

Artículo original

Colecistectomía videolaparoscópica en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, Matanzas, 2014-2017

Video laparoscopic cholecystectomy in the Military Hospital of Matanzas.
2014-2017

Dr. Libardo Castillo Lamas^{1*,**}  <https://orcid.org/0000-0002-4685-172X>

Dr. Koyen Shi Sánchez^{1***}  <https://orcid.org/0000-0003-3308-5090>

Dr. Ángel Joel Sánchez Maya^{1****}  <https://orcid.org/0000-0001-6904-6582>

Dr. Carlos Lázaro Bandomo González^{1****}  <https://orcid.org/0000-0002-0564-8573>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: libardo.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: en enero de 2000, comenzó la cirugía videolaparoscópica en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, de la ciudad de Matanzas. El equipo quirúrgico, en esa época, lo constituían cirujanos con varios años de experiencia y con una sólida formación en cirugía convencional. También poseían habilidades demostradas en la realización de colecistectomía a cielo abierto. A partir de 2011, una nueva generación de cirujanos desarrolló la cirugía mínimamente invasiva, con poca experiencia en cirugía a cielo abierto. Por lo tanto, se presentó la contradicción de que cada vez menos cirujanos tenían la experiencia técnica que requieren los casos más



difíciles.

Objetivo: determinar la seguridad en la realización de la colecistectomía laparoscópica.

Materiales y métodos: Investigación observacional, descriptiva y retrospectiva de los pacientes intervenidos de afecciones biliares benignas, por la técnica de colecistectomía laparoscópica, entre enero de 2014 y diciembre de 2017.

Resultados: fueron colecistectomizados 2 016 pacientes. De ellos, 1 759 (87 %) correspondieron al sexo femenino, y 257 (13 %) al masculino. Comorbilidades presentes en el 46,3 %. Cirugías: electivas, 1 801; urgentes, 215. Eventos adversos, 38 (1,88 %). Conversiones, 28 (1,3 %). Mortalidad operatoria, 5 (0,24 %).

Conclusiones: resultan seguras las colecistectomías laparoscópicas por el bajo índice de eventos adversos, conversiones y mortalidad operatoria.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica; indicaciones; factores de conversión; eventos adversos; lesiones de la vía biliar principal.

ABSTRACT

Introduction: video laparoscopic surgery began in January 2000, at the Dr. Mario Muñoz Monroy Military Hospital. The surgical team, at that time, were surgeons with years of experience and a solid training in conventional surgery. They also had demonstrated skills in performing open cholecystectomy. Starting in 2011, a new generation of surgeons developed minimally invasive surgery, with little experience in open surgery. Therefore, it arose the paradox that fewer and fewer surgeons had the technical experience required in the most difficult cases.

Objective: to determine the safety in performing laparoscopic cholecystectomy.

Materials and methods: retrospective, descriptive and observational research of the patients who underwent surgeries of benign biliary conditions, by the technique of laparoscopic cholecystectomy in the period January 2014- December 2017.

Results: 1759 patients were cholecystectomized. 87.25% were female ones and 257 (13%) were male: Comorbidities were present in 46.3%. 1 801 were elective surgeries; emergency surgeries were 215. There were 38 (1.88%) adverse events and 28 (1.3%) conversions. The operatory mortality was 5 (0.24%).



Conclusions: laparoscopic cholecystectomy are safe because of the low index of adverse events, conversion and operator mortality.

Key word: laparoscopic cholecystectomy; indications; conversion factors; adverse events; lesions of the main bile duct.

Recibido: 04/04/2020.

Aceptado: 29/09/2020.

INTRODUCCIÓN

En enero de 2000, comenzó la cirugía videolaparoscópica en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. El equipo quirúrgico, para esa época, eran cirujanos con años de experiencia y una sólida formación en cirugía convencional. Además, poseían habilidades demostradas en la realización de colecistectomía a cielo abierto.

Durante diez años, realizaron el procedimiento cumpliendo con los estándares de calidad para este tipo de cirugía. Una nueva generación de cirujanos que se adiestraron en ese período, comenzaron a desarrollar la colecistectomía videolaparoscópica a partir del año 2011, incluyendo la cirugía de urgencia que anteriormente no se realizaba.

