

Trabajo Original

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Colecistectomía por técnica de mínimo acceso. Hospital Provincial de Sancti Spiritus. Febrero 1999.

Dr. Alberto Fonseca Macias¹, Est. Yolepsys Quintero Fleites², Ernesto Sanchez Periu², Ledisvey Reyes Almeida², Dr. Orlando Rodríguez Martínez³, Lic. Marisney López Pérez⁴

Especialista de 1^{er} grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Sancti Spíritus. Cuba ¹
Estudiantes de medicina FCMSS ²
Especialista de 2^{do} grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar ³
Licenciada en enfermería⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal en pacientes que fueron colecistectomizados por técnica de mínimo acceso con incisión vertical en el Hospital Provincial Clínico Quirúrgico de Sancti Spíritus a partir de Febrero de 1999, con el objetivo de determinar la efectividad de la colecistectomía por técnica de mínimo acceso en pacientes operados de afecciones de la vesícula biliar, apareciendo que el sexo femenino resultó mayoritariamente afectado por la patología de la vesícula biliar (86,34%), fundamentalmente los grupos etáreos de 31-45 y 46-60 años de edad. El 76,65% de los pacientes fueron intervenidos con anestesia espinal en un tiempo menor de 60 minutos para el 92,96% de los enfermos; sólo el 2,34% de La muestra presentó complicaciones a pesar de que la mayor parte de los pacientes fueron intervenidos por cirujanos más jóvenes (61,32%). Pudimos apreciar que de los 256 pacientes intervenidos en 232 (90,62%) se logró realizar la colecistectomía por una incisión entre 3-5 cm, mientras que sólo fue necesario ampliar la incisión en 3 pacientes (1,17%). Sólo se reportó una complicación transoperatoria lo cual consistió en una quemadura con el electrocauterio de un asa intestinal por lo que fue necesario reintervenir a la paciente. El 93,75% de los pacientes fueron egresados antes de las 24 horas de haber sido operados y sólo 2 pacientes (0,72%) necesitaron ingresos por más de 72 horas por complicaciones.

DeCS: COLECISTECTOMIA, LAPARASCOPICA

SUMMARY

We made a descriptive prospective cross-sectional study in patients that were colecystectomized by a minimum access technique with a vertical incision in the Provincial Clinical Surgical Hospital of Sancti Spíritus starting from February of 1999, with the objective of assessing the effectiveness of colecystectomy by a minimum access technique in patients operated on affections of the gall bladder. The results show that the female sex was for the most part affected by the pathology of the gall bladder (86.34%), fundamentally the age groups of 31-45 and 46-60 years of age. 76.65% of the patients was operated with spinal anesthesia in less than 60 minutes for 92.96% of the patients. 2.34% of the sample only presented complications although most of the patients was operated by younger surgeons (61.32%). We could appreciate that of the 256 patients operated in 232 (90.62%) the colecystectomy could be made by an incision of 3-5 cm, while it was only necessary to enlarge

the incision in 3 patients(1.17%). Only a transoperative complication was reported which consisted of a burn of an intestinal loop with the electrocautery , therefore it was necessary to reoperate the patient. 93.75% of the patients were discharged before 24 hours postoperation and only 2 patients (0.72%) needed admissions for more than 72 hours due to complications.

MeSH: CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC

INTRODUCCIÓN

Las afecciones de las vías biliares constituyen la segunda causa de intervenciones quirúrgicas en todas las partes del mundo. En Cuba y en la provincia de Sancti Spíritus, no están al margen del incremento de las operaciones sobre las vías biliares, siendo la etiología más frecuente las litiasis^{1,3,4,5}.

En el año 1882 el Dr. Johan August Langenbuch descubrió la primera colecistectomía y no hay dudas que ese es el tratamiento ideal para el manejo de las litiasis vesiculares.

Múltiples han sido los trabajos realizados para perfeccionar la técnica de la colecistectomía, lo cual se ha venido realizando tradicionalmente por medio de incisiones amplias en el abdomen. A partir del año 1985 en que E. Muhe⁶ realizó la primera colecistectomía en el humano, se ha rehabilitado el interés por dicha técnica, debido a las ventajas como técnica y para el paciente sobre el procedimiento tradicional.

En Cuba se realizó la primera colecistectomía laparoscópica en 1990 en Sancti Spiritus⁶, a partir de ese momento se han entregado en diversos hospitales servicios para ese tipo de intervención.

