

---

# Colecistectomía laparoscópica 10 años de experiencia en el Hospital “Naval Guayaquil”.

## Laparoscopic cholecystectomy 10 years of experience in Guayaquil Naval hospital.

René Mendoza Merchán\*  
Miguel Lamota Mejía\*\*  
Manuela Cifuentes Y.\*\*

---

### RESUMEN

**Introducción:** la colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más frecuentes desde 1980 a nivel mundial; con un estudio en el hospital “Naval Guayaquil” en un período de diez años, mostrando los resultados de esta técnica con lo que pretendemos dar una visión de su impacto en nuestro medio. **Materiales y métodos:** realizamos la revisión de 1.067 historias clínicas de pacientes intervenidos por colecistectomía laparoscópica, desde el 1 de septiembre de 1995 al 30 de septiembre de 2005. Se constataron las distintas variables y se compararon con los resultados de publicaciones similares por medio de: promedios, porcentajes y frecuencias. **Resultados:** la edad promedio de los pacientes fue de 48.38 años. Las mujeres fueron intervenidas en un 71.42% y los hombres en un 28.58%. El diagnóstico de ingreso predominante fue la colelitiasis, con el 78.35%. El hallazgo ecográfico más frecuente fue litiasis vesicular múltiple con 63.64%. El tiempo quirúrgico promedio fue de 02H13 y el promedio de estadía hospitalaria de 4.16 días. Los diagnósticos histopatológicos más frecuentes fue la colecistitis crónica litiásica (63.07%). Las complicaciones quirúrgicas y la tasa de conversión se presentaron en un 9.84% y 4.59% respectivamente. **Discusión:** en este estudio se observaron datos similares y otros llamativamente distintos cuando se compararon los resultados con otros referentes bibliográficos nacionales y del extranjero. **Conclusiones:** la mayoría de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fueron mujeres. El tiempo operatorio y la estadía hospitalaria se mantienen brevemente prolongados en relación a otras series. Las complicaciones, reingresos, reintervenciones y tasa de conversión también dieron cifras comparables a la de otros trabajos. En resumen este trabajo nos permite aseverar que esta técnica quirúrgica es una de las principales utilizadas en nuestro medio.

**Palabras clave:** Colecistectomía laparoscópica. Cirugía general. Videolaparoscopia. Colelitiasis.

### SUMMARY

**Background:** laparoscopic cholecystectomy is one of the most frequently performed operations worldwide since 1980, so we are carrying out a revision of laparoscopic cholecystectomies made within a 10-year period, showing the results of the technique employed in the laparoscopic cholecystectomy, trying to give a vision of its significance in our environment. **Methods:** a retrospective and transversal auditing was made in a group of 1067 clinical histories of patients operated through laparoscopic cholecystectomy from September 1<sup>st</sup>, 1995 to September 30<sup>th</sup>, 2005. The data of different variables were checked and the results of similar studies were compared. **Results:** the average age of patients was 48.38 years old. Women were operated in a 71.42% and men in a 28.58%. The admission diagnostic was cholelithiasis in a 78.35%. The most frequent echographic finding was multiple gallstones in a 63.64%. The average surgery time was 02H13 and the perioperative recovery was 4.16 days. The most frequent histopathologic diagnoses were chronic lithic cholecystitis with a 63.07%. The rates of surgical complications and conversion were 9.84% and 4.59% respectively. **Discussion:** In this appreciation similar and different data were observed when national and foreign trials were compared. **Conclusions:** Most people on whom laparoscopic cholecystectomy was practiced were women. The surgery time and perioperative recovery were increased compared to other trials. The rates of intraoperative complications, hospital readmission, reoperation and conversion were very similar to others obtained in other institutions.

**Key words:** Laparoscopic cholecystectomy. General surgery. Videolaparoscopy. Cholelithiasis.

---

\* Cirujano General Laparoscopista, Servicio de Cirugía General, hospital Naval – Guayaquil, Ecuador.

