
Complicaciones postoperatorias en colecistectomía abierta, Hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, enero a junio de 2003.

Postoperative complications in open cholecystectomy, hospital “Teodoro Maldonado Carbo” January to June/2003.

Jacobo Vinicio Ortiz Rojas *
Mayra Soraya Yungaicela Castro *
Franklin Steves Zambrano Manssur *
Margarita Lucila Galarza Morgner *

RESUMEN

Los procedimientos y técnicas quirúrgicas de las vías biliares se realizan para producir la mejoría y/o curación de los diferentes síndromes que las involucran. Sin embargo, siguen existiendo situaciones en las que el propio tratamiento quirúrgico es responsable directo de cuadros de morbilidad y mortalidad. **Tipo de estudio:** Descriptivo, retrospectivo, transversal, **Objetivos:** Conocer las complicaciones de la colecistectomía abierta; distribuir la incidencia y secuelas de las complicaciones posquirúrgicas en cada grupo etáreo. **Metodología:** Se realizó el estudio durante 6 meses con 223 pacientes a los que se les realizó colecistectomía abierta. **Resultados:** de éstos, sólo 16 pacientes se mostraron con complicaciones (7%). Según el género, los pacientes masculinos fueron 10 (62%) y las pacientes femeninas 6 (38%). Las edades con mayor complicación fueron de 40 a 49 años (5 pacientes). Con respecto a las complicaciones, la *hemorragia* fue la mayor causa, con 5 pacientes. En conclusión, si bien existe una alta incidencia de pacientes, el número de casos complicados no es grande. Afortunadamente la morbilidad supera a la mortalidad y estas complicaciones pudieron ser diagnosticadas y tratadas. **Conclusión:** Aunque los métodos realizados en el acto quirúrgico y el cuidado postoperatorio que se lleva a cabo siguen siendo efectivos para la gran mayoría de pacientes, hay que considerar siempre la existencia de complicaciones.

Palabras clave: Colecistectomía abierta. Hemorragia. Ecografía abdominal. Exploración de vías biliares. Esfinterotomía.

SUMMARY

Surgical procedures and techniques in bile ducts are carried out to obtain improvement and/or healing of syndromes involving bile ducts. Nevertheless, there are still situations in which the surgical treatment itself is the direct responsible of morbidity and mortality profiles. **Type of study:** Descriptive, retrospective, transverse. **Objectives:** To know the complications of open cholecystectomy, arrange the impact and after-effects of postoperative complications in each age group. **Methodology:** the study was made for 6 months with 223 patients to whom an open cholecystectomy was carried out. **Results:** only 16 patients had complications (7%). Male patients: 10 (62%). Female: 6 (38%). Ages with greatest complications: 40 to 49 (5 patients). Among complications, *Haemorrhage* was the greatest cause: 5 patients. In conclusion, although there is a high incidence of patients, the amount of complicated cases is not big. Fortunately morbidity exceeds mortality and these complications were diagnosed and treated. **Conclusion:** Although methods used in surgery and postoperative care are still effective for most of patients, we must always regard the possibility of complications.

Key words: Open cholecystectomy. Haemorrhage. Abdominal ultrasound scan. Bile ducts exploration. Sphincterotomy.

Introducción

Las complicaciones posquirúrgicas de la colecistectomía son un problema constante en nuestro medio las que no han sido investigadas de una manera oportuna y prolija; es necesario conocer cada tipo de complicación, la causa que la produce y si depende también del estado nutricional y/o metabólico del paciente⁶.

Objetivos generales:

1. Conocer las complicaciones de la colecistectomía abierta.
2. Distribuir la incidencia y secuelas de las complicaciones posquirúrgicas, en cada grupo etéreo.

Objetivos específicos:

- a. Determinar cuales son las posibles causas de las complicaciones posquirúrgicas de la colecistectomía.
- b. Analizar la etiopatogenia y fisiopatología de las complicaciones.

Entre las complicaciones quirúrgicas de origen biliar tenemos los siguientes

Hemorragia y lesión vascular.- Esta complicación ocurre en el 0.3% de los casos y tiene su origen en el sangrado de diferentes estructuras que forman parte del lecho hepático y/o biliar⁷.