Con el descenso de la cirugía a cielo abierto, disminuyen las oportunidades de entrenamiento en un procedimiento que los cirujanos deben dominar adecuadamente. Datos de 2004 en los Estados Unidos, muestran que para los residentes en Cirugía General, durante su residencia, el promedio de colecistectomías a cielo abierto es de 12, mientras que el de colecistectomías videolaparoscópicas es de 90. En Inglaterra, la experiencia es aún más escasa: la exploración del colédoco no llegó a dos procedimientos en los residentes graduados en 2005.^(1,2)

Los actuales cirujanos laparoscópicos del Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy no escapan de esta problemática. Desde el año 2000, el 97 % de las colecistectomías se realizan por mínimo acceso, por lo que dichos galenos llegaron, a duras penas, a completar los procedimientos necesarios para graduarse. Estos



cirujanos deberán realizar colecistectomías de urgencia a cielo abierto difíciles —por empiema o gangrena vesicular, o colangitis grave—, o deberán drenar un colédoco, con muy poca experiencia en los procedimientos quirúrgicos abiertos. También tendrán que convertir cuando el campo laparoscópico se torne complejo. Se asiste entonces a la paradoja de que cada vez menos cirujanos tendrán la experiencia técnica que requieren los casos más difíciles.^(3,4)

En este contexto, se plantea determinar la seguridad en la realización de la colecistectomía videolaparoscópica, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y retrospectiva de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por el procedimiento de colecistectomía videolaparoscópica, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, de la provincia de Matanzas, entre enero de 2014 y diciembre de 2017.

El universo estuvo compuesto por 2 016 pacientes, a los que se les realizó colecistectomía videolaparoscópica por enfermedades benignas de la vesícula biliar.

Técnicas y procedimientos: se realizó una revisión de las historias clínicas de los pacientes intervenidos por el procedimiento de colecistectomía videolaparoscópica, las actas del comité de evaluación de intervenciones quirúrgicas y las actas del comité de fallecidos del Servicio, para la obtención de los datos requeridos y dar cumplimiento a los objetivos de la investigación. Se creó un modelo de recolección de datos primarios que facilitó la creación de la base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2007.

Las variables estudiadas fueron:

- Edad: se agrupó en tres intervalos de clases: ≤ 30 , 31-59 y ≥ 60 años respectivamente.
- Sexo.
- Comorbilidades: hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, entre otras.
- Diagnóstico operatorio: litiasis vesicular sintomática, colecistitis aguda, disfunción vesicular, litiasis coledociana.
- Eventos adversos: lesión de la vía biliar principal (LVBP), coleperitoneo, lesión de órganos vecinos, hemoperitoneo.



- Causas de conversiones: fibrosis del triángulo de Calot, LVBP.
- Sangramiento.
- Principales causas de mortalidad: LVBP, coleperitoneo, tromboembolismo pulmonar (TEP).

Para el procesamiento estadístico de las variables cuantitativas y cualitativas se emplearon las frecuencias absolutas y relativas. Se elaboraron tablas estadísticas para representar los resultados.

En la realización de esta investigación, se siguieron los aspectos éticos relacionados con la revisión de las historias clínicas, donde la información obtenida solo se utilizó con fines investigativos, y los resultados fueron fiel reflejo de la investigación. Se tuvieron en cuenta los postulados del código de ética médica de Núremberg (1947) y de la Declaración de Helsinki (1964, con posteriores reformas).

RESULTADOS

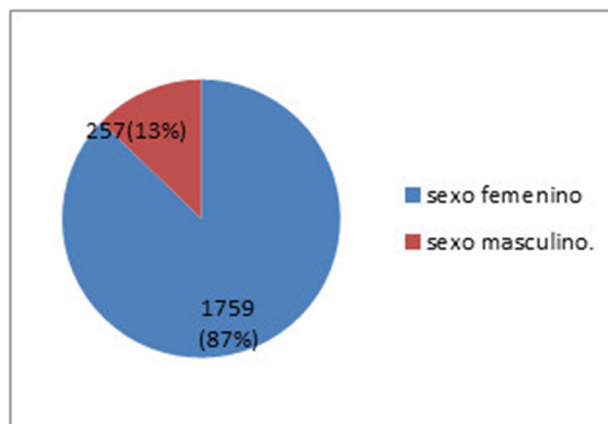
En la tabla 1 se aprecia que el grupo etario predominante fue el de 31 a 59 años, con un 32 %. Los pacientes más jóvenes y los de la tercera edad estuvieron presentes en menor proporción.

Tabla 1. Distribución por grupos etarios de los pacientes colecistectomizados. 2014-2017

Grupos etarios	No.	%
≤ 30 años	184	9,12
31-59 años	1 658	82,24
≥ 60 años	174	8,63
Total	2 016	100



En el gráfico 1 se observa que predominó el sexo femenino, con un 87 %, y que el masculino quedó representado por un 13 %. La relación mujer-hombre fue de 4:1.



Gráf. 1. Distribución de pacientes por sexo.

Entre los factores de riesgo más frecuentes estuvieron la hipertensión arterial (13,3 %), que unida a la cardiopatía isquémica (4,3 %) suman un riesgo cardiovascular de 17,6 %. En segundo lugar, la diabetes mellitus, con 12,6 %. El sobrepeso y la obesidad representaron el 5,1 %. Resultó relevante un 7,8 % de pacientes con más de un factor de riesgo. La cirugía abdominal previa mostró un 2,1 %, que aunque muy bajo es un factor muy importante a tener en cuenta para la introducción del primer trocar, que es a ciegas. (Tabla 2)

Tabla 2. Comorbilidades presentes al momento de la colecistectomía

Comorbilidad	No.	%
Sobrepeso y obesidad	104	5
Hipertensión arterial	269	13,3
Cardiopatía isquémica	87	4,3
Diabetes mellitus	256	12,6
Cirugía abdominal previa	43	2,1
Más de una	158	7,8
Total	917	45,4

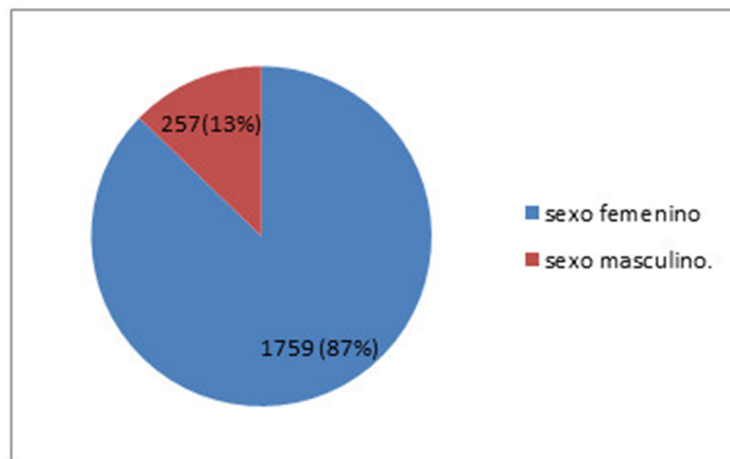
La tabla 3 muestra que la litiasis vesicular sintomática fue la principal indicación para realizar la colecistectomía laparoscópica, con 80,80 %. Otras indicaciones: disfunción vesicular (2,23 %), litiasis coledociana (0,59 %), pólipos vesiculares (0,49 %) y pancreatitis biliar (0,44 %). Por su parte, la colecistectomía laparoscópica en la litiasis asintomática quedó representada por 19 pacientes: 13 con cálculos mayores de 3 cm (0,64 %) y 6 con vesícula en porcelana (0,29 %) —ambos por el elevado riesgo de cáncer a largo plazo.

Tabla 3. Principales indicaciones de colecistectomía videolaparoscópica electiva

Indicación	No.	%
Litiasis vesicular sintomática	1 629	80,80
Colecistitis aguda	292	14,48
Pancreatitis biliar	9	0,44
Disfunción vesicular	45	2,23
Pólipos vesiculares	10	0,49
Litiasis coledociana	12	0,59
Cálculos mayores de 3 cm	13	0,64
Vesícula en porcelana	6	0,29
Total	2 016	100



La colecistitis aguda fue la segunda causa de colecistectomía laparoscópica en la serie de 292 pacientes (14,48 %). De ellos, 215 se operaron de urgencia (10,6 %), y 77 fueron tratados de manera conservadora y se operaron de manera electiva, lo que representó un 3,8 %. (Gráfico 2)



Gráf. 2. Estrategias de tratamiento en la colecistitis aguda.

En la tabla 4, se constata la ocurrencia de eventos adversos en 38 pacientes (1,88 %). En las colecistectomías videolaparoscópicas electivas se presentaron un total de 18 (0,99 %). La LVBP estuvo presente con 5 (0,27 %); la lesión de órganos vecinos con 4 (0,22 %). Con menor frecuencia se presentaron 3 coleperitoneo (0,16 %); biliomas y hemoperitoneos, 1 respectivamente (0,05 %). Infección del sitio quirúrgico (ISQ) y órgano espacio, 2 cada uno (0,11 %).

En las colecistectomías de urgencias de presentaron un total de 20 eventos adversos (9,30 %). La distribución en esta modalidad de cirugía fue la siguiente: hemoperitoneo e infección órgano espacio, 3 cada uno (1,39 %); coleperitoneo y bilioma, 2 respectivamente (0,93 %). La ISQ se presentó en 9 (4,18 %). La LVBP en la cirugía de urgencia fue baja: solo 1 (0,46 %).

Tabla 4. Distribución de los eventos adversos por modalidad de realización de la colecistectomía videolaparoscópica

Evento adverso	Cirugía electiva (N: 1 801)		Cirugía urgente (N: 215)		Total (N: 2 016)	
	No.	%	No.	%	No.	%
LVBP	5	0,27	1	0,46	6	0,29
Coleperitoneo	3	0,16	2	0,93	5	0,24
Bilioma	1	0,05	2	0,93	3	0,14
Hemoperitoneo	1	0,05	3	1,39	4	0,19
Lesión órgano vecino	4	0,22	-	-	4	0,19
Infección órgano espacio	2	0,11	3	1,39	5	0,24
ISQ	2	0,11	9	4,18	11	0,54
Total	18	0,99	20	9,30	38	1,88

Las causas de conversión a cirugía abierta se aprecian en la tabla 5. Los eventos intraoperatorios constituyeron para la cirugía electiva 11 (0,61 %), y para la de urgencia 17 (7,90 %), para un total de 28 (1,38 %). Los motivos principales para las conversiones fueron la fibrosis del triángulo de Calot, que impidieron identificar las estructuras del mismo con 15 (0,74 %). Las adherencias firmes de otros órganos con 6 (0,29 %).

Tabla 5. Causas primarias de conversión a cirugía convencional

Causa conversión	Cirugía electiva (N: 1 801)		Cirugía urgente (N: 215)		Total (N: 2 016)	
	No.	%	No.	%	No.	%
LVBP	1	0,05	1	0,46	2	0,04
Hemoperitoneo	1	0,05	-	-	1	0,04
Fibrosis del triángulo de Calot	4	0,22	11	5,11	15	0,74
Adherencias firmes	4	0,22	2	0,93	6	0,29
Instrumental deficiente	1	0,05	3	1,39	4	0,19
Total	11	0,61	17	7,90	28	1,38



En la tabla 6 se presenta el comportamiento de la mortalidad operatoria asociada a eventos adversos, con un total de 5 pacientes (0,24 %). La otra se relacionó con una complicación médica, un tromboembolismo pulmonar a rama gruesa.

Tabla 6. Causas de mortalidad en colecistectomía laparoscópica por modalidad de cirugía

Causas de muerte	Cirugía electiva (N: 1 801)		Cirugía urgente (N: 215)		Total (N: 2 016)	
	No.	%	No.	%	No.	%
LVBP	3	0,16	-	-	3	0,14
Coleperitoneo	1	0,05	-	-	1	0,04
Lesión órgano vecino	1	0,05	-	-	1	0,04
TEP	-	-	1	0,46	1	0,04
Total	5	0,27	1	0,46	6	0,29

DISCUSIÓN

La colelitiasis es una afección frecuente: es una enfermedad crónica del aparato digestivo que presenta serias implicaciones médicas, sociales y económicas. Actualmente, la colecistectomía laparoscópica es el acto quirúrgico más eficiente para tratarla.⁽³⁾

La edad y el sexo son factores de riesgo importantes para este padecimiento. La frecuencia de litiasis vesicular aumenta con la edad, fenómeno que se observa en ambos sexos y que es más frecuente a partir de los 40 años. La frecuencia es de cerca del 20 % de los adultos a partir de esta edad, y del 30 % en los mayores de 70 años.⁽⁵⁾

El envejecimiento poblacional es una realidad que tienen que enfrentar los sistemas de salud a nivel mundial. Entre los factores de riesgo para la aparición de la colelitiasis está la edad. Se estima que al menos el 20 % de los pacientes presentan síntomas y necesitan una intervención quirúrgica.

Los pacientes de la tercera edad, en este estudio, constituyeron el 8,63 %. Los



resultados concuerdan con lo reportado por diferentes autores, que exponen prevalencia del sexo femenino. Las personas entre 31 y 59 años son las más proclives al padecimiento de litiasis vesicular y a sus complicaciones. La tercera edad es un grupo poblacional que también es favorecida por las ventajas del abordaje laparoscópico.^(3,6)

Es evidente la alta incidencia de factores de riesgo en los pacientes que son sometidos a colecistectomía videolaparoscópica. La presión intraabdominal y el empleo de anhídrido carbónico (CO₂) para desarrollar el neumoperitoneo necesario para la intervención quirúrgica, tienen repercusiones clínicas y metabólicas sobre los pacientes que son intervenidos por este procedimiento. Las presiones óptimas del neumoperitoneo que son tolerables por todos los pacientes, oscilan entre 10 y 12 mmHg. Presiones superiores a 20 mmHg, causan alteraciones transitorias de la presión arterial media, el PH y otras que son bien toleradas por pacientes sin riesgo, pero traen un riesgo adicional cuando no son transitorias, sobre todo en pacientes con enfermedad cardiovascular y respiratoria.^(4,5,7)

En la evolución natural de la colelitiasis, los pacientes se pueden dividir en tres etapas clínicas: asintomáticos, sintomáticos y con complicaciones. Solo el 1 o 2 % de quienes no presentan síntomas, evolucionan a la etapa sintomática al año. En muy pocos casos (menos del 0,5 % por año) un paciente asintomático desarrolla colecistopatía complicada sin sufrir primero los síntomas.^(5,6)

En la comunidad médica y en la población en general, existen dudas sobre las indicaciones para realizar una colecistectomía laparoscópica. Muchos creen que síntomas abdominales comunes, como dispepsia, timpanismo, eructos o flatulencia sin dolor acompañante son causados por los cálculos biliares.⁽⁶⁾ La Organización Mundial de Gastroenterología, en una revisión de 252 colecistectomías, encontró verdadera indicación para realizar colecistectomía videolaparoscópica en el 52 % de los casos, y no llegó a consenso en el 44 %.⁽⁷⁾

En la actualidad, existen muchos trabajos que dejan bien claro que la litiasis sintomática representada por el dolor biliar —mal llamado cólico biliar—, es quien define la indicación de cirugía.^(6,7)

Entre las indicaciones de colecistectomía laparoscópica electivas estuvo la pancreatitis biliar. Esta es desencadenada por el desarrollo de reflujo biliopancreático secundario a la obstrucción transitoria litiásica de la desembocadura conjunta del colédoco y el conducto de Wirsung a nivel de la papila de Váter. Dicha desembocadura conjunta o canal común biliopancreático ocurre en el 67 % de los pacientes, en tanto la desembocadura independiente de los conductos se da en el resto de la población.⁽⁸⁾

El conducto común biliopancreático permite que los cálculos de pequeño tamaño (microlitiasis) produzcan obstrucción transitoria ampular, inicialmente mecánica y



ulteriormente inflamatoria, lo que a su vez genera reflujo biliopancreático causante de la pancreatitis biliar, no precisándose la existencia de ocupación coledociana mantenida para el desarrollo o mantenimiento de la pancreatitis biliar.

Durante muchos años, el tratamiento de la pancreatitis biliar ha sido tema de amplio debate. Con el avance tecnológico se hace uso, y en ocasiones abuso, de las diferentes modalidades de tratamiento, con las ansias de lograr la mejoría o evitar el deterioro y progresión de la enfermedad a sus formas más graves.

Muchas guías de manejo de la pancreatitis biliar aguda severa, recomiendan que una terapéutica con una colangiografía retrógrada endoscópica de urgencia sea realizada dentro de las primeras 72 horas de admisión, con o sin colangitis presente. Tlatoa Ramírez et al.⁽⁹⁾ han realizado una extensa revisión de la literatura en las bases de datos PubmedyCochrane Library, donde consultaron 74 artículos: 8 metaanálisis (5,92 %), 12 revisiones sistemáticas (8,88 %), 10 estudios multicéntricos (7,4 %), 18 ensayos clínicos (13,32 %) y 26 artículos de revisión o reportes de casos (64,48 %).

Dentro de los artículos revisados se encontraron 5 metaanálisis, 6 revisiones sistemáticas, 5 estudios multicéntricos y 10 ensayos clínicos, que cumplieron con los criterios de inclusión, donde el consenso en el empleo de la colangiografía retrógrada endoscópica se destina a los casos con una colangitis u obstrucción ampular persistente, independiente de si se realiza o no esfinterotomía.

En la institución donde se realizó la investigación, los pacientes respondieron al tratamiento médico de la pancreatitis porque se clasificaron como casos leves. Posteriormente, en un período de 4 a 8 semanas, se les practicó colecistectomía laparoscópica porque no existía dilatación de vías biliares por ecografía y había remisión a la normalidad de las pruebas funcionales hepáticas.

La disfunción vesicular requiere de una profundización de su estudio. Está asociada a disfunción del esfínter de Oddi y a otros trastornos gastrointestinales como el síndrome de intestino irritable, infecciones por *Helicobacter pylori*, entre otros. Alrededor de un 30 % de los pacientes vuelven a consulta refiriendo síntomas similares a los de antes de la operación, por lo que se debe abordar a los pacientes con este posible diagnóstico de manera multidisciplinaria con internistas y gastroenterólogos.⁽¹⁰⁻¹²⁾

El manejo de los pólipos de la vesícula biliar sigue siendo controversial. La colecistectomía laparoscópica se debe practicar en los pólipos sintomáticos, por la mejoría que se tiene tras la extirpación de la vesícula, independientemente de su tamaño. También en pacientes con pólipos mayores de 10 mm, por su asociación con cáncer, y en los pacientes de más de 50 años. La ecografía característica para casos de malignidad se asocia con ecogenicidad similar a la del parénquima hepático. La forma, aunque variable, tiende a ser sésil con relativa frecuencia.⁽¹¹⁾



La evolución de los pólipos pequeños de la vesícula biliar, en ausencia de manifestaciones clínicas y factores de riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma de vesícula, ha demostrado ser benigna. Por tanto, en estos casos la colecistectomía no sería una indicación, al menos inicialmente, y la propuesta establecida es "esperar y vigilar" mediante seguimiento ecográfico y clínico.⁽⁷⁾

En la casuística del estudio se consideró un comportamiento agresivo. Solo dos pacientes (0,11 %) reunían los criterios de tamaño, edad y sintomatología. El resto todos eran pólipos menores de 10 mm. Hay que señalar que muchos pólipos, sobre todo los de colesterol, se desprenden con la apertura de la vesícula y la manipulación; todo esto fue tenido en cuenta. Los resultados anatomopatológicos de la serie fueron benignos.

La colecistitis aguda fue la principal indicación de colecistectomía laparoscópica de urgencia. En el Servicio donde se realizó el estudio, todo paciente con diagnóstico de colecistitis aguda con más de 72 horas de evolución de los síntomas, recibió tratamiento médico para posteriormente ser operado de manera electiva cuatro semanas después.

El espectro de tratamiento de la colecistitis aguda es muy amplio: va desde las opciones de urgencia en el mismo ingreso hasta las de tratamiento conservador. En este mismo grupo, aun con una evolución no favorable, existe la posibilidad del drenaje percutáneo, la colecistectomía y la extracción de cálculo. De vital importancia es tener en cuenta el tiempo de evolución de los síntomas: hay consenso en que con más de 72 horas de evolución y enfermos de alto riesgo, aumentan las complicaciones de la cirugía de urgencia.

Los autores consideran que transcurridas las 72 horas de iniciado el cuadro clínico, las condiciones locales y generales del paciente son más complicadas. Por otra parte, las conversiones, las lesiones de la vía biliar principal y otras, tienen que ver tanto con el factor paciente como con la experiencia del equipo quirúrgico.^(13,14)

Los eventos adversos en cirugía mayor se presentan con una frecuencia de 2,9 a 3,7 %. Después de las consideraciones anteriores, los eventos adversos más peligrosos se presentaron en la cirugía electiva, ya que las lesiones de la vía biliar principal guardaron una relación de cirugía electiva vs. urgente de 5-1, el coleperitoneo de 3-2, la lesión de órganos vecinos de 4-0. El hemoperitoneo postoperatorio fue más frecuente en la cirugía de urgencia, con una proporción de 1-3.⁽¹⁵⁾

Los sangramientos del lecho vesicular en las colecistectomías laparoscópicas de urgencia son más habituales por el proceso inflamatorio perivesicular. Los abscesos intraabdominales tuvieron una relación de 2-3; la infección del sitio quirúrgico 2-9. Muchas veces la apertura de la vesícula biliar influye en la contaminación de la cavidad



y pared abdominal.

Un estudio del Hospital Clínico Quirúrgico Interprovincial Saturnino Lora, de Santiago de Cuba, analiza las colecistectomías laparoscópicas en el período de 2011 a 2014: se realizaron 1 271 y se presentaron los siguientes eventos adversos: 13 lesiones de la vía biliar principal, 5 infecciones del sitio quirúrgico, 5 hemorragias postoperatorias y 2 lesiones de órganos vecinos. Hubo 2 fallecidos.⁽⁶⁾

En la actualidad, las lesiones de la vía biliar principal persisten como un problema complejo, a pesar de ser practicadas por más de 15 años en la institución donde se realizó este estudio. En ella influyen factores como la anatomía del sistema biliar, las condiciones locales del paciente y la experiencia del cirujano —sobre esta última se debe prestar la mayor atención.

Las lesiones de la vía biliar en el período de estudio fueron de 0,29 %, predominando en la cirugía electiva; esto no es lo frecuente, pues al revisar la literatura sobre el tema, predominan en cirugías de urgencia. Al considerar que 77 pacientes (3,8 %) —que se trataron de forma conservadora para operarse de manera diferida— desarrollaron colecistitis agudas, se infiere que las alteraciones anatómicas provocadas por el proceso inflamatorio influyeron de manera desfavorable en la aparición de eventos adversos.

La experiencia del cirujano, más allá de la curva de aprendizaje, está en seguir una serie de pasos y técnicas descritas en la literatura, como los nueve pasos descritos por Asbun: colecistectomía fundocística o anterógrada, colecistectomía parcial o subtotal, visión crítica de seguridad de Estraberg, colecistectomía diferida, entre otras. La decisión de convertir es una determinación sabia del cirujano; es aquí donde puede haber influido la preparación en cirugía abierta. En la actualidad, la mayoría de los cirujanos han tenido poca experiencia en este tipo de cirugía. Se debe tener presente que convertir no es una derrota, es una decisión sabia más allá del orgullo profesional.^(16,17)

En cuanto a la mortalidad operatoria asociada a eventos adversos, fue del 0,27 %, siempre en colecistectomías electivas. La mortalidad operatoria es un aspecto que mide la calidad del servicio que se presta. Un diagnóstico oportuno de las complicaciones es la única manera de mantenerla dentro de los límites aceptados en la literatura mundial: 0,1 a 0,4 %.^(15,18,19)

El íctero y el dolor abdominal en el postoperatorio de una colecistectomía laparoscópica, debe hacer pensar al especialista, en primer lugar, en una complicación relacionada con la cirugía, y sobre todo valorar la presencia de una lesión en la vía biliar. No se debe sospechar en otras cosas menos peligrosas, como una litiasis residual del colédoco. Cuando la colecistectomía es difícil, se deben realizar todas las maniobras descritas para el logro exitoso del procedimiento, y convertir a cirugía



abierta cuando las condiciones locales y generales del paciente así lo ameriten.

Los autores consideran que las colecistectomías laparoscópicas son seguras en manos de la generación actual de cirujanos. Estos hacen uso adecuado de las indicaciones quirúrgicas, y muestran buen dominio de la técnica quirúrgica tanto en cirugía programada como de urgencia. A su vez, exhiben índices apropiados de eventos adversos, conversión a cirugía convencional y mortalidad operatoria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barrios Osuna IO, Morera Pérez M, Roque González R, et al. Validez y fiabilidad de prueba diagnóstica en entrenamiento sobre procedimientos laparoscópicos básicos. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 [citado 15/08/2018]; 54(4). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/349>
2. Cristiano A. Litiasis coledociana. Rev Hosp El Cruce [Internet]. 2016 [citado 15/08/2018]; 18: 30-47. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-946753>
3. Domínguez Membreño JD. Incidencias de complicaciones asociadas a colecistectomía laparoscópica en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca [tesis en Internet]. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/1510/>
4. Alegre Salles VJ. Influencia de la cirugía abdominal previa en el aspecto clínico posoperatorio en la colecistectomía laparoscópica. Rev Cubana Cir [Internet]. 2015 [citado 20/11/2019]; 54(1). Disponible en: <http://www.revcirugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/212>
5. Castillo Apolono C. Fisiopatología y factores de riesgo de la litiasis vesicular. Ciencias de la salud [Internet]. 2016 [citado 25/12/2019]; 3(2): 160-5. Disponible en: <https://docplayer.es/97723358-Fisiopatologia-y-factores-de-riesgo-de-la-litiasis-vesicular.html>



6. Oliu Lambert H, De la Cruz Castillo NA, Piña Prieto LR, et al. Caracterización de pacientes con litiasis vesicular operados por mínimo acceso. Medisan [Internet]. 2016 Sep. [citado 25/12/2019]; 20(9):2069-76. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000900003&lng=es
7. Oliu Lambert H, De la Cruz Castillo NA, Nazario Dolz AM, et al. Criterios actuales sobre el tratamiento laparoscópico en pacientes con enfermedades benignas de la vesícula biliar. Medisan [Internet]. 2016 Nov. [citado 20/12/2019]; 20(11). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016001100013&lng=es
8. Planell Roig M, Ponce Villar U, Peiro Monzo F, et al. Pancreatitis biliar. Cinética de pruebas funcionales hepáticas y canal común biliopancreático - reflujo biliopancreático. Cir Española [Internet]. 2015 Mayo [citado 20/11/2018]; 93(5):326-33. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-pancreatitis-biliar-cinetica-pruebas-funcionales-S0009739X13002376>
9. Tlatoa Ramírez HM, Ocana Servina HL, Fierro González MA, et al. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en pancreatitis biliar aguda. ¿Herramienta diagnóstica o terapéutica? Revisión sistemática de la literatura 2008-2013. Medicina e Investigación [Internet]. 2015 [citado 20/11/2018]; 3(1):3-10. Disponible en: <http://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S221431061500028X&r=353>
10. García Frade R, Solís Ayala E. Síndrome de discinecia vesicular. Med Int Mex 2016; 32(6). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71564>
11. Oliu Lambert H, De la Cruz Castillo NA, Nazario Dolz AM, et al. Vía clínica de la colecistectomía laparoscópica electiva en enfermedades benignas de la vesícula biliar. Rev Cubana Cir [Internet]. 2018 [citado 16/08/2018]; 57(1). Disponible en: <http://www.revcirologia.sld.cu/index.php/cir/article/view/585>
12. Carmona Sánchez R, Gómez-Escudero O, Zavala-Solares M, et al. Consenso mexicano sobre dispepsia. Rev gastroenterol Méx [Internet]. 2017 [citado 20/11/2018]; 28(4):275-364. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-consenso-mexicano-sobre-dispepsia-articulo-S0375090617300241>



13. Ramírez Escobar BT. Eficacia de la Colectomía laparoscópica temprana vs Colectomía laparoscópica tardía en pacientes con Colectitis Aguda [tesis en Internet]. Lima: Universidad Norbert Wiener; 2017 [citado 28/10/2018]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1277>
14. Alcocer Tamayo RJ, Tort Martínez A, Olvera Hernández H, et al. Papel de la colectomía subtotal laparoscópica en la colectitis aguda. Rev Mex Cir Endoscop [Internet]. 2016 [citado 20/10/2018]; 17(3). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2016/ce163f.pdf>
15. Castillo Lamas L, Cabrera Reyes J, Sánchez MA, et al. Seguridad en cirugía mayor. Experiencia de cinco años. Rev Med Electrón [Internet]. 2017 Oct. [citado 20/10/2018]; 39(5): 1033-40. Disponible en: http://scielo.prueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000500003&lng=es
16. Limaylla-Vega H, Vega-Gonzales E. Lesiones iatrogénicas de las vías biliares. Rev gastroenterol Perú [Internet]. 2017 Oct. [citado 20/10/2018]; 37(4):350-56. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000400010&lng=es
17. Rodríguez Fernández Z, Cisneros Domínguez CM, León Goire WL, et al. Conocimientos vigentes en torno a las lesiones iatrogénicas de vías biliares. Rev Cubana Cir [Internet]. 2017 Sep. [citado 22/10/2018]; 56(3): 1-18. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932017000300005&lng=es
<http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v56n3/cir05317.pdf>
18. Zandalazini H, Klappenbach R. Fugas biliares postoperatorias. Guayaquil, Ecuador. Rev Cient [Internet]. 2017 Jul. [citado 20/11/2018]; 3(4): 448-61. Disponible en: <file:///C:/Users/User/AppData/Local/Temp/Fugasbiliarespostoperatorias.Zandalazini-Klappenbach.EnDefelitto-Cariello.pdf>
19. Encalada Calero FE, Jaramillo Martínez ME, Ramírez García NX, et al. Complicaciones en cirugía de vesícula biliar. Dom Cien [Internet]. 2017 [citado 15/10/2018]; 3(41): 448-61. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325496>



Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

** Diseñó el trabajo, realizó la discusión de los resultados y aprobó el manuscrito.

*** Colaboró en la recopilación y procesamiento de los datos, y participó en la discusión de los resultados.

**** Realizó búsqueda bibliográfica y discusión.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Castillo Lamas L, Shi Sánchez K, Sánchez Maya AJ, Bandomo González CM. Colecistectomía videolaparoscópica en el Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy, Matanzas, 2014-2017. Rev Méd Electrón [Internet]. 2021 May.-Jun. [citado: fecha de acceso]; 43(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3845/5159>

