
Complicaciones quirúrgicas de cirugías de vesícula y vías biliares y su relación con factores de riesgo y diagnósticos. Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, enero 2006 - diciembre 2007.

Surgical complications of the gallbladder and biliary tract surgery and their relationship with risk factors and diagnosis. “Teodoro Maldonado Carbo”, January 2006 to December 2007.

Gisella Andrade Carbo *
Hayro Daza Vera **
Wilson Solórzano Looor ***

RESUMEN

Tipo de estudio: retrospectivo, analítico. **Objetivos:** conocer las complicaciones quirúrgicas biliares más frecuentes. Establecer su relación con factores de riesgo y diagnósticos. **Materiales y métodos:** se realizó el estudio en 27 pacientes de un universo de 535, del área de cirugía general, período enero 2006 a diciembre 2007. **Resultados:** se registró 27 pacientes complicados, de los cuales el 48 % fueron varones y el 52%, mujeres con un promedio de edad de 60 años. Se encontró que el 55,5% de pacientes presentaron más de 2 complicaciones quirúrgicas. Según las cirugías convencionales las complicaciones más frecuentes fueron: fiebre con 18%; sangrado intraoperatorio con 16%; infección de herida y dolor agudo con 13 %; en tanto la colelap reportó dolor agudo con 26,6%, sangrado activo, lesión de vaso o vía biliar; y fiebre, con un 13,3%. **Conclusiones:** se encontró mayor frecuencia de complicaciones quirúrgicas a diferencia del estudio registrado hace 5 años, en que el 7% representó a los pacientes complicados, ocupando el primer lugar la hemorragia, también se detectó relación entre colecistitis aguda calculosa, colesterosis con dislipidemia y esteatosis hepática.

Palabras clave: Vesícula biliar. Vías biliares. Factores de riesgo. Complicaciones quirúrgicas.

SUMMARY:

Type of study: retrospective, analytical. **Objectives:** to be aware of the most frequent biliary surgical complications. To establish their relationship with diagnosis and risk factors. **Materials and methods:** 27 out of 535 patients in the general surgery area were checked in that period. **Results:** 27 patients with complications were detected. Out of them 48% were male and 52% female patients in their 60's. It was found out that 55.5% patients had more than two surgical complications. According to conventional surgeries, the most frequent complications were: fever 18% and intra-operative bleeding 16%, injury infection and acute pain 13% while the laparoscopic cholecystectomy reported acute pain with 26.6%, active bleeding, injury of blood vessel or biliary tract and fever 13.3%. **Conclusion:** the highest frequency in surgery complications was detected, which differs from the one registered in a study 5 years ago in which there was a 7% of complicated patients, being hemorrhage in first place. A relation among acute stone cholecystitis, cholesterosis with dislipidemy and hepatic steatosis was also detected.

Key word: Biliary gallbladder. Biliary track. Risk factors. Surgical complications.

Introducción

Las complicaciones quirúrgicas biliares dependen de factores de riesgo y/o condicionantes, pudiendo representar determinantes de mortalidad: pacientes mayores de 65 años, enfermedades comórbidas, entre las cuales tenemos la diabetes y la cirrosis, estado de la enfermedad biliar y tipo de cirugía biliar ya sea convencional o laparoscópica; mientras que la

incapacidad de ver apropiadamente estructuras en el abdomen y de extirpar cálculos, representan factores condicionantes⁶.

Las complicaciones quirúrgicas se presentan dentro de etapas: intraoperatoria, postoperatoria inmediata, mediata y tardía.

* Médico general, Universidad de Guayaquil, Ecuador.

** Médico residente 3 de cirugía general del hospital del IESS, “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

*** Médico tratante de emergencia y médico adscrito de la sala “Santa Teresa”, hospital “Luis Vernaza”.

Las complicaciones intraoperatorias consisten en: sangrado, lesión de vaso o vía biliar, mientras que las complicaciones posoperatorias inmediatas son los biliomas, fístulas, sangrado activo y pancreatitis; en la etapa mediata ocurren: fiebre, dolor agudo, ictericia, seroma, infección de herida, hematoma, sección de colédoco y odditis; en tanto que las complicaciones tardías consisten en: litiasis residual de colédoco y estenosis del mismo.

