

ARTÍCULOS ORIGINALES

Colecistectomía convencional. ¿Es necesario emplear drenajes?

Conventional cholecystectomy, is it necessary to use drainages?

Dr. Armando Quintana Proenza.; Dr. Manuel Romero García; Dr. José Quintana Marrero; Dr. Enrique Adrian Flores Delgado

Hospital General Docente Martín Chang Puga. Nuevitas. Camagüey. Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el fin de caracterizar y analizar la aparición de complicaciones en 153 pacientes intervenidos quirúrgicamente por afecciones biliares litiásicas sin insertarles drenaje en la cavidad peritoneal luego de practicárseles colecistectomía o bypass biliodigestivo, durante el período 1999-2002 en el Hospital General Docente Martín Chang Puga de Nuevitas. Más de dos tercios de los pacientes pertenecían al sexo femenino, con predominio del grupo entre 15 y 45 años de edad. La gran mayoría de las intervenciones correspondieron a colecistectomías por litiasis vesicular y colecistitis aguda. No se documentaron colecciones subhepáticas, ni peritonitis biliar. Se observaron complicaciones no relacionadas con la ausencia de drenaje en el 8, 50 % de los pacientes, principalmente en la cirugía de urgencia. La estadía postoperatoria fue aceptablemente corta. Se observó que la cirugía sobre las vías biliares puede efectuarse con buenos resultados y con bajos índices de morbimortalidad sin el empleo de drenajes abdominales.

DeCS: COLECISTECTOMÍA/ métodos; DRENAJE/ útil

ABSTRACT

A descriptive study was carried out with the aim of characterizing 153 patients surgically intervened for lithiasic biliary pathologies at Martín Chan Puga General Hospital of Nuevitas from January 1999 to December 2002, to whom a drainage was inserted in the peritoneal cavity after the practice of cholecystectomy and /or biliodigestive bypass as well as the determination of complications that appeared related with this practice during 1999-2002. More than two-thirds of patients belonged to feminine sex, prevailing the group among 15 to 45 years old. The great majority of interventions corresponded to cholecystectomy for vesicular lithiasis and acute cholecystitis. Subhepatic collections and biliaryperitonitis were not documented. Complications not related with the absence of drainage in the urgent surgery were observed. Postoperative staying was acceptably short. It was observed that surgery of biliary passages may be performed with good results in low morbimortality rates without using abdominal drainages.

DeCS: CHOLECYSTECTOMY /methods; DRAINAGE/ utilization

INTRODUCCIÓN

El empleo de drenajes en las operaciones abdominales puede ser de tipo terapéutico o profiláctico. El drenaje profiláctico se utiliza cuando se considera que existe la posibilidad de filtración de un líquido fisiológico cuya evacuación impedirá la aparición de otros problemas.¹

Con el fin de drenar la cavidad peritoneal, se han diseñado diversos dispositivos flexibles y rígidos; abiertos, pasivos y cerrados con succión continua; cada uno con sus ventajas y limitaciones.¹

Una interesante polémica persiste entre los cirujanos sobre la real necesidad del uso rutinario de drenajes abdominales luego de realizar colecistectomías. Autores como Glassman,² defienden fervientemente su uso rutinario para prevenir colecciones hemáticas o biliares por deslizamiento de la ligadura del conducto cístico, o provenientes de conductillos de Luschka inadvertidos durante la operación; otros, sin embargo, afirman que su uso no reporta ventajas y lo creen innecesario se basan en la

capacidad absortiva del peritoneo, la escasa cantidad de material recogido y los mayores índices de morbilidad relacionados con su uso.³⁻⁶

El advenimiento de la cirugía de mínimo acceso video asistida, ha esclarecido que ni la contaminación o inflamación en la zona quirúrgica, ni el sangrado, son indicaciones obligatorias de emplear drenajes, se limita su uso a menos del 1% de los casos operados con esta novedosa técnica.⁷

Motivados por esta polémica, e inclinados a no emplear drenajes en las colecistectomías de forma rutinaria, se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de caracterizar a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por alguna afección biliar litiásica, a los que no se les insertó drenaje en la fosa de Morinson luego del proceder quirúrgico y analizar la aparición de complicaciones relacionadas con el hecho de no emplear drenajes.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el universo de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente Martín Chang Puga de Nuevitas durante el período de enero 1999 a diciembre de 2002, en la muestra se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por afecciones biliares litiásicas a los que no se les colocó drenaje alguno en la cavidad peritoneal luego de practicársele colecistectomía o bypass biliodigestivo.