A pesar de ello en la provincia no se ha continuado este método debido a la carencia de recursos como la fuente de luz, electrocauterio, equipos de video laparoscopia y grapadoras. Tal situación ha motivado a realizar colecistectomía por mínimo acceso tratando de obtener resultados similares a los reportados por la técnica de video laparoscópica lo redundara en una optimización de la atención a los pacientes al disminuir el índice de complicaciones, estadía hospitalaria, costos hospitalarios y una rápida recuperación del enfermo con satisfactorios resultados estéticos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza revisión de expedientes clínicos de los 148 pacientes mayores de 15 años colecistectomizados por cirujanos de dos grupos básicos de trabajo del hospital provincial de Sancti Spíritus en febrero de 1999, mediante la técnica de mínimo acceso por incisión vertical.

Todos los pacientes fueron portadores de afecciones de las vías biliares (litiásicas y alitiásicas), se intervinieron de forma electiva y con anestesia regional o general.

El ingreso se realizó el día previo a la intervención, realizando la misma en el transcurso de la mañana y el mediodía, utilizando la iluminación y el electrocauterio para las demás intervenciones. El levine se retira inmediatamente de terminada la intervención, a las 6 horas siguientes se inicia la movilización, eliminamos la hidratación parenteral así como administramos líquidos por vía oral. Al día siguiente se autoriza el alta con régimen dietario liviano y control a los 7 días.

Se realiza incisión para mediana derecha entre 3-5cm, se aborda la cavidad de forma transrectal y se procede a la colecistectomía de la forma habitual a la colecistectomía tradicional.

Las conversiones parciales se consideran cuando es necesario extender la incisión entre 5 y 8 cm, las incisiones mayores se excluyen del trabajo.

De los datos obtenidos de los expedientes clínicos se llenaron encuestas, se confeccionaron tablas y se procesaron los datos manualmente para exponer resultados porcentuales y emitir conclusiones.

RESULTADOS

Tabla 1: El sexo femenino resultó mayoritariamente afectado por la patología de la vía biliar (86,32%), fundamentalmente los grupos etáreos entre 31-45 y 46-60 años de edad.

Tabla 2: Encontramos que el 76,56% de los pacientes fueron intervenidos con anestesia espinal en un tiempo menor de 60 minutos para el 92,96% de los enfermos.

Tabla 3: Solo el 2,34% de la muestra presentó complicaciones a pesar de que la mayor parte de los pacientes fueron intervenido por cirujanos más jóvenes (61,32%).

Tabla 4: De los 256 pacientes intervenidos, en 232 (90,62%) se logró realizar la colecistectomía por incisión entre 3-5cm, mientras que solamente fue necesario ampliar la incisión en solo 3 pacientes (1,17%). Solo se reportó una complicación transoperatoria lo cual consistió en una quemadura con el electrocauterio de un asa intestinal por lo que fue necesario reintervenir a la paciente.

Tabla 5: El 93,75% de los pacientes fueron egresados antes de las 24 horas de haber sido operados y solo dos pacientes (0,72%) necesitaron ingresos por más de 72 horas por complicaciones.

DISCUSIÓN

La edad promedio para los pacientes se inclinó entre 31-60 años, coincidiendo con estudio realizado por Saltestein donde la edad promedio de 40,4 años por edad con un mínimo de 10 y un máximo de 96 años⁷.

Otros reportan series sobre los 50 años de edad⁸.

Respecto al sexo la distribución de enfermos mostró un predominio del sexo femenino, coincidiendo con lo informado en otras estadísticas reportadas^{9,10,11}.

La colecistectomía en la mayoría de los pacientes se pudo realizar en un tiempo menor de 60 minutos, de lo cual se deduce que es posible realizar con cualquier tipo de anestesia, lo cual no es posible con la cirugía abierta o la colecistectomía laparoscópica.

En la disminución del tiempo quirúrgico tiene mucho valor la no realización de la colangiografía transoperatoria², lo cual se logró al realizar una correcta selección del paciente y excluir aquellos con antecedentes de ictericia o de procesos inflamatorios vesiculares a repetición, así como los pacientes portadores de microlitiasis u obesidad marcada. Sin embargo el colangiograma transoperatorio puede ser realizado a través de dicha incisión, el mismo tiene dos objetivos: primero, esclarecer los detalles anatómicos del tracto biliar principal, determinando su longitud, localización del conducto cístico, así como su unión con el hepático y las posibles anomalías congénitas. En segundo lugar, descubrir posibles cálculos silentes en el colédoco^{8,13}. Por tal motivo nunca se debe prescindir de el en caso de dudas.

Algunos autores reportan tiempo quirúrgico para la minilaparotomía de 25-70 min. Con medio de 52 min¹⁴. En otros estudios se hacen referencia al tiempo necesario para la colecistectomía laparoscópica es 10 min. mayor con relación a la minilaparoscopia debido a que se necesita un

tiempo adicional en la introducción de los instrumentos mientras que en la última solo basta con un ayudante que se limite a mantener abierta la incisión.