Dentro de las técnicas quirúrgicas, la colelap tiene una tasa baja de complicaciones, pero las fuentes condicionantes causan complicaciones futuras como: cálculos omitidos en los conductos biliares⁷; sangrado, lesión en conducto biliar o en órganos cercanos. La técnica abierta se complica con biliomas, lesión de vasos y vías biliares, fiebre e infección de heridas.

Objetivo general: conocer las complicaciones quirúrgicas de cirugías de vesícula y vías biliares más frecuentes entre las que se encuentran las de tipo convencional y laparoscópico, período: enero de 2006 a diciembre de 2007.

Objetivo específico: establecer la relación de dichas complicaciones con factores de riesgo y diagnósticos clínicos - patológicos que presentaron los pacientes del servicio de cirugía general, que ingresaron por emergencia y consulta externa.

Materiales y métodos

1. Historias clínicas del departamento de estadística y archivo del hospital del IESS "Dr. Teodoro Maldonado Carbo".
2. Hoja de recolección de datos de cada paciente.

Se coordinó con el departamento de estadística y archivo del hospital del IESS, la realización del estudio de tipo retrospectivo en una serie de 27 pacientes de un total de 535 que ingresaron por emergencia y consulta externa del área de cirugía general, durante el período enero de 2006 a diciembre de 2007.

Criterios de inclusión: pacientes mayores de 20 años, ambos sexos, con diagnóstico orientado al ingreso, que se les realizó cirugía biliar abierta y laparoscópica.

Criterios de exclusión: casos clínicos que diagnosticados de coledolitiasis no contaron con historia clínica completa y/ o no se encontraron en el departamento estadístico.

Pacientes menores de 20 años.

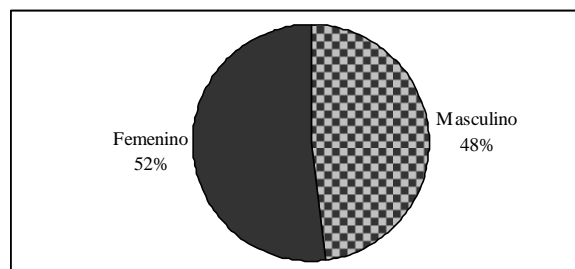
Las variables utilizadas fueron:

1. Edad.
2. sexo.
3. Factores de riesgo (enfermedades crónicas o agudas adyacentes)
4. Diagnóstico presuntivo
5. Diagnóstico patológico
6. Complicaciones quirúrgicas intraoperatorias, postoperatorias inmediatas, mediatas y tardías.

Resultados

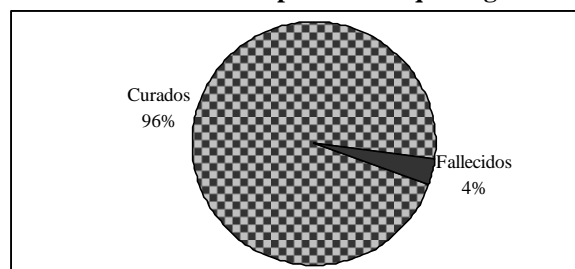
De un total de 535 pacientes se detectó 27 con complicaciones quirúrgicas, de los cuáles el 48% fueron de sexo masculino y el 52% del sexo femenino, con un promedio de edad de 60 años. En un 96,3% se resolvieron sus complicaciones quirúrgicas excepto el 3,7%, representado por un paciente diabético y cirrótico con hipertensión portal que falleció después de la segunda intervención quirúrgica. Gráfico 1 y 2.

Gráfico 1
Pacientes con complicaciones quirúrgicas según sexo



Fuente: departamento de estadística del hospital del IESS.

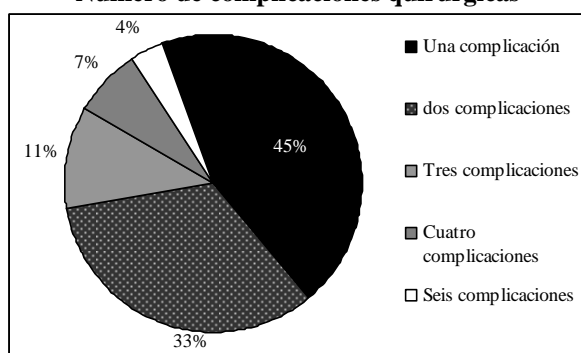
Gráfico 2
Mortalidad de complicaciones quirúrgicas



Fuente: departamento de estadística del hospital del IESS.

En el grupo de 27 pacientes, el 55,5%, presentaron más de 2 complicaciones, dentro de los cuáles el 33,3%, presentaron 2 complicaciones; el 11,1%, 3 complicaciones, el 7,4%, 4 complicaciones y el 3,7%, 6 complicaciones; el restante 44,4% tuvo una complicación, obteniéndose en total 53 casos de complicaciones quirúrgicas. Gráfico 3.

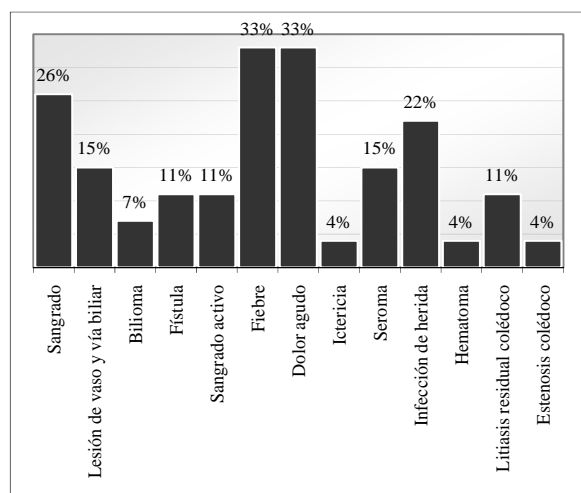
Gráfico 3
Número de complicaciones quirúrgicas



Fuente: departamento de estadística del hospital del IESS.

Las complicaciones quirúrgicas se presentaron en el siguiente orden de la etapa postoperatoria: el 26% generó sangrado intraoperatorio; el 15%, lesión de vaso o vía biliar; el 7% con bilioma; el 11% con fístula y sangrado activo respectivamente, mientras que el 33% produjo fiebre y dolor agudo; el 4% ictericia, el 15% seroma; el 22% infección de herida; el 4% con hematoma; además se detectó el 11%, litiasis residual de colédoco y el 4%, estenosis de colédoco. Gráfico 4.

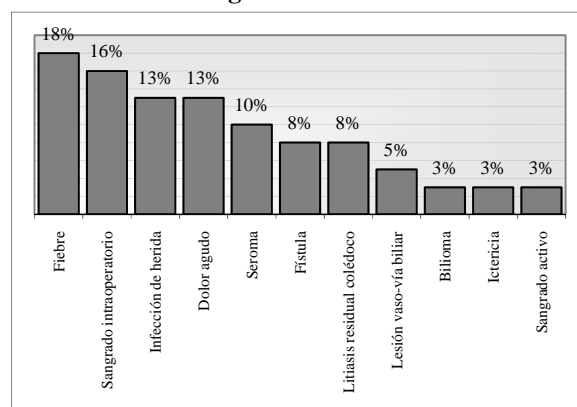
Gráfico 4
Complicaciones quirúrgicas de cirugía de vesícula y vía biliares



Fuente: departamento de estadística del hospital del IESS.

En las cirugías convencionales encontramos que las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron: fiebre con 18%, sangrado intraoperatorio con 16%, infección de herida y dolor agudo con 13%. Las complicaciones con menor porcentaje fueron: seroma con 10%, fístula y litiasis residual de colédoco con 8%, lesión de vaso o vía biliar con 5%; en cuanto a bilioma, ictericia y sangrado activo con 3%, respectivamente. Gráfico 5. Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes en la colelap fueron: dolor agudo con el 26,6%, en primer lugar; en cuanto a sangrado activo, lesión de vaso o vía biliar y fiebre cada uno con 13,3% como segundo lugar; en tercer lugar tenemos al sangrado intraoperatorio, hematoma, estenosis de colédoco, bilioma e infección de herida, cada uno con 6,6%.