Filtración biliar.- Esta complicación ocurre en el 0.2% de los casos. Se produce debido a filtración del conducto cístico, conductos aberrantes del lecho hepático y lesión inadvertida de la vía biliar por lesión instrumental directa o por una quemadura y caída tardía de la escara⁸.

Absceso subhepático y absceso subfrénico.- Esto se produce hasta en el 5% de los pacientes. El diagnóstico se realiza mediante la práctica de una Rx de tórax y simple de abdomen donde puede observarse un nivel sospechoso, que se confirma con ecografía¹⁶.

Colestasis postoperatoria.- Se produce en un porcentaje por debajo del 0.2 %. El paciente presenta una evolución acompañada de discretas molestias abdominales, febrícula y un cuadro progresivo de colestasis¹³.

Fístula duodenal.- Es una complicación poco frecuente, ya que es excepcional la práctica de una esfinterotomía transduodenal¹⁴.

Otras lesiones Existen otro tipo de lesiones producidas por ligaduras, suturas inadecuadas, quemaduras con el electrocauterio, o incluso lesiones isquémicas debidas a ligaduras vasculares¹⁵.

Estenosis biliar.- El signo clínico es la colangitis seguida de ictericia, que aparecerá en las siguientes semanas o meses de la operación. El diagnóstico se basa en la clínica, laboratorio, y se confirma mediante la ecografía biliar¹⁸.

Infección

- a. Onfalitis, se manifiesta precozmente por dolor y signos inflamatorios locales que hacen fácil su diagnóstico. Su tratamiento se basa sólo en curaciones locales¹¹.
- b. Pequeñas colecciones subhepáticas infectadas (coágulos o fluido de lavado no removido completamente), dolor localizado en el cuadrante superior derecho del abdomen y fiebre de poca cuantía y el diagnóstico se confirma por una ecografía abdominal. Con tratamiento antimicrobiano desaparecen rápidamente¹¹.

Dolor Hipocondrial Derecho

Algunas veces estas molestias han sido atribuidas a la existencia de muñones císticos demasiado largos, pero se ha demostrado que existen problemas relacionados con neurinomas de amputación, que han sido necesarios resear en la reintervención⁸.

Síndrome Poscolecistectomía se reúnen algunos síntomas dolorosos en el hipocondrio derecho relacionados con problemas de drenaje biliar en la papila por estenosis o fibrosis en el esfínter de Oddi¹².

Materiales y métodos

Se han tomado los datos de todos los pacientes ingresados por el servicio de Cirugía General del hospital "Teodoro Maldonado Carbo" durante los meses comprendidos desde enero a junio del año 2003. Se recolectó un total de 223 pacientes de los cuales 86 eran hombres y 137 mujeres.

Como criterios de inclusión se consideró a los pacientes de todas las edades y sexos con diagnóstico orientativo al ingreso, a los que se les haya realizado colecistectomía total abierta, colecistostomía, esfinteroplastia, esfinterotomía, exploración de vías biliares. Se descartaron pacientes con cirugía laparoscópica, debida que no era el objetivo del estudio.

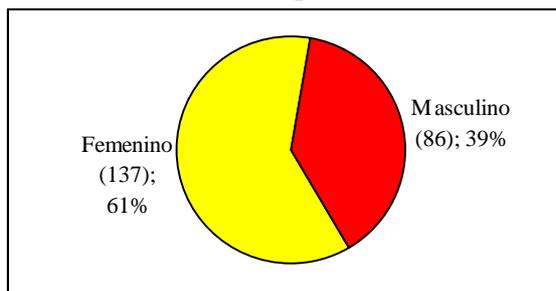
El estudio realizado fue descriptivo, retrospectivo, transversal. Se revisaron las carpetas que contienen las historias y evoluciones clínicas y en base a ellas se tabuló las variables establecidas, que fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos personales, motivo de consulta, técnica quirúrgica, indicaciones posquirúrgicas, complicaciones, medidas terapéuticas, días de hospitalización, morbilidad, mortalidad.

