al procedimiento koelioscopia. La aceptación de la laparoscopia en la cirugía se generó hasta el desarrollo, en los ochenta del microcircuito (chip) que permite la realización de la video laparoscopia, revolucionando el manejo de las enfermedades del tracto biliar y de la cirugía general. La publicación del

* Del Departamento de Cirugía del American British Cowdray Medical Center.

primer caso de colecistectomía laparoscópica exitoso se le atribuye a Mouret en 1987, y casi simultáneamente numerosos autores como Perissat, Muhe en Alemania, Reddick y Olsen en Estados Unidos publican su experiencia con el procedimiento.^{3,4} La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento que rápidamente se ha hecho el de elección para la mayoría de los pacientes con enfermedad vesicular.

El presente estudio es un reporte de 604 casos de colecistectomías realizadas mediante laparoscopia por un mismo equipo quirúrgico, de septiembre de 1990 a febrero de 2001.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron todos los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por un mismo equipo quirúrgico en un lapso de 11 años, se realizó análisis retrospectivo del expediente clínico, tomándose como variables las siguientes: sexo, edad, indicación de la cirugía, conversión a cirugía abierta, resultados de la colangiografía transoperatoria en los pacientes en que ésta se llevó a cabo, tiempo quirúrgico, días de estancia hospitalaria, complicaciones mayores y menores, denominamos complicaciones menores a las que no requirieron reintervención y mayores a las que requirieron reintervención quirúrgica para darle solución.

Se clasificó como colecistitis aguda a los pacientes con antecedentes de fiebre, presencia de leucocitosis, dolor en cuadrante superior derecho y un USG de vesícula y vías biliares anormal, con datos de inflamación vesicular como edema de la pared, aumento de sus dimensiones, líquido libre perivesicular. La cirugía fue realizada en las primeras 24 horas de la presentación del cuadro.

A todos los pacientes se les realizó biometría hemática, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, Rx de tórax y electrocardiograma como parte del estudio y valoración preoperatoria.

Se realizaron 604 casos de colecistectomía laparoscópica. De estos casos, 463 (76.6%) fueron colecistitis crónica litiásica y 141 (23.4%) por colecistitis aguda. Las edades oscilaron de 8 años para el paciente más joven a 84 años para el mayor, con una edad promedio de 47.4 años, fueron 367 pacientes femeninos (60.7%) y 237 pacientes masculinos (39.7%).

Las indicaciones para colecistectomía fueron: colecistitis aguda en 141 pacientes, colecistitis crónica litiásica 461 y pólipos vesiculares en 2 pacientes. El 66% de los pacientes con colecistitis aguda fueron mujeres y 44% fueron hombres (Figura 1).

RESULTADOS

De septiembre de 1990 a febrero de 2000 se sometió a colecistectomía laparoscópica a 604 pacientes. El 66% de los

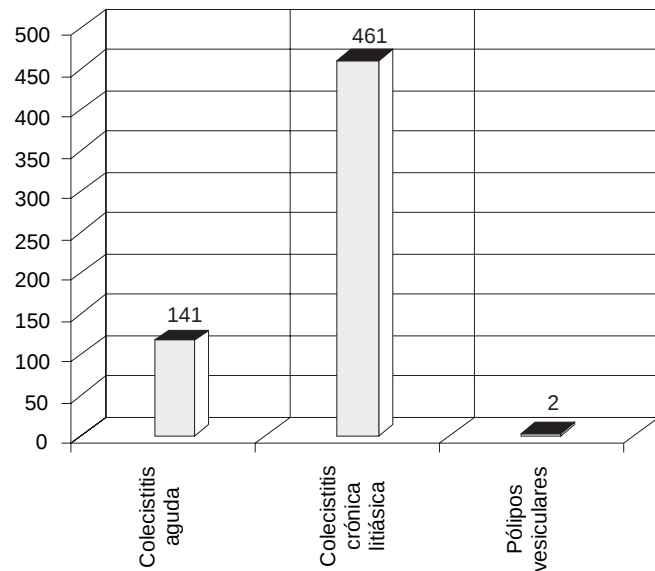


Figura 1. Indicación de la cirugía.