Gráfico 5
Complicaciones quirúrgicas más frecuentes en cirugía convencional



Fuente: departamento de estadística del hospital del IESS.

Discusión

Las complicaciones quirúrgicas de las cirugías de vesícula y vías biliares, dependen también del entrenamiento, la experiencia del equipo humano y de la técnica quirúrgica⁹, las cirugías convencionales presentaron complicaciones específicas que fueron:

1. Fiebre: que al igual que en publicaciones extranjeras, también presentó origen infeccioso¹⁸, acompañándose en nuestro grupo de pacientes de seroma, infección de herida, sangrado intraoperatorio, bilioma, fístula colovesicular y de dolor agudo.

2. Sangrado intraoperatorio: constituye uno de los riesgos mayores debido a lesión de vasos entre

ellos de arteria cística, vías biliares o de órganos cercanos²⁰. Estas lesiones presentan como factores de riesgo: fibrosis en triángulo de Calot, obesidad, anatomía variante, por ejemplo canalículos aberrantes que desembocan en el conducto cístico^{12,19,23}.

En este trabajo el sangrado intraoperatorio debido a perforación de colon y duodeno, se acompañó de fístula colovesicular, colecistoduodenal y bilioentérica, como también de lesión de vasos peritoneales y biliares por dificultad en disecar adherencias peritoneales y perivesiculares respectivamente. Según publicaciones del hospital de Teruel, España, las fístulas se registran en último lugar de las complicaciones con 0,8%¹⁰.

3. Infección de herida: ha dependido de múltiples factores como el origen bacteriano, el personal o ambiente de quirófano, infección preexistente, presencia de hematoma o seroma, edad del paciente, desnutrición, etc¹⁸. Dicha complicación ha ocupado el segundo lugar en trabajos españoles del 2006⁵.

En este estudio se encontró infección de heridas en un caso de colangitis con mirizzi tipo 1; en pacientes con este síndrome, el cirujano afronta dificultades técnicas en la cirugía¹⁶.

También se halló infección de herida acompañada de seroma y fiebre, como también de dolor agudo en un paciente que presentó plastrón vesicular con fístula bilioentérica, reingresando con abdomen agudo obstructivo por lito intestinal.

En los casos mencionados de dolor agudo, existió un paciente con ictericia en escleras 2 días después de la colecistectomía abierta, detectándose por ecografía líquido libre en cavidad abdominal. Dichos síntomas constituyen piedras angulares clínicas de la lesión de vía biliar⁶.

En toda cirugía biliar es sumamente importante identificar el colédoco, examinarlo para descartar cálculos y se evalúa mediante colangiografía intraoperatoria²⁰. Se detectó en nuestro estudio que una de las causas de reingreso fue la presencia de litiasis residual de colédoco. En los últimos 5 años se sigue presentando dicha complicación con baja incidencia¹⁴.

Ciertas complicaciones como la hemorragia y las lesiones de vasos o vía biliar son comunes en las cirugías convencionales y laparoscópica biliar²⁰.

En un estudio realizado en este hospital hace 5 años, a nivel general, la hemorragia fue la más frecuente, seguido de un caso de deshicencia de sutura, de fistula cutánea, litiasis residual de colédoco y perforación de yeyuno, respectivamente¹⁴.

La colelap ha demostrado mínima morbilidad y mortalidad cercana a cero, así como se observa en un 2% en publicaciones chilenas¹¹. Sin embargo, la lesión de vasos o vía biliar son las complicaciones más frecuentes, causando hemorragia¹⁵, normalmente la causa la encontramos en la arteria cística²⁴; aunque el índice de porcentaje ha bajado desde la década del 90 por incorporación de la técnica laparoscópica como método de aprendizaje². Se reportó un caso de lesión de vaso del lecho vesicular por la presencia de adherencias a nivel del lóbulo derecho del hígado, en otro caso se acompañó de manchas equimóticas en incisiones y líquido libre en cavidad abdominal.