Resultados

De 223 pacientes recopilados durante los 6 meses del año 2003, a los que se les realizó colecistectomía, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 86 pertenecen al sexo masculino y 137 al sexo femenino; esto equivale al 39% hombres y 61% mujeres. Gráfico 1.

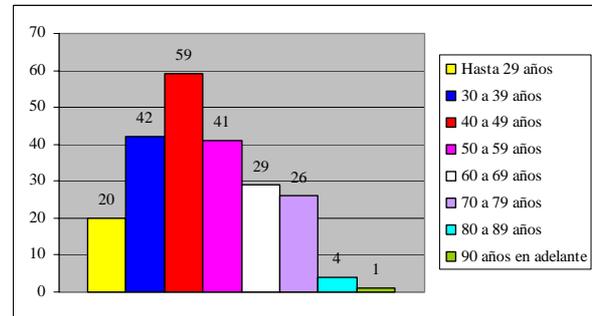
Gráfico 1
Pacientes por sexo



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- La edad de los pacientes por décadas era de: menores de 29 años, 20 pacientes (9%); de 30 a 39 años, 42 pacientes (18%); de 40 a 49 años, 59 pacientes (26%); de 50 a 59 años, 41 pacientes (18%); de 60 a 69 años, 29 pacientes (13%); de 70 a 79 años, 26 pacientes (12%); de 80 a 89 años, 4 pacientes (2%); y de 90 años, 1 paciente (0,4%). Gráfico 2.

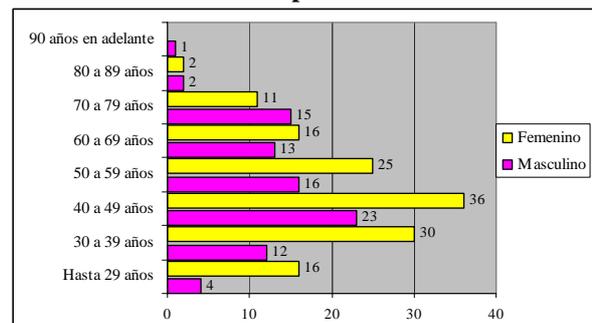
Gráfico 2
Pacientes por edad



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- En cuanto a la edad por sexos, hasta los 29 años presentaron 4 hombres (20%) y 16 mujeres (80%); de 30 a 39 años fueron 12 hombres (28%) y 30 mujeres (71%); de 40 a 49 años fueron 23 hombres (39%) y 36 mujeres (61%); de 50 a 59 años fueron 16 hombres (39%) y 25 mujeres (61%); de 60 a 69 años fueron 13 hombres (45%) y 16 mujeres (55%); de 70 a 79 años fueron 15 hombres (58%) y 11 mujeres (42%); de 80 a 89 años fueron 2 hombres (50%) y 2 mujeres (50%), y de 90 años solo hubo 1 paciente masculino (100%). Gráfico 3.

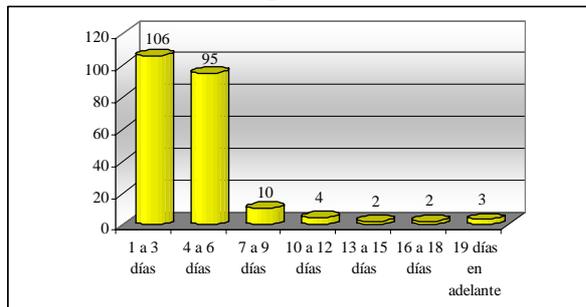
Gráfico 3
Edades por sexo



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- Según los días de postoperatorio, se tomó como rango cada 3 días; de esta forma se formaron siete grupos: De 1 a 3 días, 106 pacientes (48%); de 4 a 6 días, 95 pacientes (42%); de 7 a 9 días, 10 pacientes (4%); de 10 a 12 días, 4 pacientes (2%); de 13 a 15 días, 3 pacientes (1%); de 16 a 18 días, 2 pacientes (0,8%) y de 19 días en adelante, 3 pacientes (1%). Se llegó a este rango ya que en los pacientes complicados se detallará el número de días específicos. Gráfico 4.

Gráfico 4
Postoperatorio



Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Con respecto a los diagnósticos de ingreso, se registraron 148 ingresos de pacientes con *Colelitiasis*, que representa el 66% del total de pacientes que se detallan en la tabla 1.

