

# Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen  
*Volume* **3**

Número  
*Number* **2**

Abril-Junio  
*April-June* **2002**

*Artículo:*

Colectectomía laparoscópica:  
resultados de la experiencia del  
Hospital General de México a nueve  
años de implementada

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A. C.

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*



**Medigraphic.com**



# Colecistectomía laparoscópica: resultados de la experiencia del Hospital General de México a nueve años de implementada

Dr. Vicente González Ruiz,\* Dr. Carlos Alberto Marenco Correa,\*\* Dr. Agustín Chávez Gómez,\*\*\*  
Dr. Sergio González Díaz,\*\*\*\* Dr. Eduardo Montalvo Javé\*\*\*\*\*

## Resumen

Se exponen los resultados de la experiencia con la colecistectomía laparoscópica durante los últimos nueve años en un hospital público de tercer nivel como el Hospital General de México, O.D. Se realizó una revisión de los expedientes de todos aquellos pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica programada, a partir del primero de enero de 1993 al 31 de diciembre del 2001, cuyos resultados se exponen como estadística descriptiva. Se realizaron en total 7,323 colecistectomías, 3,394 fueron laparoscópicas y el resto abiertas (3,929), con un predominio de mujeres en relación de 3:1, la edad promedio fue de 52 años. Durante el primer año se realizaron sólo 65 colecistectomías laparoscópicas, en 1998 fueron 525, en 1999 fueron 536 en el 2000 fueron 610 y en el año del 2001 fueron 461. Hubo 160 conversiones para un 4.71% y siete casos de lesión de la vía biliar extrahepática para un 0.23%. Las principales causas de conversión fueron: dificultad para identificar la anatomía, sangrado no identificado, presencia de múltiples adherencias; se presentaron 179 casos con algún tipo de complicación, sin embargo, sólo 94 requirieron convertirse. **Conclusiones:** La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento seguro en manos experimentadas, sin embargo nadie está exento de complicaciones que requieran convertir a la forma abierta, el cirujano debe estar capacitado para resolver estas complicaciones y tener un juicio acertado para decidir el momento de la conversión.

**Palabras clave:** Colecistectomía laparoscópica.

## Abstract

*The results of the laparoscopic experience during the last nine years in a third level public hospital like the Hospital General de México, O.D. are exposed. A revision of the clinical files of all patients that underwent a programmed laparoscopic cholecystectomy was performed from January 1, 1993 to December 31, 2001 whose results are being exposed as a descriptive statistic. A total of 7,323 cholecystectomies were performed, of which 3,394 were laparoscopic and the rest open (3,929), with a prevalence of women in a 3:1 ratio; the average age was 52 years.*

*During the first year only 65 laparoscopic cholecystectomies were performed, 525 in 1998, 536 in 1999, 610 in 2000 and 461 in the year 2001. There were 160 conversions for a 4.71% and seven cases with lesion of the extrahepatic biliar duct for a 0.23%. The main causes for conversion were: difficulty to identify the anatomy, unidentified bleeding and the presence of multiple adherences; 179 cases were presented with some type of complication, however, only 94 required conversion. **Conclusions:** Laparoscopic cholecystectomy is a safe procedure in experienced hands, however nobody is exempted of complications that require conversion to the open form. The surgeon must be qualified to solve this complications and have the knowledge to decide the moment of conversion.*

**Key words:** Laparoscopic cholecystectomy.

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica ha sido adoptada rápidamente como tratamiento de elección, el llamado “gold standard” para la colelitiasis, hasta un 80 a 90% de las colecistectomías son llevadas a cabo por esta vía en los países desarrollados. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la disponibilidad de esta técnica no debe ampliar las indicaciones para colecistectomía. El presente trabajo expone los resultados de la experiencia con colecistectomía laparoscópica durante los últimos 8 años; a partir de que dicha técnica se imple-

\* Médico adscrito al Servicio de Cirugía General Pabellón 303 del Hospital General de México, O.D.

\*\* Médico residente del 3er año Cirugía General, Hospital General de México, O.D.

\*\*\* Médico residente del 4to año Cirugía General, Hospital General de México, O.D.

\*\*\*\* Jefe del Servicio de Cirugía General Pabellón 303 del Hospital General de México, O.D.