La información se extrajo de los expedientes clínicos de los pacientes. Los datos se vaciaron en un formulario que contenía las variables: edad, sexo, tipo de operación, diagnóstico operatorio, técnica empleada, complicaciones, estadía y egreso; luego se procesaron mediante el programa Microsoft Excel.

RESULTADOS

Entre enero de 1999 y diciembre de 2002 se intervinieron quirúrgicamente por afecciones biliares litiásicas, un total de 153 pacientes, en los que no se empleó ningún tipo de drenaje abdominal luego del proceder quirúrgico.

En la distribución de pacientes por sexo y grupos de edades se observó marcado predominio femenino con una relación de 2.5:1, así como del grupo de pacientes entre 15 y 45 años de edad (52, 94 %). (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución de pacientes por grupos de edades y sexo

Grupos de edades (Años)	Sexo		Total	%
	Femenino	Masculino		
15-45	62	19	81	52,94
46-59	23	12	35	22,88
60 y más	25	12	37	24,18
Total (%)	110(71,90%)	43(28,10%)	153	(100,00)

Fuente: Formulario

Con respecto al diagnóstico operatorio y la técnica quirúrgica empleada, se observó que el 64, 05 % de las intervenciones quirúrgicas fueron colecistectomías por litiasis vesicular; siguiendo en orden de frecuencia las colecistectomías por colecistitis aguda y otros procedimientos más complejos con apertura de vías biliares y bypass biliodigestivos, donde tampoco se emplearon drenajes. (Tabla 2)

Tabla 2. Distribución de pacientes por diagnóstico operatorio y técnica quirúrgica

Diagnóstico operatorio	Técnica quirúrgica	Total	%
Litiasis vesicular	Colecistectomía	98	64,05
Colecistitis aguda	Colecistectomía	31	20,26
Íctero obstructivo litiásico	Colecistectomía + coledocoduodenostomía	11	7,19
Colecistitis aguda + litiasis del Colédoco	Colecistectomía + coledocostomía con sonda en T	7	4,58
Litiasis vesicular + litiasis del Colédoco	Colecistectomía + coledocostomía con sonda en T	6	3,92

Fuente: Formulario

En nuestra serie se observó un 8, 50 % de complicaciones, fundamentalmente en la cirugía de urgencia. La complicación más frecuente fue la infección de la herida quirúrgica en nueve de los 13 pacientes. (Tabla 3)

Tabla 3. Tipo de cirugía y complicaciones

Tipo de cirugía	Operados	Complicados	%
Electiva	115	4	3,40
Urgente	28	9	23,98
Total	153	13	8,50

Fuente: Formulario

No se reportó ningún caso de colección subhepática, ni de peritonitis biliar. La mortalidad de la serie fue nula y la media de estadía postoperatoria fue tres y seis días, con un período entre dos y nueve días.

DISCUSIÓN

En 1898 Halsted expresó: Es mejor ningún tipo de drenaje, que el empleo ignorante de este. ¹ Hoy se conoce que la capacidad de evacuación del dren de Penrose, uno de los más usados de forma rutinaria en nuestro medio, se ve afectada por la posición, gravedad, diferencia de presiones y capilaridad, por lo que para lograr un drenaje efectivo, se precisa de un orificio de un diámetro que permita colocar por lo menos un dedo a través de todas las capas parietales hasta la cavidad peritoneal. ¹ Por otra parte, los tubos semirrígidos tienen una actividad similar al dren de Penrose y si no se colocan de forma adecuada, pueden horadar vísceras vecinas y sus agujeros pueden obturarse por superficies peritoneales, epiplón, coágulos, grasa u órganos adyacentes.

El predominio femenino en nuestra serie coincidió con varios estudios. ⁸⁻¹¹

En los estudios comparativos y aleatorios de Wilson, ¹¹ Jayasekera ¹² y Van der Linden, ¹³ donde se midió el fluido drenado y se efectuó seguimiento ultrasonográfico en tiempo real de las colecciones subhepáticas después de colecistectomías, se afirma que el uso rutinario de drenajes, no previene de forma efectiva esta eventualidad, que de forma general la cantidad de líquido drenada es despreciable, y que los drenajes abiertos proporcionan un riesgo potencial de complicaciones; aún mayor que cuando

no se drena la cavidad peritoneal. En el presente estudio no hubo morbilidad relacionada con el hecho de no emplear drenajes.