Tabla 1

| Diagnóstico de ingreso | # Pactes |
|---|----------|
| Colelitiasis | 148 |
| Colelitiasis + pancreatitis | |
| Hernia incisional | |
| Diástasis de los rectos abd | 7 |
| Vesícula escleroatrófica | |
| Hernia umbilical | |
| Cirrosis hepática | |
| Colecistitis | 4 |
| Colecistitis litiásica + pancreatitis aguda | 2 |
| Sd doloroso abdominal | |
| Colecistitis litiásica | 14 |
| Colecistitis aguda | 8 |
| Colecistitis aguda litiásica | 14 |
| Colecistitis crónica | 1 |
| Colecistitis crónica litiásica | 7 |
| Pólipo vesicular | 2 |
| Pólipo vesicular + hernia umbilical | 2 |
| Síndrome doloroso abdominal | 2 |
| Coledocolitiasis | 2 |
| Pancreatitis | 3 |
| Pancreatitis aguda + hígado graso | 1 |
| Pancreatitis crónica agudizada | 1 |
| Síndrome doloroso abdominal + coledocolitiasis a investigar | 1 |
| Empiema vesicular | 1 |
| Abceso hepático | 1 |
| Colelitiasis coledociana? | 1 |
| Embarazo 25 SG, infección vías urinarias, síndrome febril | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Con respecto a los antecedentes patológicos personales, se registraron 123 pacientes (55%) con antecedentes, mientras que 100 (45%) no presentaban antecedentes. Además se los agrupó según especialidades médicas, alcanzado el mayor número los antecedentes cardiovasculares. El número de casos se detalla en la tabla 2.

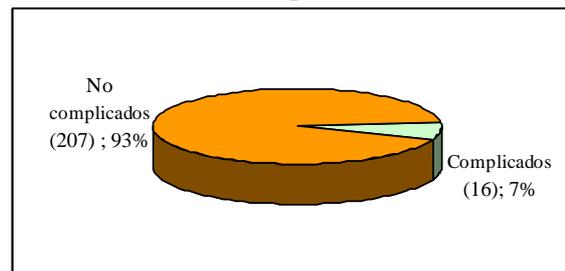
Tabla 2

| Antecedentes patológicos personales | # de Casos |
|---|------------|
| Cardiovasculares (hipertensión arterial, hemorroides) | 53 |
| Inmunitarios (asma, alergias medicamentosas) | 26 |
| Quirúrgicos (apendicitis, hernias) | 22 |
| Gastroenterológicos (pancreatitis, gastritis) | 19 |
| Ginecológicos (histerectomía, cesárea) | 18 |
| Endocrinológicos (diabetes, hipertiroidismo,) | 16 |
| Urológicos (hipertrofia prostática benigna) | 7 |
| Nefrológicos (litiasis renal, pielonefritis) | 6 |
| Traumatológicos (lumbalgia, fracturas) | 5 |
| Neurológicos (accidente cerebro vascular, epilepsia) | 5 |
| Oftalmológicos (glaucoma) | 3 |
| Reumatológicos (artritis) | 2 |
| Hematológicos (anemia aplásica, púrpura) | 2 |
| Dermatológicos (psoriasis) | 1 |
| Oncológicos (cáncer de mama) | 1 |
| Infecciosos (mal de chagas) | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Enfocándonos en el estudio encontramos que del universo de 223 pacientes, sólo 16 resultaron con *complicaciones postoperatorias*; esto equivale al 7% del total, por ende, hubieron 207 pacientes *no complicados*, lo que significa el 93% del total. Gráfico 5.