\*\*\*\*\* Médico adscrito al Servicio Urgencias, Hospital General de México, O.D.

mentó como alternativa terapéutica en un hospital público de tercer nivel como el Hospital General de México, O.D.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una revisión retrospectiva de todos los expedientes de aquellos pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica programada, llevadas a cabo en el Hospital General de México, desde el primero de enero de 1993 al 31 de diciembre del año 2001, cuyos resultados se exponen como estadística descriptiva.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 7,323 colecistectomías, de las cuales 3,394 (46.3%) fueron por vía laparoscópica y 3,929 (53.6%) abiertas. En cuanto al sexo se encontró que continúa el predominio en mujeres, 2,654 (78.1%) fueron mujeres y 740 (21.9%) hombres, dando una relación de 3:1 a favor de las mujeres. En la totalidad de los casos se trató de pacientes con colecistitis crónica no agudizada que se programó como cirugía electiva. El rango de edad comprendió desde los 15 años hasta los 89 años, para un promedio de edad de 52 años.

Durante el primer año (1993) se realizaron solamente 65 colecistectomías laparoscópicas, sin embargo, ya para 1998 fueron 525, en 1999 fueron 536, en el 2000 fueron 610 con ligera disminución en el 2001 con 461.

Se encontraron 160 casos que requirieron conversión (*Cuadro 1*) a la forma abierta, lo que dio un porcentaje de 4.7%, porcentaje dentro de lo aceptable según los reportes en otros países. Existen factores que pueden predisponer a la aparición de complicaciones, dentro del presente trabajo se encontró que las tres principales complicaciones que requirieron convertir a la forma abierta fueron: dificultad para identificar la anatomía, sangrado no identificado y la presencia de múltiples adherencias, hubo otras complicaciones que no requirieron conversión y que fueron bien controladas por el cirujano.

En el total de pacientes estudiados se encontraron 179 casos que presentaron algún tipo de complicación (*Cuadro 2*), sin embargo, no todos requirieron convertirse, ya que fueron resueltos satisfactoriamente por el grupo quirúrgico. La complicación más grave y temida como lo es la lesión de la vía biliar extrahepática, se encontró en siete casos del total de 3,394 colecistectomías laparoscópicas, lo cual arrojó un porcentaje de 0.20%. Lo que concuerda con lo reportado en la literatura a nivel mundial.

## DISCUSIÓN

Por más de cien años la colecistectomía abierta fue el tratamiento de elección para el tratamiento de pacientes con li-

**Cuadro 1. Causas de conversión.**

Causa de conversión	Número de pacientes	Porcentaje
Dificultad para identificar la anatomía	43	26.8
Sangrado no identificado	40	25.0
Múltiples adherencias	21	13.1
Sangrado de arteria hepática o cística	16	10.0
Vesícula escleroatrófica	15	9.3
Falla del equipo	11	6.8
Lesión de vía biliar	7	4.3
Colédoco dilatado	4	2.5
Lesión intestinal	2	1.2
Alteración cardiorrespiratoria	1	0.6
Total	160	100

**Cuadro 2. Complicaciones.**

Complicaciones	Número de pacientes	Porcentaje
No requirió conversión	179	6.1
Requirió conversión	94	3.2
Total	273	9.3

tasis vesicular sintomática. La colecistectomía abierta continúa siendo una forma efectiva para tratar la litiasis vesicular y se sigue realizando en muchos hospitales alrededor del mundo. A pesar de esto, la colecistectomía laparoscópica como el tratamiento de elección para la litiasis vesicular ha sido aceptada universalmente. Los beneficios que se han mencionado con dicha técnica incluyen: incisiones más pequeñas que causan menor dolor, lo cual reduce la necesidad de analgésicos opiáceo en el posoperatorio, la estancia hospitalaria se reduce importantemente y en algunos centros sólo es de una noche, asimismo el retorno a sus actividades cotidianas también es más rápido.<sup>1-3</sup> Tiene una mortalidad más baja que la colecistectomía abierta (de 0.1% vs 0.5%).<sup>3</sup> Además se debe tomar en cuenta la experiencia del grupo quirúrgico ya que se ha demostrado que el porcentaje de complicaciones disminuye en relación con la experiencia del cirujano, la llamada “curva de aprendizaje”.<sup>3</sup> Esta disminución global en la mortalidad y una recuperación más temprana, han llevado a un incremento hasta del 25% en el número de colecistectomías realizadas en algunos países.<sup>3</sup> Como todo procedimiento, no está exento de riesgos y complicaciones: hemorragia, pancreatitis, fuga biliar y lesión de la vía biliar, son de las más importantes.