La utilización de grapadoras reduce el tiempo quirúrgico significativamente, en el medio en que se desarrolla este trabajo no se cuenta con estos instrumentos por los altos costos de los mismos.

En este estudio se cuenta con la participación de médicos especialistas dado que existe relación directa entre la iatrogenia durante el acto quirúrgico y la experiencia del cirujano.

Los cirujanos deben tener bajo umbral para convertir la operación en colecistectomía abierta, siempre que se pueda poner en peligro la vida del paciente^{13,17}, independientemente de ello en esta serie predominó la intervención por parte de los cirujanos menos experimentados y no fue significativo la aparición de complicaciones.

Solamente se presentaron 6 complicaciones de las cuales uno se produjo por lesión de un asa intestinal con el electrocauterio por lo que fue necesario reintervenir a la paciente. El resto de las complicaciones aparecieron en el período postoperatorio y consistieron en un coleperitoneo por conducto biliar aberrante así como 3 hematomas y una sepsis de la herida quirúrgica.

En la bibliografía revisada encontramos como principales complicaciones de la cirugía laparoscópica y minicolecistectomía las lesiones de los conductos biliar principal, hemorragias y lesiones por quemaduras con el electrocauterio. Los estimados de los serios daños (lesiones) pueden ser aproximadamente 15 veces más que lo observado en una colecistectomía abierta¹⁸.

Las complicaciones transoperatorias pueden ser diagnosticadas rápidamente pero de no ser posible, se diagnostican clínicamente en el postoperatorio o por complementarios ultrasonido diagnóstico (USD) y tomografía axial computarizada (TAC) lo cual empeora el pronóstico del paciente.

Otras de las complicaciones reportadas en las bibliografías son los cálculos retenidos en el colédoco por lo que resulta necesario realizar complementarios indispensables en el preoperatorio, se le da gran importancia a la colangiopancreatografía retrograda endoscópica para el diagnóstico de litiasis coledociana, que pueden aparecer entre el 9-16 % de los pacientes con litiasis vesicular¹².

Si se diagnostican en el preoperatorio pueden ser eliminados por esfinterotomía y luego proceder a realizar colecistectomía por técnica de mínimo acceso o laparoscopia.

Hubo franco predominio de la incisión entre 3 –5 cm, para algunos autores la incisión oscila entre 7-9,5 cm¹⁴. Es posible realizar incisiones pequeñas con resultados estéticos satisfactorios, incluso en pacientes obesos pero es necesario mantener una buena iluminación¹⁴.

La calidad del postoperatorio de la minicolesistectomía es superior a la de colecistectomía convencional y similar a lo descrito para la colecistectomía laparoscópica¹⁹.

El costo hospitalario de la colecistectomía laparoscópica es mucho mayor al de la minicolecistectomía y colecistectomía tradicional por razones de equipamiento y también en materia de insumo⁹, por tal motivo se considera la minicolesistectomía como la mejor de las alternativas actuales⁹ con una estadía hospitalaria postoperatoria mínima de 1,2-1,5 días. Para otros la estadía es de 2,6 días^{14,20}.

En este estudio se observó una estadía menor de 24 horas lo cual se corresponde con los datos reportados por otros autores.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes pertenecen al sexo femenino con las edades comprendidas entre 31 y 60 años. La anestesia espinal resultó suficiente para la mayoría de las colecistectomías realizadas en un tiempo menor de 60 min. No se relacionó la aparición de complicaciones transoperatorias con la experiencia de cirujanos. La incisión entre 3-5 cm fue apropiada para la colecistectomía en la mayoría de los pacientes al igual que en el egreso antes de las 24 horas. Se reportaron complicaciones en solo el 4.05% de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Piriz M.A, Suárez Salazar I.D, Ponz V.A: Cirugía de la vía biliar principal. Rev. Cub. Cir. 1994; 33(1-2): 10-14.
2. Altila C.J; et al: Mortalidad de la cirugía biliar en Chile en 1990. Estudio Cooperativo de 17 hospitales. Rev. Med. Chile 1993.121: 937-42.
3. Norhfwold D.L: Colecistitis Crónica y Colelitiásis. En: Tratado de patología quirúrgica D.C. Sabiston. Interamericana 13ra ed. México, 1998: 163-70.
4. Jiménez C. A ; Reyes C.J: Coledocodoudenostomía latero-lateral: Modificación técnica. Rev. Cub. Marzo-Abril 1990. 29(2):284-285.
5. Rodríguez V. C; de Arma F .J: Muñón cístico residual Rev. Cub. Cirugía enero-febrero 1990: 29(1):96-103.
6. Selman-Housein A. G: Cirugía video laparoscopia. SILAC 1994. 2(1) 6-9.
7. Weber A.N; Bloom P; Ayan T.R; Larry S.L laparoscopic cholecystectomi diuring pregnancy. Obstetric. Gynecologi. November: 1991;78(5). Part(2):958.
8. Periceat J;Collect D;Bellierd R: Laparoscopic surgery for gall blader stones. Annals of medicine. 1991:23:233-236.
9. Aguirre B.R;Ramos D.G; Cousin L: Minicolecistectomia los primeros noventa casos. Acta médica peruana enero-marzo 1992. vol XVI. No.1:48-53.
10. Cacaes R.M: Colecistectomía laparoscópica. Colangiograma operatorio. Uso del rayo láser. Rev.Med.Hond.1992;60:96-101.
11. Shirmer B.C: et. al:laparoscopic cholecistectomic. Annals of surgery: Jun 1991; Vol 213(6):665.
12. Peteln J.B: Laparoscopic approach to common duct pathology the American Journal of surgery. April 1993; Vol 165:487-491.
13. Branum N.D et. al:Management of major billary complication after laparoscopic cholecistectomi annals of surgery. May 1993; 217(5):532-41.
14. De Oliveira R. L. C: Minilaparotomía en cirugía de vías biliares. Rev. Med. Panamá; Julio-Dic 1993; 50(3,4):10-12.
15. Berthelot G;Levard W: Coelioscopic cholecistectomic: Presse Med. 1989; 18: 980-982.
16. Dubois F et. al:Coelioscopic cholecistectomy. Ann. Surg. 1990.211:60-62.
17. Res. A.M: et. al: Espectro y manejo de complicaciones mayores de colecistectomía laparoscópica. The American journal surgery. June 1993; 165:655-662.
18. Bernard H .R. Hartman T. W: Complicaciones después de la colecistectomía laparoscópica. The American Journal of surgery. April 1993; 165:533-535.
19. Lizana C: Colecistectomía por videos laparoscopia en 250 casos. Rev. Chil. Cir.1991;43:285-291.
20. Shaltztein. EC. et. al:Twenty four hours.Hospitalization after cholecistectomy.Surgery Gynecology Obstetrics.Nov.1991;173:370-373.

ANEXOS

Tabla 1: Distribución de pacientes según grupos etareos y sexo.

Grupos etareos	SEXO				TOTAL	%
	MASCULINO		FEMENINO			
	No.	%	No.	%		
15-30	13	5.07	58	22.6	71	27.73
31-45	8	3.12	76	29.68	84	32.81
46-60	12	4.68	63	24.6	75	29.29
Mas de 60	2	0.78	24	9.37	26	10.15
Total	35	13.67	221	86.32	256	100

Fuente: Planilla de recolección de información.

Tabla 2: Distribución de pacientes según anestesia y tiempo quirúrgico.

Tipo de anestesia	Tiempo quirúrgico						Total	%
	Hasta 60 min.		De 61 a 90 min.		Mas de 90 min.			
	No.	%	No.	%	No.	%		
General	37	14.45	7	2.73	-	-	44	17.18
Espinal	188	73.43	8	3.12	-	-	198	76.58
Peridural	13	5.07	3	1.17	-	-	16	6.25
Total	238	92.96	18	7.03	-	-	258	100

Fuente: Planilla de recolección de información.

Tabla 3: Distribución de pacientes según complicaciones y experiencia del cirujano.

Experiencia Quirúrgica	Presencia de complicaciones				Total	%
	SI		NO			
	No.	%	No.	%		
Hasta 5 años	4	1.58	153	58.76	157	61.32
Más de 5 años	2	0.78	97	37.89	99	38.67
Total	6	2.34	250	97.65	256	100

Fuente: Planilla de recolección de información.

Tabla 4: Distribución de pacientes según tamaño de incisión y presencia de complicaciones transoperatorias.

Tamaño de incisión	Presencia de complicaciones transoperatorias				Total	%
	SI		NO			
	No.	%	No.	%		
Menos de 3 cm	1	0.39	20	7.81	21	8.2
De 3-5cm	5	1.95	227	88.67	232	90.62
Más de 5cm	-	-	3	1.17	3	1.17
Total	6	2.34	250	97.65	258	100

Fuente: Planilla de recolección de información.

Tabla 5: Distribución de pacientes según estadía hospitalaria.

Estadía Hospitalaria	No.	%
Menos de 24 hr	240	93.75
De 24-48 hr	12	4.68
De 49-72 hr	2	0.78
Más de 72 hr	2	0.78
Total	265	100

Fuente: Planilla de recolección de información.