Estudios similares en Inglaterra ¹⁴ y Estados Unidos, ¹⁵ reportan índices variables de complicaciones, tanto intrabdominales, como de la herida quirúrgica, relacionados con el empleo de drenajes en pacientes colecistectomizados, principalmente con sistemas abiertos de drenaje. Por otra parte, se han informado casos de peritonitis biliar postoperatoria y muerte, con un drenaje correctamente colocado en el espacio subhepático. ³

CONCLUSIONES

De acuerdo a estos elementos y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en esta serie, se concluye:

1. Predominó el sexo femenino con una relación 2.5:1.
2. La gran mayoría de las intervenciones quirúrgicas fueron colecistectomías por litiasis vesicular.
3. No existieron complicaciones ni muertes relacionadas con la ausencia de drenajes.
4. La cirugía biliar en general y la colecistectomía a cielo abierto en particular, se efectuaron de forma segura y sin riesgo sin el empleo de drenajes abdominales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robert WR. Drenajes de las heridas abdominales. En: Zuidema G. Cirugía del aparato digestivo de Shackelford. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1993:408-11.
2. Glassman JA. Billiary tract surgery. New York: Macmillan Publishing;1989: 344-45.
3. Burt BM, Brown K, Jarnagin W, DeMatteo R, Blumgart LH, Fong Y. An audit of results of a no-drainage practice policy after hepatectomy. Am J Surg 2002; 184(5):441-5.
4. Memon MA, Memon B, Memon MI, Donohue JH. The uses and abuses of drains in abdominal surgery. Hosp Med 2002 ; 63(5):282-8.
5. Paquet JC, Dziri C, Hay JM, Fingerhut A, Zeitoun G, Suc B, et al. Prevention of deep abdominal complications with omentoplasty on the raw surface after hepatic resection. The French Associations for Surgical Research. Am J Surg 2000 ; 179(2):103-9.

6. Fallick JS, Farley DR, Farnell MB, Ilstrup DM, Rowland CM. Venting intraluminal drains in pancreaticoduodenectomy. *Am J Surg* 2000; 179(2):103-9.
7. Sepúlveda A, Lizana C. *Cirugía laparoscópica avanzada*. Santiago de Chile: Ed Vídeo Cirugía LTDA, 1997: 86.
8. Chow S, Bosco JJ, Heiss FW, Shea JA, Qaseem T, Howell D. Successful treatment of post-cholecystectomy bile leaks using nasobiliary tube drainage and sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(10): 1839-43.
9. Povoski SP, Karpeh MS Jr, Conlon KC, Blumgart LH, Brennan MF. Association of preoperative biliary drainage with postoperative outcome following pancreaticoduodenectomy. *Ann Surg* 1999 ;230(2):131-42.
10. Heslin MJ, Harrison LE, Brooks AD, Hochwald SN, Coit DG, Brennan MF et al. Is intra-abdominal drainage necessary after pancreaticoduodenectomy?. *J Gastrointest Surg* 1998; 2(4):373-8.
11. Wilson MC. Drainage after cholecystectomy. *Ann R Coll Surg Engl* 1980 ;62(4):308-9.
12. Jayasekera G. Is drainage necessary after cholecystectomy? *Ceylon Med J* 1993; 38(2): 80-2.
13. Van der Linden W, Gedda S, Edlund G. Sump drainage versus static drainage after cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152(6): 829-30.
14. Sarr MG, Parikh KJ, Minken SL, Zuidema GD, Cameron JL. Closed-suction versus Penrose drainage after cholecystectomy. A prospective, randomized evaluation. *Am J Surg* 1987; 153(4): 394-8.
15. Smith SR, Gilmore OJ. Surgical drainage. *Br J Hosp Med* 1985; 33(6): 308, 311, 314-15.

Recibido: 20 de octubre de 2002

Aprobado: 5 de abril de 2003

Armando Quintana Proenza. Especialista de I grado en Cirugía General. Hospital General Docente Martín Chang Puga Nuevitas. Camagüey. Cuba. E-mail: arqp@shine.cmw.sld.cu