pacientes con colecistitis aguda fueron mujeres y 44% fueron hombres (Figura 1). Se inició la cirugía por vía laparoscópica en el 100% de los casos, requiriéndose conversión por problemas técnicos y/o anatómicos en 2 casos (.33%). Se realizó colangiografía transoperatoria en 299 pacientes (49.6%) encontrándose coledocolitiasis en 10 pacientes (1.6%) en los cuales se llevó a cabo colangiografía retrógrada endoscópica con extracción de lito y esfinterotomía, no se encontraron anomalías en la anatomía de la vía biliar ni lesiones inadvertidas u otras causas para convertir la cirugía a abierta. El tiempo de transoperatorio fue de 19 a 241 minutos, con una media de 38 ± 9 minutos para los pacientes en los que no se realizó colangiografía transoperatoria, y de 22 a 120 minutos, con media de 41 minutos en quienes sí se realizó dicho estudio. La estancia hospitalaria fue de 24 a 120 horas, siendo 70% de los pacientes (423) 24 horas o menos, 169 pacientes con estancia de 48 horas o menos (28%) y 12 pacientes (2%) por más de 48 horas (Figura 2). Las complicaciones se dividieron en complicaciones menores a las que no requieren intervención para solucionarlas y que no ponen en peligro la vida, y se observaron: hematoma de herida quirúrgica en 10 casos (1.6%), seroma de herida quirúrgica en 17 casos (2.8%), retención aguda de orina en 16 pacientes masculinos (2.6%) y en 4 femeninos (0.66%), no se han presentado hernias posincisionales (Figura 3).

Como complicaciones mayores se presentó una lesión de vías biliares bismuth II, la cual se diagnosticó dentro de las primeras 96 horas del posoperatorio y 1 caso de dehiscencia del cístico, ambos manifestados con biliperitoneo, en el primer caso se realizó hepático yeyunoanastomosis permanente.

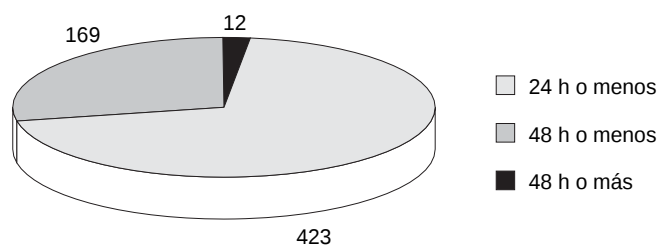


Figura 2. Estancia hospitalaria.

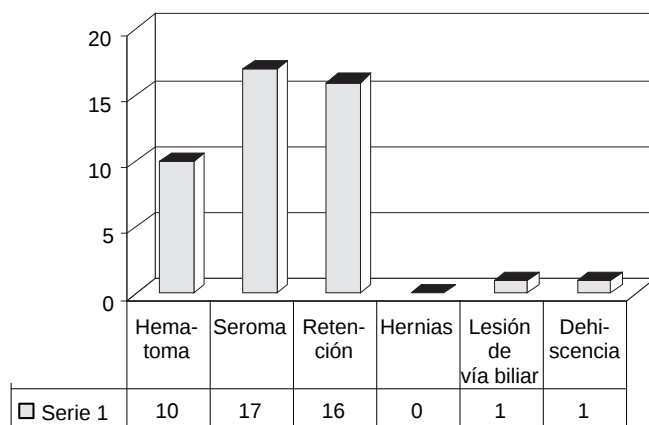


Figura 3. Complicaciones del procedimiento.

ciendo hasta el momento en buen estado clínico, en el segundo caso ligadura del cístico. El seguimiento de los pacientes es de 1 mes a 10 años, con media de 3 años, manteniéndose sin problemas relacionados con el procedimiento.

DISCUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica ha demostrado considerables ventajas cuando se compara contra colecistectomía a cielo abierto. Sin embargo, el aumento en la frecuencia en las complicaciones intraoperatorias asociadas a este relativamente nuevo procedimiento, ha creado gran preocupación dentro del gremio de cirujanos.

Se ha demostrado que en el siglo XXI, las complicaciones son en el orden del 1%¹⁶ para colecistectomía laparoscópica, comparado con el 0.3% a 0.4% en 1990, aumentando al 1.2%

en 1992 y 1993, y disminuyendo al 0.9% en 1994,¹⁶ para la colecistectomía a cielo abierto.

La colangiografía introoperatoria parece tener un efecto protector ya que la frecuencia de lesiones intraoperatorias al inicio de la colecistectomía laparoscópica se asoció también a un aumento de lesiones en la colecistectomía a cielo abierto debido a una disminución en el uso de la colangiografía intraoperatoria. El uso de la colangiografía intraoperatoria en colecistectomía laparoscópica era de 45% en el año de 1994 y en colecistectomía a cielo abierto su uso era del 50% durante el mismo año.¹⁷ Pensamos que debemos subrayar que aun en casos de mínimo riesgo la lesión asociada a la colangiografía intraoperatoria como procedimiento es menor que las lesiones de la vía biliar cuando no se ha usado.¹⁷