\*\* Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

## Introducción

El primer informe de colecistectomía laparoscópica fue presentado en Alemania, en septiembre de 1985, por el doctor Erich Muhe, el cual no logró su aprobación por parte de la comunidad médica en esa época<sup>1</sup>. Philippe Mouret, francés quien en 1987, realizó según otros autores la primera colecistectomía vía laparoscópica, incentivó a los cirujanos Dubois y Perisat a desarrollar una técnica independiente para la realización de colecistectomía laparoscópica, la que a partir de 1988, logró cada vez más auge<sup>3,5</sup>.

En nuestro país, en la ciudad de Quito por el mes de marzo de 1991, el doctor Gastón Guerra Plaza, cirujano ecuatoriano residente en Kansas-EEUU, realiza la primera colecistectomía laparoscópica demostrativa en la clínica Internacional de esa ciudad. El 31 de julio de 1991 los doctores Manolo Cortez Uquillas y Ricardo Carrasco Andrade, realiza la primera colecistectomía laparoscópica registrada en la Clínica Pichincha. En Guayaquil por los mismos años y por referencia de cirujanos de la localidad, existen algunos grupos que iniciaron la colecistectomía laparoscópica en esta ciudad, entre ellos los doctores Jorge Carvajal, Ignacio Hanna, Carlos Estéves. En el hospital "Naval Guayaquil" se realiza la primera colecistectomía laparoscópica el 13 de abril de 1993 con gran suceso, pese a todas las limitaciones, a cargo del doctor Jorge Carvajal Andrade. Y luego más tarde los doctores Víctor Hugo Viera, Arturo Espinoza, Milton Altamirano y Max Coronel, siguen utilizando la laparoscopia para tratar las enfermedades de la vesícula biliar.

La videolaparoscopia ha demostrado ser el método de elección para la colecistectomía y las indicaciones se han ampliado a casi cualquier forma clínica de colelitiasis, operándose actualmente hasta los casos más complejos. El objeto de estudio de numerosos trabajos que a diario se publica a nivel mundial presenta una serie de ventajas sobre la cirugía abierta, como son: menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, con retorno precoz a las actividades cotidianas y un mejor resultado estético; también ha significado, un menor número de complicaciones de la herida quirúrgica (infección, hematoma, hernia incisional)<sup>1,2,3,4,5,7,13</sup>.

La ausencia de herida quirúrgica abdominal grande, minimiza el trauma quirúrgico, y evita una gran exposición de los tejidos; de esa manera, serán menores los requerimientos de líquidos trans y postoperatorios. Son de esperar una menor pérdida sanguínea, menor edema tisular y visceral, y la preservación del peristaltismo por la menor manipulación intestinal<sup>2,3,4</sup>. Estas ventajas objetivas de la cirugía laparoscópica, serían el resultado de una serie de ventajas a escala biológica, debido a menores alteraciones homeostáticas (endocrinas y metabólicas), y a la minimización de la reacción inflamatoria e inmunitaria. Profundizar en el conocimiento de estas reacciones biológicas es básico para argumentar las ventajas de la laparoscopia en patologías que pudieran beneficiarse claramente de una menor reacción inflamatoria y sobre todo, de la preservación del sistema inmune<sup>2,10,15,20</sup>.

La colecistectomía laparoscópica<sup>1,7,13,16,18</sup>, permite tratar diferentes patologías que afectan a la vesícula biliar, logrando un abordaje a través de la pared abdominal previa anestesia general e insuflación con dióxido de carbono, por medio de la introducción de trócares, que logrará colocar a través de ellos, una fibra óptica conectada a una cámara y a un emisor lumínico que localizará la vesícula biliar y a su pedículo vascular al igual que al conducto cístico. También, permitirá el acceso de diversos instrumentos de tipo cortante y hemostáticos para poder extirpar la vesícula biliar previa ligadura de la arteria y conducto cístico. Además desde que Mirizzi describió por primera vez la primera colangiografía transoperatoria en 1932 el tema ha evocado un interés considerable. En años recientes el debate se ha centrado en si la colangiografía debe realizarse en forma rutinaria o de manera selectiva<sup>6,11</sup>.

En síntesis, este trabajo tiene como objetivo comparar datos obtenidos en nuestra investigación con los de estudios similares realizados en diversas partes del mundo.

## Materiales y métodos

Estudio de una serie de casos, durante el período comprendido entre el 1 de septiembre de 1995 al 30 de septiembre de 2005, sometidos a colecistectomía laparoscópica en el servicio de Cirugía General del hospital "Naval Guayaquil".

Para el estudio, se tomaron en forma secuencial un total de 1.115 expedientes; no se incluyeron 48 (4.3%), por no contar con los datos necesarios.

En consecuencia el universo es 1.067 historias clínicas.

Se estudiaron la siguientes variables: sexo, edad, diagnósticos de ingreso, egreso, e histopatológicos; hallazgos ecográficos, duración de la cirugía (horas y minutos), estadía hospitalaria (días), complicaciones quirúrgicas, reintervenciones, conversión a cirugía abierta y causas de la misma.

En cuanto a la duración de la cirugía, se obtuvo el tiempo en minutos del protocolo de anestesia. La estancia hospitalaria se recogió de una planilla que detallaba día de ingreso y egreso del hospital Naval.

En relación con las complicaciones, se incluyeron las alteraciones del curso postoperatorio ideal, con o sin repercusión clínica sobre el paciente; aunque no requerían investigaciones o medidas terapéuticas adicionales. El período de complicaciones comprendía los 30 días siguientes a la intervención.

Comparamos nuestros resultados obtenidos con los de publicaciones similares que se consignan en la bibliografía nacional y mundial.

Los datos fueron trabajados en una tabla de tipo Excel, al igual que los cuadros.

## Resultados

Se recolectaron un total de 1.067 historias clínicas, tabla 1, de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica, en las que revisamos sus exámenes preoperatorios, record operatorio, anestésico y epicrisis, obteniéndose los siguientes datos: la edad, tabla 3, promedio de los pacientes fue de 48.38 años (con un rango de 14 – 85 años).

El 26.62% de pacientes correspondió al grupo de edad comprendido entre los 30 y 40 años; en segundo lugar correspondió al grupo de 40 – 50 años, con un 18.84%; es importante recalcar que el grupo de edad entre los 60 – 70 años constituyó el 16.96%; el menos numeroso fue el de menores de 20 años con el 1.87%. En cuanto a su

distribución por sexo, el 71,42% fueron mujeres y el 28.58% fueron hombres, con una relación M/H = 2,5/1, que está en relación con los datos publicados a nivel mundial que son de 3/1, tabla 2.

**Tabla 1**  
**Colecistectomías laparoscópica por año**

Año	Nº Colecistectomías laparoscópicas	%
1993	7	0.66%
1995	26	2.44%
1996	85	7.97%
1997	117	10.97%
1998	96	9.00%
1999	105	9.84%
2000	102	9.56%
2001	106	9.93%
2002	104	9.75%
2003	118	11.06%
2004	110	10.31%
2005	91	8.53%
<b>Total</b>	<b>1067</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

**Tabla 2**  
**Resultados generales de la investigación**

Parámetros	Frecuencia	%
Varones	762	71.42%
Mujeres	305	28.58%
Laparotomías previas	120	11.25%
Complicaciones operatorias	105	9.84%
Conversión a laparotomía	49	4.59%
Tiempo quirúrgico-medio	02h13	
Días de hospitalización-medio	4,16 días	

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

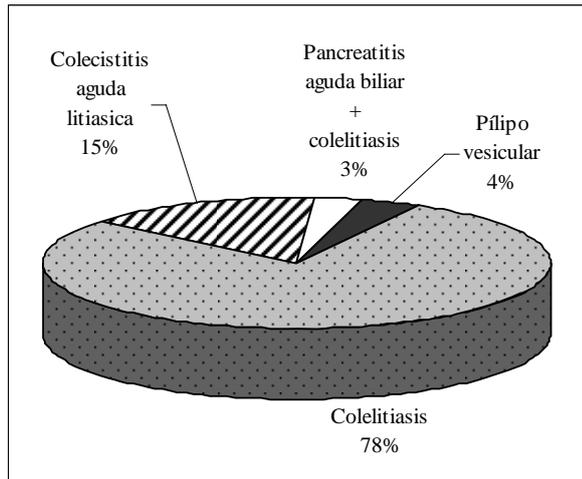
**Tabla 3**  
**Edad**

Edad	Frecuencia	%
11 - 20	20	1.87%
21 - 30	102	9.56%
31 - 40	284	26.62%
41 - 50	201	18.84%
51 - 60	179	16.78%
61 - 70	181	16.96%
71 - 80	92	8.62%
81 - 90	8	0.75%
<b>Total</b>	<b>1.067</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

El motivo de ingreso, gráfico 1, el 78.35% ingresaron con diagnóstico de colelitiasis por cirugía programada; el 14.90% ingresó por emergencia con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica; cabe recalcar que el 3.58% ingresó con diagnóstico de pólipo vesicular como cirugía programada.

**Gráfico 1**  
**Motivo de ingreso**



Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

A todos los pacientes se les realizó estudio ecográfico abdominal, tabla 4, de los cuales el 61.48% se encontró litiásis vesicular múltiple, 13.40% con signos ecográficos de colecistitis aguda y el 3.56% se encontró pólipo vesicular.

**Tabla 4**  
**Hallazgos ecográficos**

Diagnóstico ecográfico	Frecuencia	%
Barro biliar	8	0.75%
Microlitiasis	58	5.44%
Litiasis múltiple	656	61.48%
Colecistitis aguda litiásica	143	13.40%
Colecistitis aguda alitiásica	12	1.12%
Cálculo único	152	14.25%
Pólipo vesicular	38	3.56%
Total	1.067	100.00%

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

Las enfermedades concomitantes, tabla 5, merece mención especial porque como se presenta en los resultados posteriores, son las que determinaron una larga estancia hospitalaria; destacaron la hipertensión arterial con 9.93%, las enfermedades endócrinas (diabetes e hipotiroidismo) con 4.31% y la pancreatitis aguda biliar, con 2.25%.

**Tabla 5**  
**Enfermedades concomitantes**

Enfermedades previas	Frecuencia	%
Cardiacas	4	0.37%
Respiratorias	5	0.47%
Endócrinas	46	4.31%
Hipertensión arterial	106	9.93%
Pancreatitis aguda	24	2.25%
Hernia umbilical	44	4.12%
Hernia inguinal	28	2.62%
Obesidad	20	1.87%
Dislipidemias	16	1.50%
Cirrosis hepática	11	1.03%
Litiasis renal	14	1.31%
Otras	4	0.37%
Total	322	30.18%

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

El tiempo quirúrgico promedio fue de 02H13, con un rango entre 45 minutos y 05H10. Estas diferencias observadas en la duración de la intervención dependió de la causa que la motivó, tabla 2; por ejemplo se debió corregir durante el acto quirúrgico casos de hernia umbilical (4.12%), hernia inguinal (2.62%), y una hernia incisional. El tiempo promedio de estancia hospitalaria, fue de 4.16 días, con un rango de entre 2 y 52 días, estas diferencias son debidas a la causa que motivó la cirugía, con los hallazgos intraoperatorios encontrados y su larga estancia hospitalaria, tabla 6.

**Tabla 6**  
**Motivos de mayor estancia hospitalaria**

Causa	Casos	%
Colecistitis aguda	213	19.96%
Conversión	49	4.59%
Íleo postoperatorio	2	0.19%
Neumopatía	12	1.12%
Afecciones cardiovasculares	110	10.31%
Dolor importante	12	1.12%
Pancreatitis aguda biliar	24	2.25%
Reintervenciones	6	0.56%
Total	428	40.11%

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

En cuanto a las complicaciones, éstas se presentaron en un porcentaje de 9.84%, tabla 7, donde observamos que la mayoría fueron perforaciones minúsculas de la vesícula durante su despegamiento del lecho hepático; en algunas ocasiones con caídas de cálculos a la cavidad, los cuales fueron extraídos en su totalidad y realizada la limpieza respectiva; esto en un 4.87% de casos;

el 1.22% presentó sangrado en los puertos de acceso; en dos oportunidades tuvieron que ser reintervenidos y el 1.12% presentó dolor significativo.

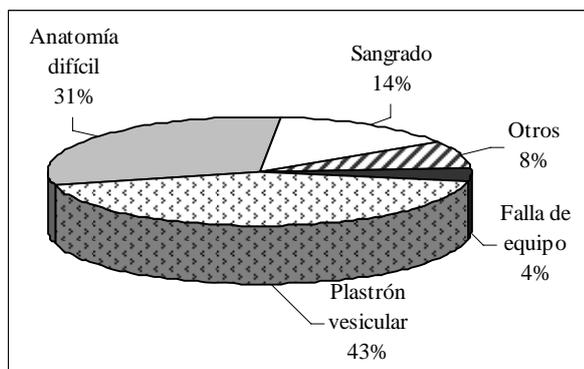
**Tabla 7**  
**Complicaciones postoperatorias**

Complicaciones	Frecuencia	%
Sangrado de lecho hepático	9	0.84%
Coledocolitiasis residual	1	0.09%
Sangrado por trócares	11	1.03%
Perforación intestinal	0	0.00%
Billirragia	3	0.28%
Sepsis	1	0.09%
Sangrado arteria cística	1	0.09%
Lesión de la vía biliar	1	0.09%
Lesión hepática	2	0.19%
Ileo postoperatorio	2	0.19%
Dolor significativo	12	1.12%
Infección de heridas	4	0.37%
Perforación vesicular en la disección	52	4.87%
Reintervenciones	6	0.56%
Total	105	9.84%

Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

La lesión de la vía biliar también fue reintervenida y se realizó una hepatoyeyuno anastomosis, con buenos resultados. De las dos lesiones hepáticas, la una fue reintervenida y se solucionó su problema satisfactoriamente y la otra tuvo que ser convertida a cirugía abierta, para resolver el problema del sangrado. En cuanto a la tasa de conversión a cirugía convencional es de 4.59%, tabla 2; la mayoría de los casos por hallazgos operatorios complicados (1.97%) y por anatomía difícil (1.41%) y otras como vesícula escleroatrófica, adherencias, etc. (0.37%). Gráfico 2.

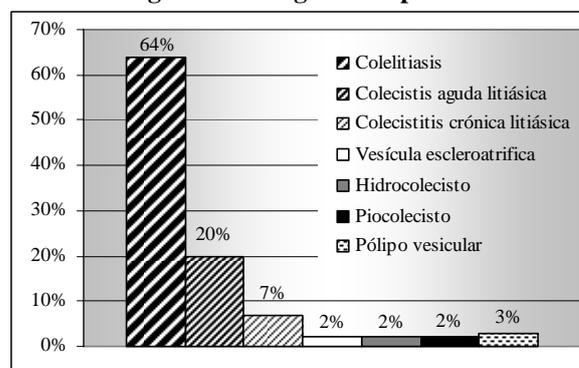
**Gráfico 2**



Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

En relación al diagnóstico de egreso, gráfico 3, el 63.07% fue colelitiasis; 19.96, colecistitis aguda litiásica; pólipos vesiculares, 3.47%; hidrocolecisto, 2.25%; y piocolecisto, 1.97%.

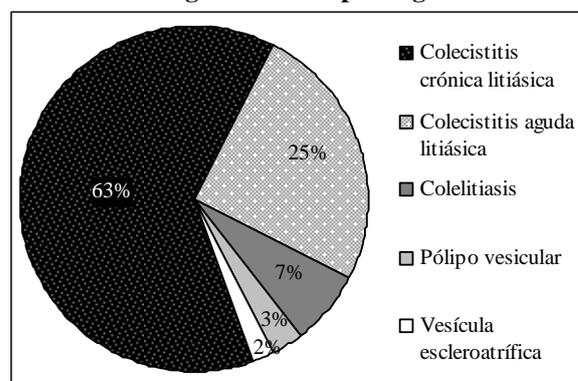
**Gráfico 3**  
**Diagnóstico de egreso hospitalario**



Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

En relación al resultado del estudio histopatológico de las vesículas biliares extirpadas obtuvimos los siguientes resultados, gráfico 4: colecistitis crónica litiásica 63.07%, colecistitis aguda litiásica 24.65%, y 3.28% pólipo vesicular.

**Gráfico 4**  
**Diagnóstico histopatológico**



Fuente: Estadística, hospital "Naval Guayaquil".

## Discusión

Desde que en 1987 Mouret<sup>1,5,11,15</sup>, realizó la primera colecistectomía por laparoscopia y dio un vuelco total a la cirugía de vesícula biliar, se transformó en el tratamiento de elección para las enfermedades biliares; así lo demuestran los numerosos estudios y experiencias de distintos centros del mundo, donde se ha comprobado científicamente su superioridad comparándola con la cirugía tradicional.

El promedio de edad de las personas operadas en el servicio de Cirugía del hospital Naval fue de 48.38 años, nos resulta un dato relevante ya que está muy próximo al valor reportado en publicaciones del hospital Angamos Es Salud, Lima-Peru<sup>17</sup>, con un promedio de 46 años; sin embargo es dispar al compararlo con trabajos realizados en México, Instituto Mexicano de Seguridad Social<sup>19</sup>, donde el promedio estuvo en 38.9 años; pensamos que existirían otros factores médicos y/o sociales que incidirían sobre dicha población provocando estas marcadas diferencias<sup>19</sup>.

En relación al sexo, podemos afirmar que los datos obtenidos en este trabajo coinciden con los encontrados en el resto de la bibliografía consultada, dejando claramente en evidencia el alto porcentaje de mujeres intervenidas<sup>7,13,16,17,18,21</sup>.

Frente a la posibilidad de que existan sesgos en este trabajo, puede ser debido a dificultades encontradas al recolectar los datos ya que muchas historias clínicas estaban incompletas. Una variable importante fueron los hallazgos ecográficos; sin embargo, al relacionarlos con otros trabajos, éstos le restan importancia<sup>6,8,10,12,14,20</sup>.

Sabemos que la ecografía es el estándar de oro para confirmar la sospecha clínica de las enfermedades de la vesícula biliar.

Las enfermedades concomitantes, que más acompañaron a nuestros pacientes, fueron las cardiovasculares con el 10.3% y las endócrinas (diabetes mellitus) y que en algún momento determinaron mayor morbilidad y mayor estancia hospitalaria.

El diagnóstico preoperatorio fue la colelitiasis con el 78.35% de los cuales, el 10.03% se encontró cuadro agudo durante el transoperatorio, lo que se confirmó posteriormente con el estudio histopatológico.

Un 14.90% ingresaron por el servicio de emergencia con un cuadro vesicular agudo, que se confirmó con los hallazgos intraoperatorios y estudio histopatológico.

El tiempo promedio quirúrgico fue de 2 horas 13 minutos con un rango de 45 minutos a 04H15;

estos tiempos aumentados en relación a otros estudios, se debe a los casos difíciles que se resolvieron por laparoscopia, sin necesidad de convertir, siempre teniendo en cuenta el rango de seguridad y la estabilidad del paciente. Durante el transoperatorio ocurrieron 52 perforaciones de la vesícula biliar, que se corrigió con lavado y aspirado minucioso. En 16 pacientes se cayeron cálculos a la cavidad abdominal, que se extrajeron inmediatamente. A 44 pacientes que presentaron como diagnóstico adicional hernia umbilical y 28 pacientes con hernia inguinal, se les practicó la plastia correspondiente como procedimiento adicional.

La tasa de complicaciones generales fue de 9.8%, de donde podemos rescatar que la perforación vesicular, que según algunos autores no está considerada como una complicación, fue de 4.87%, que están en relación con datos de otros trabajos donde hay valores de 4%, 5% y hasta de 6.32%<sup>17</sup>.

Las complicaciones graves ocurrieron en 0.28% que tuvieron que ser reintervenidos y que igualmente están dentro de los reportes de otros estudios similares, que tiene datos de hasta 1.31%<sup>1,8,9,18,19</sup>.

En relación a la conversión, tenemos un porcentaje de 4.59% y que no debe ser considerada una complicación sino "un buen juicio quirúrgico"<sup>18</sup>; las tasas de conversión de otros estudios están en 2.3%<sup>17</sup>, 6.3%<sup>18</sup> y 7%<sup>16</sup>.

Los diagnósticos histopatológicos, variaron mucho en relación a los diagnósticos de ingreso y egreso, lo cual se correlacionó con la clínica; entre los hallazgos ecográficos y transoperatorios, la colecistitis crónica litiásica con 63.07%, fue la que predominó.

Se destaca el tiempo de hospitalización que tiene una tasa de 4.16% días, que contrasta con la de otros centros que tienen un promedio de 2 días<sup>1,15,17</sup> e incluso de recientes estudios que hablan y tienen experiencia en la cirugía ambulatoria con prometedores resultados con pacientes previamente seleccionados<sup>17,19</sup>.

Esto probablemente se deba a los procedimientos hospitalarios nuestros y al tipo de pacientes heterogéneos del estudio. La mortalidad del estudio fue de 0%.

## Conclusiones

La edad promedio fue de 48.38 años para ambos sexos, del total de intervenciones las cifras para las mujeres fueron las más representativas (71,42%) al igual que en otras publicaciones nacionales e internacionales.

El 95.41% de las colecistectomías fueron resueltas por vía laparoscópica, con una tasa de conversión de 4.59%, que están dentro de las aceptadas en la literatura mundial.

Consideramos, al igual que la mayoría de los autores, que la aparición de las complicaciones operatorias que no sean fáciles de controlar o estén fuera del alcance de las posibilidades del cirujano, deben ser convertidas sin pérdida de tiempo.

Hubo una correlación directa entre la edad, la estancia hospitalaria, la forma clínica, las comorbilidades, el grado de dificultad de la cirugía

En promedio el tiempo de cirugía fue de 02H13 minutos y la estadía hospitalaria de 4.16 días, talvés, porque no hubo selección de pacientes para el estudio.

Las reintervenciones se presentaron en 0.28%, en la mayoría por sangrados y la tasa de conversiones de 4.59%, valores aceptables dentro de lo que se contempla a nivel nacional y mundial.

La tasa de complicaciones generales fue de 9.84%, en donde observamos que las complicaciones mayores y que necesitaron reintervención fueron 0.28% encontrándose tasas aceptables e incluso algo bajas en relación a los estudios citados.

## Referencias bibliográficas

1. Bemard HR, Hartman TW. Complications after laparoscopic cholecystectomy American Journal of Surgery; 165(4): 533-5. 1993.
2. Berggren U, Gordh T, Grama D et al. Laparoscopic versus open cholecystectomy: hospitalization, sick leave, analgesia and trauma responses. British Journal of Surgery; Vol.102: 1362-5. 1994.
3. Carcamo C, Venturrelli A, et. al Colecistectomía laparoscópica. Experiencia del hospital Clínico Regional de Valdivia. Revista Chilena de Cirugía 2002;54(2):153-158
4. Cazabán, Genta y Hermida Colecistectomía Laparoscópica. Experiencia inicial de dos servicios universitarios del hospital de Clínicas. Revista de Cirugía de Uruguay; 68: 133-136. 1998.
5. Cervantes CJ. Historia de la colecistectomía por laparoscopia. En: Cervantes CJ. Cirugía laparoscópica y toracoscópica. Distrito Federal, México: McGraw-Hill-Interamericana; p. 45. 1997.
6. Clair DG, Carr-Locke DL, Becker JM et al. Routine cholangiography is not warranted during laparoscopic cholecystectomy. Arch Surg; 128(5): 551-4; discussion 554-5. 1993.
7. Cueto GJ. Cirugía Laparoscópica. Segunda edición. México: McGraw-Hill-Interamericana. p 3. 1997.
8. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4.292 hospitals and an analysis of 77.604 cases. American Journal of Surgery; 165(1): 9-14. 1993.
9. Faican F, Hinojosa I, et al. Lesiones de la vía biliar en colecistectomía laparoscópica. hospital Metropolitano Quito-Ecuador. Revista de Endoscopia Quirúrgica; 4:41, 2000.
10. Go PM, Schol F, Gouma DJ. Laparoscopic cholecystectomy in The Netherlands. British Journal of Surgery; 80(9): 1180-3. 1993.
11. Lillemoe KD, Yeo ChJ, Talamini MA et al. Selective cholangiography. Current role in laparoscopic cholecystectomy. American Journal of Surgery; 215(6): 669-74. 1992.
12. Macintyre IMC, Wilson RG. Colecistectomía laparoscópica. British Journal of Surgery, (Edición Española); 80: 552-559. 1993.

13. Maldonado R, Morales P, et al. Laparoscopia y sus riesgos en el hospital Eugenio Espejo. Revista de Endoscopia Quirúrgica; 4:47, 2000.
14. Martín M, Ferrer G, Yuste E. et al. Resultados y consolidación de la colecistectomía laparoscópica en un hospital General. Revista Cirugía Andaluza; VII: 27. 1996.
15. Medina F, Fernández L, Bercedo J et al. Revista de Cirugía Andaluza; VII: 31. 1996.
16. Moscoso E, Chalaco M. Colecistectomía Laparoscópica en pacientes adultos mayores operados en el hospital regional Vicente Corral Moscoso de la ciudad de Cuenca. Revista Científica de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica, Visión Endoscópica; 1(1):26-29, 2004.
17. Pardo J, Chang L. Alta precoz en colecistectomía laparoscópica. Lima-Perú. Revista de Endoscopia Quirúrgica; vol4:11-13. 2000.
18. Pasquel B, Tamayo W., Cedeño J, et al. Una década de experiencia en cirugía de la vesícula biliar en el hospital General de las FF.AA. Revista científica de la Sociedad Ecuatoriana de Cirugía Laparoscópica. Visión Endoscópica; 1(1):35-37, 2004.
19. Pérez E, Ostos L, et al. Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria. Rev. Med IMSS; 40(1):71-75, 1997.
20. Ress Am, Sarr MG, Nagorney DM et al. Spectrum and management of major complications of laparoscopic cholecystectomy American Journal of Surgery; 165(6): 655-62. 1993.
21. Vergnaud, Penagos, Lopera et al. Colecistectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo: manejo ambulatorio vs. hospitalario. Experiencia en hospital de Segundo Nivel. Publicación oficial de la Sociedad Colombiana de Cirugía. Revista Colombiana de Cirugía; 14: 231-5. 1999.

**Dr. Miguel Lamota**

**Teléfonos: 593-09-2685535**

**Fecha de presentación: 05 de agosto de 2008**

**Fecha de publicación: 30 de septiembre de 2008**

**Traducido por: Instituto de Cultura, Arte, Idioma y Multimedia. Responsable: Fátima Lucero.**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL