

Colecistectomía laparoscópica. Informe de 1 100 pacientes operados

Laparoscopic cholecystectomy. Report of 1100 operated patients

Dr. José Luis Reguero Muñoz, Dr. Israel González Moya, Dr. Nelson Camacho Álvarez

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentan todos los resultados de los 1 100 pacientes operados mediante colecistectomía laparoscópica en el período de julio de 1996 a febrero de 1998 en el Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey. El 84, 2 % de los operados correspondió al sexo femenino. Se encontró el 80, 3% entre los 20 y 60 años de edad. La Hipertensión Arterial fue la enfermedad asociada con mayor frecuencia. El 98, 4 % de los pacientes fueron egresados antes de las 24 horas del postoperatorio. La conversión de cirugía abierta se realizó en el 0, 4 % de los operados. Las complicaciones se presentaron en el 0, 9 % y no existió mortalidad en nuestra casuística. Coincidimos con otros autores en las ventajas que ofrece este proceder mínimamente invasivo para el tratamiento operatorio de la litiasis vesicular.

DeCS: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA; VESÍCULA BILIAR.

ABSTRACT

The results of 1100 operated patients through laparoscopic cholecystectomy during the period from July, 1996 to February, 1998 at Manuel Ascunce Domenech Provincial Teaching Hospital of Camagüey are presented. The 84, 2% of the operated corresponded to the feminine sex. 80, 3% was found among 20 and 60 years-old. Arterial hypertension was the associated disease with higher frequency. The 98, 4% of patients were discharged before 24 hours of postoperative. The conversion to open surgery was performed in 0, 4% of the operated. Complications occurred in 0, 9% and there was not mortality in our case study. We agree with other authors in the advantages that this minimally invasive method offers to the operative treatment of the vesicular lithiasis.

DeCS: CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC; GALLBLADDER.

INTRODUCCIÓN

Desde que Johan August Langenbuch describió la primera colecistectomía en 1882 (1), el tratamiento operatorio de la vesícula biliar se ha efectuado mediante la cirugía abierta.

En 1987, Philippe Mouret en Francia realizó la primera colecistectomía laparoscópica (2), y se difundió posteriormente por el mundo este nuevo método quirúrgico mínimamente invasivo. En Cuba, los doctores Felipe Rodríguez García Tamarit realizaron la primera intervención de este tipo en Sancti Spiritus 1990 (3). A partir de julio de 1996 comenzó a realizarse en nuestro hospital este proceder operatorio.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar los resultados de los primeros 1 100 pacientes tratados mediante colecistectomía laparoscópica en el Servicio de Cirugía.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los pacientes operados mediante colecistectomía laparoscópica en el período de julio de 1996 a febrero de 1998, en el Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey.

Los pacientes operados mediante este proceder fueron diagnosticados por ultrasonografía como portadores de litiasis vesicular y que además tuvieran resultados normales de estudios funcionales y enzimáticos hepáticos. Otros

requisitos fueron: no poseer antecedentes de íctero, no tener dilatación de vías biliares en la ecografía ni grandes masas abdominales.

Los pacientes fueron operados por un equipo de tres cirujanos y la mayoría de las investigaciones fueron realizadas de forma electiva. En todos los casos se empleó anestesia general. Se colocó sonda nasogástrica antes de iniciar al acto quirúrgico y se retiró al terminar el mismo.

El neuroperitoneo se realizó con aguja de Verres, utilizándose insuflación automática de dióxido de carbono. Se emplearon cuatro trócares para el acceso a la cavidad abdominal.

Los pacientes ingresaron el mismo día de la intervención y egresaron generalmente en la mañana del siguiente día.

Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, enfermedades, incisiones abdominales previas, estadía postoperatoria, procedimientos quirúrgicos adicionales, tiempo operatorio, causa de conversión a cirugía abierta, complicaciones y mortalidad.

Todos los datos fueron recogidos de la encuesta que se confecciona a cada paciente al egreso, y fueron procesados manualmente. Los resultados se expresaron en tablas estadísticas; se utilizaron como medidas de resumen los porcentajes.

RESULTADOS

Fueron operados 1 100 pacientes portadores de litiasis vesicular, de los cuales 926 (84, 2 %) pertenecen al sexo femenino y 174 (15, 8 %) al masculino.

La Tabla 1 muestra la distribución por grupos etáreos, reflejándose que entre los 20 y 60 años se encuentra el 80, 3 % de los pacientes y el 18, 4 % pertenece al grupo de mayores de 60 años. En nuestra serie el paciente más joven fue de 15 años y el mayor de 91 años

Tabla 1. Distribución según grupos etáreos

EDAD	PACIENTE	%
Menos de 20	15	1,3
20 a 40	444	40,4
41 a 60	439	39,9
Mas de 60	202	18,4
Total	1100	100

Según se observa en la Tabla 2, la hipertensión arterial fue la enfermedad asociada que más se presentó, 241 pacientes (21,9 %) seguida de la cardiopatía en 180 pacientes (16,3 %). En este estudio el 43,4 % de los operados presentaban incisiones abdominales anteriores (478 pacientes), de los cuales 468 (42,5 %) estaban localizadas en hemiabdomen inferior y 10 (0,9 %) en hemiabdomen superior.