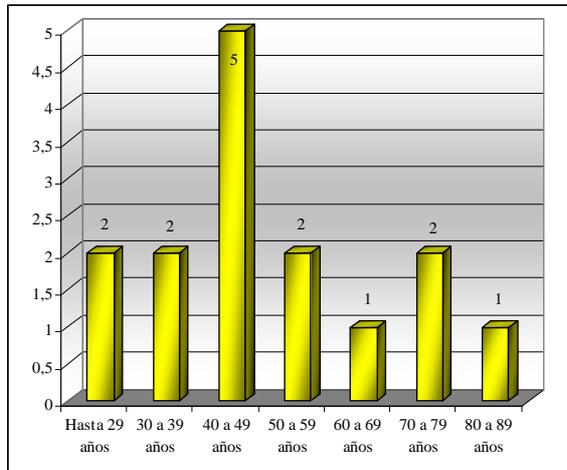
Gráfico 5
Total de pacientes



Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Al agrupar a los pacientes complicados por edad, encontramos 2 pacientes de 29 años como edad mínima; 2 pacientes de 33 años; 5 pacientes de 40, 41, 42, 48 y 49 años respectivamente; a continuación hubo 3 pacientes: 2 de ellos de 52 años y uno de 54 años; sólo 1 paciente de 68 años; 2 pacientes de 75 y 76 años, y por último 1 paciente de 81 años. Gráfico 6.

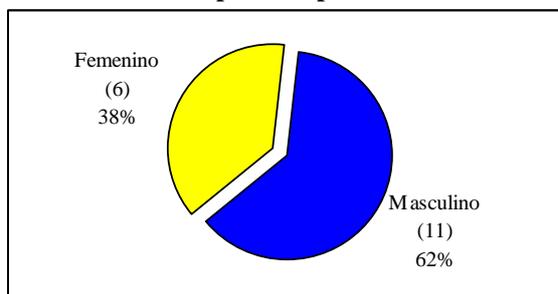
Gráfico 6
Complicados por edad



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- Con respecto al sexo, pacientes masculinos complicados representan el 62% con 11 hombres y las pacientes femeninas el 38% con 6 mujeres. Gráfico 7.

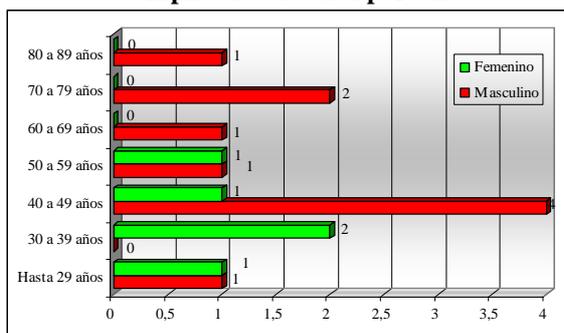
Gráfico 7
Complicados por sexo



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- El siguiente gráfico detalla complicados de edad por sexo. Gráfico 8.

Gráfico 8
Complicados de edad por sexo



Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- El diagnóstico de ingreso de pacientes complicados es muy variado: Se lo expone en la tabla 3.

Tabla 3

| Diagnóstico de ingreso de complicados | # ptes. |
|---|---------|
| Colelitiasis | 5 |
| Colecistitis aguda litiásica | 2 |
| Pancreatitis aguda | 2 |
| Pancreatitis aguda + hígado graso | 1 |
| Pancreatitis crónica agudizada | 1 |
| Colecistitis aguda | 1 |
| Absceso hepático | 1 |
| Colelitiasis + diástasis de los rectos abdominales | 1 |
| Sd doloroso abdominal + coledocolitiasis a investigar | 1 |
| Sd doloroso abdominal + colecistitis calculosa | 1 |
| Emb 25 SG, IVU, Sd Febril | 1 |

Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- Los antecedentes patológicos personales en pacientes complicados, el número y tipo de casos se detalla en la tabla 4.

Tabla 4

| Antecedentes patológicos personales En pacientes complicados | # de Casos |
|--|------------|
| Cardiovasculares (hipertensión arterial, hemorroides) | 6 |
| Inmunitarios (asma, alergias medicamentosas) | 5 |
| Quirúrgicos (apendicitis, hernias) | 4 |
| Gastroenterológicos (pancreatitis, gastritis) | 3 |
| Endocrinológicos (diabetes, hipertiroidismo,) | 2 |
| Nefrológicos (litiasis renal, pielonefritis) | 1 |
| Urológicos (hipertrofia prostática benigna) | 1 |
| Oncológicos (cáncer de mama) | 1 |

Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- Los días de hospitalización de pacientes complicados son muy variados, por lo que se lo muestra por rangos en la tabla 5.

Tabla 5

| Días de hospitalización de pacientes complicados | # de casos |
|--|------------|
| 0 - 5 días | 1 |
| 6 - 9 días | 2 |
| 10 - 19 días | 7 |
| 20 - 39 días | 2 |
| 40 - 59 días | 2 |
| 60 en adelante | 1 |

Fuente: hospital “Teodoro Maldonado Carbo”, 2003.

- El tipo de operación realizada en todas fue colecistectomía, acompañado de otras como: exploración de vías biliares, esfinterotomía y esfinteroplastia. La tabla 6 nos muestra la cantidad de procedimientos

Tabla 6

| Tipo de procedimiento quirúrgico | Cantidad |
|----------------------------------|----------|
| Colecistectomía | 15 |
| Exploración de vías biliares | 6 |
| Esfinterotomía | 3 |
| Esfinteroplastia | 3 |
| Septumplastia de Wirsung | 1 |
| Laparoplastia | 1 |
| Duodenotomía anterior | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Los hallazgos en su mayoría fueron cálculos; los demás están descritos en la tabla 7.

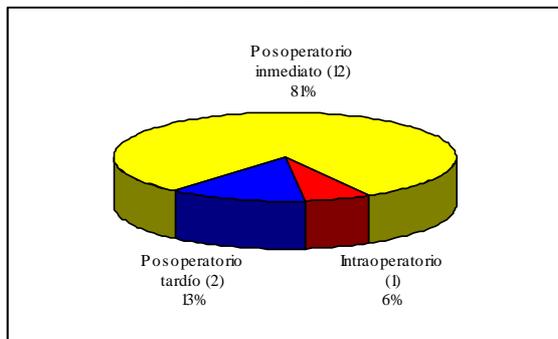
Tabla 7

| Hallazgos | Cantidad |
|---------------------|----------|
| Cálculos | 10 |
| Vesícula gangrenada | 2 |
| Empiema vesicular | 2 |
| Vesícula atrófica | 1 |
| Vesícula agrandada | 1 |
| Cirrosis | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- Las complicaciones se las dividieron de dos maneras: según el tiempo en el que se produjeron: *intraoperatorio* 1 paciente (7% del total de complicados); *posoperatorio inmediato*, 12 pacientes (80%); y *posoperatorio tardío*, 2 pacientes (13%). Gráfico 9.

Gráfico 9
Tipo de complicación



Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- La segunda manera describe cada complicación, siendo la *hemorragia* la mayor compliación, con 5 pacientes; tabla 8.

Tabla 8

| Complicaciones | Cantidad |
|-------------------------------|----------|
| Hemorragia | 5 |
| Ileo metabólico | 3 |
| Pancreatitis + depresión | 1 |
| Colangitis esclerosante | 1 |
| Dehiscencia de sutura | 1 |
| Fístula cutánea | 1 |
| Litiasis residual | 1 |
| Paludismo | 1 |
| Perforación de meso de yeyuno | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

- En cuanto al Tratamiento, fue realizado según cada complicación, lo que se muestra en la tabla 9.

Tabla 9

| Tratamiento de las complicaciones | Cantidad |
|---|----------|
| Antibióticoterapia | 1 |
| Transfusión | 2 |
| Reintervención + transfusión | 2 |
| Reintervención | 2 |
| Reintervención: EVB + esfinterotomía + esfinteroplastia | 1 |
| Enema + reposición electrolitos | 2 |
| reposición electrolitos | 1 |
| Antibióticos y control de drenaje | 1 |
| Antiparasitarios | 1 |
| Rafia de meso del yeyuno | 1 |
| Reintervención | 1 |

Fuente: hospital "Teodoro Maldonado Carbo", 2003.

Discusión

En el año 1996, se realizó un estudio en el hospital Dr. Sótero del Río, Chile; se analizaron los resultados clínicos y el grado de satisfacción del paciente al cual se le realizó colecistectomía abierta². Este estudio incluyó los días de hospitalización y la morbilidad de las complicaciones. El tiempo fue de 6 meses².

La morbilidad fue escasa y leve, siendo la más frecuente la infección de herida operatoria en 13 casos (5,9%). Falleció un paciente (0,5%). El total de pacientes fue de 20².

Otro estudio similar realizado en ese año, en el mismo hospital y durante el mismo período, mostró que la mortalidad fue nula; dos pacientes presentaron una infección de herida operatoria; dos presentaron vómitos que solo requirieron tratamiento sintomático y un paciente debió ser rehospitalizado por mala tolerancia oral debido a un íleo adinámico asociado a una infección de herida operatoria⁵.

En nuestro medio existe una mayor incidencia de pacientes femeninos a los que se les realiza colecistectomía abierta. Así mismo, la edad de mayores operaciones de vesícula biliar se efectuaron en al década de los 40 años, tanto en complicados como en no complicados¹².

Los antecedentes patológicos personales son abundantes, pero en muy pocos casos estos son los que llevan al paciente a complicarse y a prolongar su estancia en el hospital⁷. Si bien existe una alta incidencia de pacientes que ameritan practicárseles colecistectomía abierta, el número de casos complicados no es grande. Afortunadamente la morbilidad supera a la mortalidad y estas complicaciones pudieron ser diagnosticadas y tratadas con éxito, pero que prolongaron considerablemente su estancia hospitalaria, lo que nos indica que en el postoperatorio debemos estar atentos a los más mínimos cambios en el paciente, ya sea por laboratorio, por signos y síntomas o por métodos imagenológicos⁹.

Es necesario mencionar que muchos de los métodos diagnósticos como ecografía, tomografía y colangiografía no se realizaron en el tiempo debido, por lo que aumentó la estancia hospitalaria del paciente⁷. A pesar de todo, los métodos realizados en el acto quirúrgico y el cuidado postoperatorio que se lleva a cabo sigue siendo efectivo para la gran mayoría de pacientes que son sometidos a colecistectomía abierta; cabe destacar que siempre van a existir complicaciones: y sobre éstas, tener en cuenta todas la alteraciones descritas en la literatura y resolverlas oportunamente⁶.

Recomendaciones

- Analizar cada caso que ingresa con una historia clínica lo más detallada posible, que

incluya tipos de alergias, cirugías realizadas y padecimientos familiares.

- Crear normas de atención inmediata en caso de existir complicaciones, ya que muchas veces el criterio individual terapéutico no está libre de errores.
- Documentar cada cambio que tenga el paciente lo más claro posible, ya que su evolución clínica es el documento que muchas veces ayuda a esclarecer el origen de su patología. Incluso en el record operatorio es de gran ayuda conocer en detalle la operación realizada y sus hallazgos.
- Concienciar a los médicos residentes en los hospitales la existencia de complicaciones, así como su tratamiento, ya que muchas veces son los mismos datos estadísticos los que califican la irrelevancia de las alteraciones quirúrgicas.
- Una vez identificado el grupo etéreo, podemos estar preparados para realizar los procedimientos médicos preventivos más eficaces.
- Informar a todo el personal médico y paramédico sobre estas complicaciones y el importante papel que desempeñan cada uno en la salud del enfermo.

Referencias bibliográficas

1. Aguiló J, Peiró S: Factores Asociados a complicaciones, reingresos y otros episodios adversos en cirugía biliar. Rev. Cirugía Española, Madrid-España 69(6): 560-569, 2001.
2. Ariceta J: "Colecistitis aguda: análisis de las distintas actitudes terapéuticas en un servicio de cirugía general durante los años 1994-1996". *Analesnavarra* Dirección: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol20/n3/orig3a.html>, 15 de abril 2002.
3. Berry M: "Vesícula Biliar/Cálculos". *Cirugía.net* Dirección: <http://www.cirugia.net/vesicula.htm>, 15 de abril 2002.
4. Bizuetto H, Hernández N, Jaime G: Morbilidad y Mortalidad en la Cirugía de Urgencia de la colecistitis crónica litiásica agudizada. Rev.

- Chilena de Crigía, Santiago-Chile 70(2): 82-85,2002.
5. Blumgart G: Cirugía del Hígado y de las Vías Biliares. 3ra edición, Ed. Panamericana, Buenos Aires-Argentina 655-664,1998.
 6. Casanova D: Complicaciones de la cirugía biliar. Rev. Cirugía Española, Madrid-España 69(5): 261-268, 2001.
 7. Csendes Attila, Burdiles P. Patricio; Período postoperatorio normal y complicaciones de la Colectomía Laparoscópica; Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago – Chile.
 8. Del Aguila L: “Complicaciones Postoperatorias”. *SISBIB* Dirección:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/Medicina/cirugia/tomo_i/Cap_26_Complicaciones%20Postoperatorias.htm, 15 de enero 2003.
 9. Diaz A, Caracci M: Alta precoz en colectomía clásica electiva. Rev Chilena de Cirugía, Santiago-Chile 50 (4): 411-413, 1998.
 10. Escribano M: “Caso Clínico 5- Complicación Postcolectomía”. *Cirugía Habitual.org* Dirección: <http://www.cirugiahabitual.org/casosclinicos/caso5b.html>, 18 de abril 2003.
 11. Espinoza R: Patología biliar litiasica en pacientes mayores de 75 años. Rev Chilena de Cirugía. Santiago-Chile 48(2): 153-156,1997.
 12. Jensen S: “Postcholecystectomy Síndrome”. *eMedicine*. Dirección: <http://www.emedicine.com/med/topic2740.htm>, 15 de abril 2002.
 13. Latarjet L: Anatomía Humana. 2da edición, Ed. Panamericana, Madrid-España 1520-1529,1998.
 14. Maingot L: Operaciones Abdominales. 2da edición, Ed. Panamericana, Madrid España 1608-1626, 1997.
 15. Mattox K, Feliciano D, Moore E: Trauma de vías biliares, 4ta Edición, Ed. McGraw-Hill Interamericana, Buenos Aires Argentina 714-718, 2001.
 16. Molina H: “MANEJO DE PACIENTES CON CALCULO DE LA VIA BILIAR”. Publicaciones Instituto de Prevision Social. Dirección:<http://www.uninet.com.py/cirugiaip/publicaciones1.html>, 15 de abril 2002.
 17. Moreno F: Lesiones iatrogénicas de la vía biliar principal tras colectomía abierta. Rev Cirugía Española, Madrid-España 63(4): 258-263, 1998.
 18. Núñez M. Hospital Universitario Reina Sofia: “Plan de cuidados estandarizados: Intervención Quirúrgica de Colectomía Abierta”. *Junta de Andalucía*. Dirección:http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs/enfermeria_2003/pcuidados_2004/colectomia_abierta.pdf#search=%22COMPLICACIONES%20%20%20COLECTECTOMIA%20ABIERTA%22, 20 de abril2002
 19. Nyus B: El Dominio de la Cirugía. 3ra Edición, Ed. Panamericana, Madrid España 1173-1181, 1999.
 20. Patiño J: Lecciones de Cirugía. 1ra edición, Ed. Panamericana, México-México 656-664, 2000.
 21. Ramírez L: Cátedra de Cirugía de la Facultad de Medicina de la Universidad de Guayaquil. 3ra edición, Poligráfica C.A., Guayaquil-Ecuador 603-622, 1999.
 22. Schwartz S: Principios de Cirugía. 6ta edición, Ed. Interamericana-McGraw-Hill, Buenos Aires- Argentina 1409-1438, 1999.
 23. Waugh E, Friant O: Alta precoz y satisfacción del paciente en colectomía abierta electiva. Rev Chilena de Cirugía, Santiago-Chile 51 (2): 164-169,1999.
 24. Waugh E, Friant O: Hospitalización abreviada y colectomía abierta electiva. Un nuevo patrón de referencia. Rev. Chilena de Cirugía, Santiago-Chile 52(2): 159-166, 2000.
 25. Zuidema G: Cirugía del Aparato Digestivo Tomo III. 4ta edición, Ed. Médica Panamericana, Madrid españa 224-240, 1999.

Dr. Jacobo Ortiz Rojas
Teléfonos: 593-04-2810798,2410564; 096022482
Correo electrónico: emulador1@yahoo.com
Fecha de presentación: 26 de abril de 2006
Fecha de publicación: 25 de diciembre de 2006
Traducido por: Dr. Gonzalo Clavijo.