La principal desventaja con la técnica laparoscópica ha sido un aumento en la incidencia de lesión de la vía biliar extrahepática (0.2-0.4% vs 0.1% para la colecistectomía abierta). Este mayor porcentaje se ha asociado con la inexperience del cirujano (el fenómeno de la “curva de aprendizaje”) y

colecistitis aguda. Además, las lesiones de la vía biliar tienden a ser más extensas con la cirugía laparoscópica.<sup>2,3</sup> Siempre existe la posibilidad de convertir a cirugía abierta, en las diversas afecciones de la vesícula biliar, existen condiciones favorables y desfavorables que influyen en la frecuencia de conversión y la aparición de complicaciones, dentro de las que se han mencionado la edad mayor de 65 años, sexo masculino, la colecistitis aguda, vesícula escleroatrófica y sobre todo aquellos pacientes que son operados al inicio de la "curva de aprendizaje", o los operados por cirujanos jóvenes con poca experiencia.<sup>4-8</sup> Los datos disponibles sobre estas condiciones ayudarán a aclarar cuáles son las circunstancias óptimas para realizar la colecistectomía laparoscópica y cuándo existe mayor riesgo de conversión. El cirujano debe estar capacitado para resolver las complicaciones posibles y es de la mayor importancia que se tome la decisión de convertir oportunamente, antes de que haya una complicación, si la conversión es oportuna no hay incremento importante en la morbilidad y mortalidad. El porcentaje de conversión para pacientes con litiasis vesicular, sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva, generalmente es reportada de aproximadamente 5%, por otro lado en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda es

mayor del 25%.<sup>1</sup> A pesar de lo anterior, la cada vez mayor experiencia del equipo quirúrgico y los avances tecnológicos la han vuelto más segura, lo cual sugiere que los porcentajes de lesión disminuirán con el tiempo.<sup>1-3</sup>

## CONCLUSIONES

1. Es necesaria una evaluación continua de los resultados para asegurar que la colecistectomía laparoscópica sea realizada de una manera más segura.
2. Una buena técnica laparoscópica y la experiencia adecuada son prerrequisitos para un procedimiento seguro.
3. El porcentaje de lesiones tiende a disminuir con la experiencia.
4. Un acertado juicio quirúrgico para decidir el momento de la conversión.
5. Refinar la técnica para maximizar su seguridad y efectividad.
6. La colecistectomía laparoscópica puede ser realizada con seguridad sin necesidad de convertir a la forma abierta.
7. La necesidad de realizar colecistectomía abierta en forma programada puede llegar a desaparecer.

## REFERENCIAS

1. Giurgiu DI, Roslyn JJ. *Treatment of gallstones in the 1990s*. Prim care; Clinics in office practice 1996; 23: 497-512.
2. Shea JA, Berlin JA, Bachwich DR, Staroscik RN, Malet PF, McGuckin M, Schwartz JS, Escarce JJ. Indications for and outcomes of cholecystectomy. A comparison of the pre and postlaparoscopic eras. *Ann Surg* 1998; 227: 343-350.
3. Beckingham IJ. ABC of disease of liver, pancreas, and biliary system. *BMJ* 2001; 322: 91-94.
4. Johannins JM, Gruenberg JC. "AEIOU: the ABCs" of conversion from laparoscopic to open cholecystectomy. *J Soc Laparoendosc Surg* 1997; 1: 181-3
5. Zisman A, Gold-Deutch R, Zisman E, Negri M, Halpern Z, Lin G, Halevy A. Is male gender a risk factor for conversion of laparoscopic into open cholecystectomy? *Surg Endosc* 1996; 10: 892-4.
6. Liu CL, Fan ST, Lai EC, Lo CM, Chu KM. Factors affecting conversion of laparoscopic cholecystectomy to open surgery. *Arch Surg* 1996; 131: 98-101.
7. Gadacz TR. Update on laparoscopic cholecystectomy, including a clinical pathway. *Sur Clin North Am* 2000; 80: 1127-49.
8. Richardson WS, Fuhrman GS, Burch E, Bolton JS, Bowen JC. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Outcomes of 847 planned procedures. *Surg Endosc* 2001; 15: 193-5.

### Correspondencia:

**Dr. Vicente González Ruiz**

Servicio de Cirugía General Pabellón 303  
Hospital General de México, O.D.  
Dr. Balmis No. 148, Col. Doctores,  
C.P 06720, México. D.F.  
Tel. 55 88 01 00. Ext. 1247 y 1248.