Tabla 2. Enfermedades asociadas

Enfermedades	Pacientes	%
Hipertensión Arterial	241	21,9
Cardiopatías	180	16,3
Asma Bronquial	79	7,1
Diabetes mellitus	42	3,8
Nefropatías	9	0,8

En la Tabla 3 se refleja la estadía postoperatoria. El 98,4 % de los pacientes fueron egresados antes de las 24 horas. El 7,6 % recibió el alta hospitalaria antes de las ocho horas del postoperatorio y sólo 18 operados, el 1,6 %, permaneció ingresado por más de 24 horas.

Tabla 3. Estadía Postoperatoria

Horas	Pacientes	%
Menos de 8	84	7,6
8 a 24	998	90,8
Más de 24	18	1,6
Total	1100	100

Al 4,8 % de los pacientes se les practicó un proceder quirúrgico adicional. A 26 (2,4 %) se le realizó lisis de bridas; salpingectomía parcial bilateral a 12 (1,1 %); ooforectomía a 4 (0,4 %); destechamiento de quistes hepáticos a 4 (0,4 %) y a otros cinco pacientes se les reparó una herida umbilical.

El tiempo quirúrgico osciló entre 15 y 160 minutos, con un tiempo promedio total de 32, 6 minutos.

En nuestra serie tenemos cuatro conversiones a cirugía abierta (0, 36 %) del total de operados. En la Tabla 4 se reflejan las causas que la motivaron.

Tabla 4. Causas de conversión a cirugía abierta

Causas	Pacientes
Colecistitis aguda de más de 72 horas	2
Fístula colecisto-duodenal con litiasis VBP	1
Adherencias firmes	1
Total	4

Se produjeron las complicaciones posoperatorias (0, 9 %) en igual número de pacientes (Tabla 5). En dos pacientes se detectó sangramiento a través del drenaje en las primeras horas del postoperatorio, en un caso procedente de un vaso del epiplón y en otro del orificio del trocar umbilical. La hemostasia en ambos se realizó laparoscópicamente.

Tabla 5. Complicaciones

Causas	Pacientes
Sepsis de herida	5
Sangramiento	2
Bilirragia	1
Lesion de VBP	1
Hernia Umbilical	1
Total	10

VBP: Vía Biliar Principal. **Fuente:** Encuesta

En un paciente se presentó bilirragia a través del drenaje, la que cesó espontáneamente en corto tiempo.

Cinco pacientes presentaron sepsis de la herida epigástrica y un paciente desarrolló una hernia umbilical.

Sólo un paciente requirió laparotomía al duodécimo día del postoperatorio por un coleperitoneo, en la cual se encontró una lesión del conducto hepático común.

No tuvimos mortalidad en nuestro estudio.

DISCUSIÓN

El amplio predominio del sexo femenino encontrado en nuestra serie, 84, 2 %, está en relación con la mayor frecuencia de litiasis vesicular en las mujeres, tal como se observa en otros estudios (4-6).

El rango de edad más afectado se encuentra entre los 20 y los 60 años, lo cual también coincide con la literatura mundial.

Las enfermedades asociadas encontradas no influyeron en la aparición de complicaciones por estas causas en ningún paciente.

Yu et al (8) reportaron que la cirugía previa del abdomen superior fue una contraindicación para la colecistectomía laparoscópica en su estudio de 193 pacientes, de los cuales 55 tenían cirugía abdominal previa y siete cirugía de hemiabdomen superior. Sustentan estos resultados en el hecho de que el trócar primario fue introducido por el método abierto.

Miller et al (9) realizaron 121 colecistectomías laparoscópicas en pacientes con antecedentes de cirugía abdominal y sólo uno de ellos requirió conversión al yeyuno; este paciente tenía cicatrices abdominales inferiores.

En nuestro trabajo, la presencia de cicatrices abdominales previas no causó ninguna complicación, ni siquiera en las situadas en el abdomen superior, por lo cual coincidimos también con Patel (10) en que ésta no es una contradicción para la colecistectomía laparoscópica.

Entre los beneficios de esta operación mínimamente invasiva se reporta la brevedad de la estadía hospitalaria, (4, 6, 11) lo cual fue confirmado en nuestro estudio para completar la operación con seguridad y no como complicaciones (12, 13). Estos autores consideran como factores de riesgo para conversión la edad avanzada, la obesidad, la experiencia del cirujano, el diagnóstico de colecistitis aguda y el antecedente de cirugía del hemiabdomen superior.

El por ciento de conversiones de las series revisadas oscila entre 1, 8 y 11 % (4, 5, 12-14). Nosotros hemos obtenido cifras muy inferiores de conversión a pesar de haber estado presentes los factores de riesgo reconocidos en la literatura.

La técnica laparoscópica no está exenta de complicaciones, aunque en nuestros pacientes sólo hemos tenido un 0, 9 %. Otras series, como la de Collet (5) reportan un 3, 3 % de complicaciones, Bonatso et al (16), también un 3, 2 % y Oropeza

Martínez (11) un 2, 7 %. En nuestro estudio no tuvimos mortalidad, aunque otros autores reportan de un 0, 2 a un 0, 6 %. (5, 11)

Coincidimos con otros trabajos (6, 11, 17, 18) al considerar que la colecistectomía laparoscópica fundamenta sus ventajas en la corta estadía hospitalaria, mejores resultados estéticos y reducida morbi-mortalidad.

CONCLUSIONES

En nuestra casuística predominó el sexo femenino (84, 2%) y el 80, 3% se encontraba entre los 20 y 60 años. La hipertensión arterial fue la enfermedad asociada más frecuente. El 43, 4 % de los operados presentaban incisiones abdominales previas. La estadía postoperatoria fue inferior a las 24 horas en el 98, 4 % de los pacientes. El tiempo quirúrgico promedio fue de 32, 6 minutos.

En nuestra serie se produjo un 0, 36 % de conversiones, inferior al reportado en la literatura revisada. Obtuvimos un bajo índice de complicaciones postoperatorias, 0, 9 %, también inferior a otras series. No tuvimos mortalidad en nuestro estudio.

Coincidimos con otros autores en las ventajas que ofrece la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento operatorio de la litiasis vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Langenbuch C. Ein fall von exstirpation der gallenblase wegen chronischer cholelithiasis-Heilung. Klin Wschr 1882; 19:725-728.
2. Mouret, P. First succesfull cholecystectomy. March 1987.Lyon, France. Am J Surg 1991; 161: 295-309.
3. Selman-Housein E. Cirugía Video-Laparoscópica. Rev SILAC 1994;2(1):6-9.
4. Bender JS, Zenilman ME. Immediate laparoscopic Cholecystectomy as definitive therapy for acute cholecystitis. Surg Endosc 1995; 9(10):1081-4.
5. Collet D. La cholécystectomic laparoscopique en 1994. Ann Chir 1996; 50(3):241-51.
6. Constant E, Janssen P, Nys JM, Fouly PE, Lemmes F, Hachez L, Hauters P. Prospective analysis of 192 consecutive cholecystectomies; a comparative study between laparoscopy and laparotomy. Acta Chir Belg 1995; 95 (6): 254-60.
7. Kate K, Kasai S, Matsuda M. A new technique for laparoscopic cholecystectomy. Retrograde laparoscopic cholecystectomy: an analysis of 81 cases. Endoscopy 1996; 28:356-59.
8. Yu SC, Chn SC, Wang SM, Wei T. Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? J Laparoendosc Surg 1994; 4:31-5.
9. Miller K, Holbling N, Hutter J, Junger J. Laparoscopic cholecystectomy for patients who had previous abdominal surgery. Surg Endosc 1993; 7:400-3.
10. Patel M, Smart D. Laparoscopic cholecystectomy and previous abdominal surgery: A safe technique. Aust N Z J Surg 1996; 66:309-II.

11. Oropeza Martínez R. Colectomía laparoscópica y colectomía abierta. Revisión de 600 casos. Rev. SILAC 1994; 2(1):10-18.
12. Lehotsk L, Hu Tan M. Reasons for conversion in laparoscopic cholecystectomy. Bratis lek Listy 1995; 96(9):496-8.
13. Wiebke EA, Pruitt AL Howard TJ. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. Surg Endosc 1996; 10:742-45.
14. Fried GM, Barkun JS, Sigman HH, Joseph L: Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1994; 167:35-41.
15. Beltramo M, Benossi G, Cazzniga M, Fraquelli M: Colectomía laparoscópica e laparotómica. Analisis delle complicazione. Minerva chir 1995; 50(7-8):629-31.
16. Bonatsos G, Leandros E. Laparoscopic cholecystectomy. Intraoperative findings and postoperative complications. Surg Endosc 1995; 9(8):889-93.
17. Mäkinen AM, Nordback I. Cholecystectomy: Comparison of minilaparotomy and laparoscopy. Int Surg 1995; 80(2):99-101.
18. Shea J. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 1996; 224(5):609-620.

Dr. José Luis Reguero Muñoz

** Especialista deI Grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía
Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.*