Otros factores que deben ser tomados en cuenta para disminuir las complicaciones en colecistectomía laparoscópica son, sin lugar a duda, el entrenamiento, la depuración de la técnica quirúrgica, la selección de los casos, y la experiencia del propio grupo quirúrgico (curva de aprendizaje).^{10,13, 18,19}

CONCLUSIONES

En la última década de la colecistectomía laparoscópica ha mejorado de manera tangible la evolución de los pacientes sometidos a colecistectomía, las complicaciones son similares a la cirugía abierta, los días de estancia hospitalaria y la necesidad de analgésicos es menor, estos tres factores han sido demostrados por numerosos autores en prácticamente todo el mundo.⁵⁻⁷

En la presente serie, se observa que con relación al sexo e indicación de cirugía, las cosas son parecidas a lo reportado en la literatura, con 60.7% en sexo femenino y 39.3% en masculino^{6,7} sin existir variación con relación a la edad.

La estancia hospitalaria en la serie fue similar a la reportada con 24 horas de estancia en promedio en la cirugía electiva y 47 horas para la cirugía de urgencia,⁶⁻⁹ siendo 60.7% de los casos manejados en forma electiva o semielectiva y 39.3% como urgencia.^{6,9,14} El tiempo de duración de la cirugía es similar, aun en los casos en que se realizó colangiografía transoperatoria.^{6,11,14} En cuanto a las complicaciones, encontramos que la frecuencia de éstas es discretamente menor a las reportadas^{9,12-15} esto debido a que todos los procedimientos fueron llevados a cabo por un mismo equipo quirúrgico.

REFERENCIAS

1. Langenbuch C. Ein fall von extirpation der gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis: heilung. *Klin Wochenschr* 1882; 19: 725.
2. McSherry C. The gold standard. *Am J. Surg* 1989; 158: 174-178.
3. Hunter JG, Sackier JM. *Minimally invasive surgery*. New York, Mc. Graw Hill 2ª Edición 1993: 213-229.
4. Reddick EJ, Olsen DO: Laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1989; 3: 131-133.
5. Gadacz TR et al. Laparoscopic cholecystectomy. *Surg Clin North Am* 1990; 70: 1249-62.
6. Olsen DO et al. Laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 339-344.
7. Deziel DJ et al. Complications of Laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,242 hospitals and an analysis of 77,604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14.
8. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995; 180: 101-125.
9. Kum C-K, Eypasch E, Leferin R et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it really safe? *World J Surg* 1996; 20: 43-49.
10. Newman CL, Wilson RA, Newman I et al. 1,525 laparoscopic cholecystectomies without biliary injury; a single institution's experience. *Am Surg* 1995; 61: 236-228.
11. Fletcher DR, Hobbs MST, Tan P, et al. Complications of cholecystectomy: risks of the laparoscopic approach and protective effects of operative cholangiography. A population-based study. *Ann Surg* 1999; 229: 449-457.
12. Richardson MC, Bell G, Fullarton GM. Incidence and nature of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: an audit of 5,913 cases. *Br J Surg* 1996; 83: 1360-1365.
13. Davidoff AM, Pappas TN, Murray EA et al. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1992; 215:196-202.
14. Carrol BJ, Birth M, Phillips EH. Common bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy that result in litigation. *Surg Endosc* 1998; 12: 310-314.
15. Schol FBG, Go PMNYH, Gouma DM. Outcome of 49 repairs of bile ducts injuries after laparoscopic cholecistectomy. *World J Surg* 1995; 19: 753-757.
16. Cohen MM, Young W, Theriault ME et al. Has laparoscopic cholecystectomy changed patterns of practice and patient outcome in Ontario? *Can Med Assoc J* 1996; 154: 491-500.
17. Woods MS, Traverso LW, Kozarek RA et al. Biliary tract complications of laparoscopic cholecystectomy are detected more frequently with routine intraoperative cholangiography. *Surg Endosc* 1995; 9: 1076-1080.
18. Mc Mahon AJ, Baxter JN, O'Dwyer PJ. Preventing complications of laparoscopy. *Br J Surg* 1993; 80: 1593-1594.
19. Hanney RM, Alle KM, Cregan PC. Major vascular injury and laparoscopy. *Aus NZ J Surg* 1995; 65: 533-535.

Correspondencia:

Dr. Jorge Ortiz de la Peña R.

Sur 136 esq. Observatorio
Torre Donald Mackenzie Suite 501
Col. Américas, Deleg. Álvaro Obregón
C.P. 01120.
Tel /Fax 52-72-22-57.
Correo electrónico:
jop56462@mail.internet.com.mx