En este tipo de cirugías se reportaron casos de dolor agudo y fiebre, uno de ellos reingresó por abdomen agudo posquirúrgico; también se presentó otro caso acompañado de derrame pleural. En cuanto a biliomas, producidos por fugas biliares debido a lesiones de vía biliar que ha pasado desapercibida, fallo de ligadura de conducto cístico, fuga anastomótica biliodigestiva y por aflojamiento de muñón cístico^{1,2,22}, siempre se sospecha al no haber mejoría rápida en el posoperatorio¹²⁻¹⁹. Se presentó en un caso de lesión de vía biliar que fue de tipo subhepático postcolecistectomía con dolor agudo.

La estenosis de colédoco, en la mayoría de casos se desarrolla después de 6 meses de la cirugía⁸, se presentó como único caso por lesión tumoral coledociana, diagnosticada cuando el paciente reingresó al hospital 9 meses después; encontramos que un paciente con colecistitis aguda abscedada y peritonitis aguda se complicó con infección de herida.

Los factores como: empiema, gangrena, plastrón vesicular, infecciones respiratorias, bilirragia, HTA y cardiopatía isquémica, afectan la rápida recuperación quirúrgica^{17,25}.

Al investigar la relación entre factores de riesgo y diagnósticos con las complicaciones quirúrgicas biliares del grupo de 27 pacientes, encontramos factores de riesgo: cirrosis, esteatosis hepática, dislipidemia, diabetes, HTA, además de pacientes en edad avanzada y embarazo en una paciente de 31 semanas de gestación, al que se puede denominar grupo de alto riesgo¹⁵, como también ingresaron pacientes de bajo riesgo o con litiasis que no produjeron semiología (cálculos silenciosos)²¹, por el área de consulta externa para cirugías programadas.

Dentro del grupo de alto riesgo se contabilizó 6 pacientes que presentaron colesterosis o vesícula en fresa de los cuales 3 pacientes presentaron como factor de riesgo dislipidemia y esteatosis hepática, relación que es debida a que la vesícula contiene bilis sobresaturada que obliga a los histiocitos a fagocitar mucho colesterol⁴⁻¹³, reportando seroma e infección de herida como complicaciones; a diferencia que hace 5 años el factor de riesgo más frecuente fue la HTA¹⁴.

En otro grupo de pacientes hubo 5 con diabetes; todos presentaron colecistitis crónica y coleditis al diagnóstico patológico, además de fiebre y sangrado como complicaciones más frecuentes.

En los pacientes con cirrosis, hay mayor prevalencia de coleditis, desarrollan cálculos pigmentarios, por cambios metabólicos³, la colecistectomía se acompaña de alta tasa de mortalidad debido a que la mayor parte sangran excesivamente por una coagulopatía (tiempo de protrombina alargado)²⁰, además de alteración hepática³, como presentó un paciente diabético, hipertenso y con hipertensión portal que falleció después de: colecistectomía abierta + biopsia hepática + empaquetamiento del lecho vesicular en segunda intervención quirúrgica.

Referencias bibliográficas:

1. Bastias J. Braguetto I.: colección biliar intraperitoneal postcolecistectomía laparoscópica. Revista chilena de cirugía, Santiago - Chile, 52 (1): 61 - 66, 2000.
2. Betancourt F.: bilioma. Revista médica de nuestros hospitales, Guayaquil - Ecuador, 13 (4): 222 - 223, 2007.
3. Butte J.M. Tapia G. Salinas M. Martínez J. Jarufe N.: colecistectomía en cirrótico. Revista chilena de cirugía, Santiago - Chile, 59 (4): 272 - 276, 2007.
4. Cátedra de cirugía, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil: Texto de cirugía. 1 era. Edición, Poligráfica C.A., Guayaquil - Ecuador, 614, 1999.
5. Comin Novella I. Del Val Gil J.M.: complicaciones quirúrgicas tras Colecistectomía laparoscópica y abierta. Seclaendosurgery. com. 2006, n°17. Disponible en: <http://www.seclaendosurgery.com/seclan17/articulos/art01.htm>. 20 sept. 2008.
6. Deziel D: Complicaciones de colecistectomía. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, México D.F. - México, 4: 853 - 865, 1994.
7. Doherty G. Lowney J. Mason J. Reznik S. Smith M: Washington cirugía, 3era. edición, Marban libros S.L., Madrid - España, 322 - 324, 2005.
8. Espinoza D: Estenosis de Colédoco. Medicina, Guayaquil - Ecuador, 11(2): 137 - 138, 2005.
9. Ferraina P. Oria A: Cirugía de Michans. 5ta. edición, editorial el Ateneo, Buenos Aires - Argentina, 578 - 582, 2001.
10. Galindo J. Lobo R. Peronigo S. Sánchez P.: Docencia en cirugía Litiásica biliar en la era laparoscópica. Revista de cirugía española. 2000, n. 67. Disponible en: db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exel/doyma/mrevista. 20 sept. 2008.
11. Ibáñez L. Escalona A. Devaud N. Montero P.: colecistectomía laparoscópica, experiencia de diez años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista chilena de cirugía, Santiago - Chile, 59 (1): 10-15, 2007.
12. Martín R. Rossi R.: lesiones de vías biliares. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, México D.F. - México, 4: 825 - 846, 1994.

13. Merck M: Trastornos del hígado y de la vesícula biliar. Manual de Merck. 2006. disponible en: <http://www.msd.es/publicaciones/merck-hogar/seccion-10/seccion-10-121>. 20 sept. 2008.
14. Ortiz J. Yungaicela M. Zambrano F.: Complicaciones postoperatorias en colecistectomía abierta, hospital del IESS, enero a junio 2003, Medicina, Guayaquil - Ecuador, 11 (4): 27 – 285, 2005.
15. Patiño J.: Lecciones de cirugía. 1 era. Reimpresión, Editorial Médica Panamericana, Bogotá - Colombia, 661 – 66, 2001.
16. Samaniego C, Sanabria V, Filartiga A: Experiencia en Tratamiento del Síndrome de Mirizzi, revista chilena de cirugía, Santiago - Chile, 58 (4): 276 -280, 2006.
17. Silva V. Arístides G. Pulgar U.: tratamiento laparoscópico de la Colecistitis aguda, variables que inciden el alta, revista chilena de cirugía, Santiago - Chile, 55 (2): 165 – 170, 2003.
18. Schwartz S. Shires G. Spencer F.: Principios de cirugía. 6ta. Edición Interamericana - Mc Graw - Hill, México D.F. – México, 472 – 475, 1995.
19. Traverso W.: Comentario de lesiones del conducto biliar. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, México D.F. - México, 4: 849 - 851, 1994.
20. Zuidema G: Shackelford, Cirugía del Aparato Digestivo, vol. 3. 5ta. Edición, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires - Argentina, 228- 229 -236 -258 -259, 2005.
21. Reyes Núñez Ma.: Cirugía, Fundamentos, Indicaciones y Opciones técnicas. 2da. Edición, Elsevier, Madrid – España, 510,1991.
22. Gigot J.: Cirugía de las Vías biliares, técnicas quirúrgicas. 2 da. Edición, Elsevier, Madrid – España, 138, 2007.
23. <http://www.mednet.org.uy/cq3/emc/artratlitbil.htm>. 20 de octubre de 2009.
24. <http://www.seclaendosurgery.com/seclan1/art46.htm>. 20 de octubre de 2009.
25. <http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/cirugia%20laparoscopica/50.doc>. 20 de octubre de 2009.

Md. Gisella Andrade Carbo

Teléfono: 593-04-2661707; 093117827

Fecha de presentación: 05 de diciembre de 2008

Fecha de publicación: 15 de diciembre de 2009

Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Sra. Diana Aldeán Luzón.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL