
Colecistectomía laparoscópica por 3 puertos. Estudio realizado en el hospital “Federico Bolaños Moreira”. IESS – Milagro.

Three-port laparoscopic cholecystectomy. Study in the “Bolaños Federico Moreira” hospital of the IESS (Social Security System) – Milagro.

Fabián Zambrano Andrade *
Víctor Rivera Escalante **

RESUMEN

Tipo de estudio: descriptivo, retrospectivo. **Objetivo:** presentar la experiencia en colecistectomía laparoscópica del servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel de atención. **Materiales y métodos:** universo de 228 pacientes período junio 2006 hasta abril 2010. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, riesgo quirúrgico, hallazgos ecográficos e intraoperatorio; duración de la cirugía, estadía hospitalaria, complicaciones quirúrgicas, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta. **Resultados:** mayor frecuencia en mujeres (58%), el intervalo de edad más frecuente fue entre 60–69 años, la mayoría presentó un riesgo quirúrgico ASA I (78,50%), el hallazgo ecográfico más encontrado fue la litiasis vesicular múltiple (59,65%) y el hallazgo intraoperatorio fue la litiasis vesicular no complicada (79%). La relación entre los hallazgos ecográficos e intraoperatorios fue del 74%. La tasa de conversión fue del 3%. **Conclusión:** la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección para el tratamiento de la litiasis vesicular. **Recomendación:** realizar este procedimiento quirúrgico en todos los niveles de atención hospitalaria.

Palabras clave: Colecistectomía. Laparoscopia. Tres puertos.

SUMMARY

Design: descriptive, retrospective. **Objective:** to present the experience in laparoscopic cholecystectomy in the general surgery department of a second level care hospital. **Materials and methods:** a sample of 228 patients from June 2006 to April 2010. The variables studied were age, sex, surgical risk and intraoperative and sonographic findings, duration of the surgery, hospital stay, surgical complications, readmissions, reoperations, conversion to open surgery. **Result:** more frequently in women (58%), the most common age range was between 60-69 years old, most presented ASA I surgical risk (78.50%) the most frequent ultrasonographic finding was multiple gallstones (59.65%) and the most frequent intraoperative finding was uncomplicated gallbladder stones (79%). The relationship between ultrasound findings and intraoperative findings was 74%. The conversion rate was 3%. **Conclusion:** laparoscopic cholecystectomy is the most popular procedure for the treatment of gallstones. **Recommendation:** perform this surgical procedure at all levels of hospital care.

Keywords: Cholecystectomy. Laparoscopy. Three ports.

Introducción

La colecistectomía laparoscópica se ha establecido como la operación normativa para el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar^{3,14,16,20}. En 1985 se realizó la primera descripción de colecistectomía laparoscópica por el cirujano Erik Muhe (Alemania). Dos años más tarde en 1987 Mouret, Dubois y Perisat desarrollaron la técnica en Francia. En Estados Unidos en 1988 Reddick, Saye, McKernan y Olsen desarrollaron una técnica independiente^{5,11,13}. Posteriormente en la década del 90 se inició en Ecuador. En hospital “Federico Bolaños Moreira” de Milagro, se la realiza desde junio de 2006.

Objetivo

Presentar la experiencia en colecistectomía laparoscópica del servicio de cirugía general de un hospital de segundo nivel de atención.

Materiales y métodos

Se revisan 228 casos desde junio 2006 hasta abril de 2010, utilizando los expedientes clínicos tomados del Departamento de Estadística del hospital “Federico Bolaños Moreira” – IESS de la Ciudad de Milagro.

* Cirujano de Emergencia, hospital “Federico Bolaños Moreira”, IESS – Milagro.

** Jefe del Servicio de Cirugía General, hospital “Federico Bolaños Moreira”, IESS – Milagro.

Tipo de estudio

Descriptivo, retrospectivo.

Criterio de inclusión

Fueron incluidos todos los pacientes a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica entre los años 2006 hasta el año 2010.

Criterio de exclusión

Se excluyeron para la realización del procedimiento, pacientes embarazadas o con sospecha de neoplasia de vesícula.

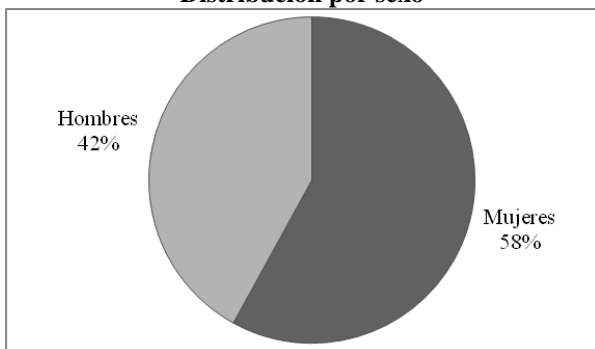
Variables

Edad, sexo, riesgo quirúrgico, hallazgos ecográficos e intraoperatorios, duración de la cirugía, estadía hospitalaria, complicaciones quirúrgicas, reingresos, reintervenciones, conversión a cirugía abierta.

Resultados

El 58% de la población estudiada correspondió a mujeres y el 42% a hombres, gráfico 1. Las edades comprendidas eran como mínimo 24 y máximo 87 años, el promedio de edad es de 48 años, con una media de 55.5 años y una relación mujer/hombre de 1.37. Fueron realizadas más colecistectomías entre 60-69 años tanto en hombres como en mujeres, con menor presentación entre 20-29 y 80 – 89 años, gráfico 2.

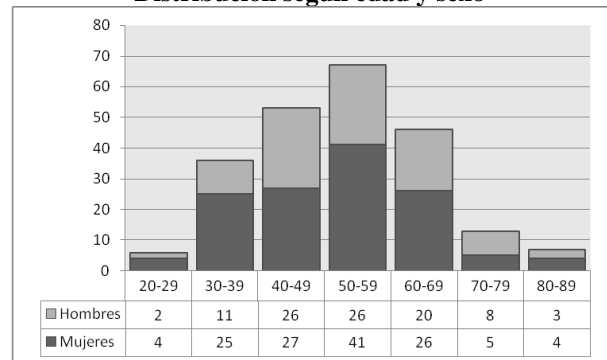
Gráfico 1
Distribución por sexo



Fuente: Estadística del hospital “Federico Bolaños Moreira”.

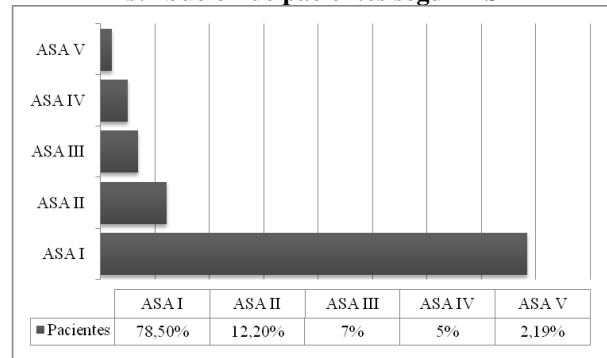
La mayoría de los pacientes se encontraban con una escala ASA I (78.5%) y II (12.20%). Fueron pocos pacientes intervenidos con ASA III (7 %), IV (5%) y V (2,19%). Gráfico 3.

Gráfico 2
Distribución según edad y sexo



Fuente: Estadística del hospital “Federico Bolaños Moreira”.

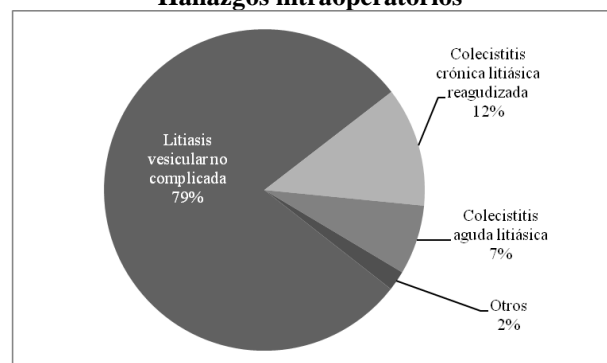
Gráfico 3
Distribución de pacientes según ASA



Fuente: Estadística del hospital “Federico Bolaños Moreira”.

El hallazgo intraoperatorio más frecuente encontrado fue la litiasis vesicular no complicada (79 %), seguido de la colecistitis crónica litiásica no reagudizada (12%) y la colecistitis aguda litiásica (7%). Gráfico 4.

Gráfico 4
Hallazgos intraoperatorios



Fuente: Estadística del hospital “Federico Bolaños Moreira”.

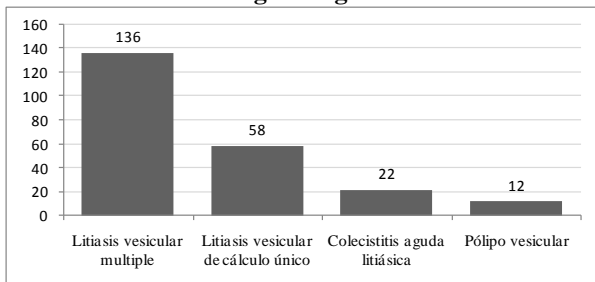
Los hallazgos ecográficos observados fueron la litiasis vesicular múltiple (59,65 %), litiasis vesicular de cálculo único (25,43 %), colecistitis aguda litiásica (9,64%) y pólipo vesicular (5,26%). Tabla 1 y gráfico 5.

Tabla 1

Hallazgos ecográficos		
	Nº pacientes	%
Litiasis vesicular múltiple.	136	59,64
Litiasis vesicular de cálculo único.	58	25,43
Colecistitis aguda litiásica.	22	9,64
Pólipo vesicular.	12	5,26

Fuente: Estadística del hospital "Federico Bolaños Moreira".

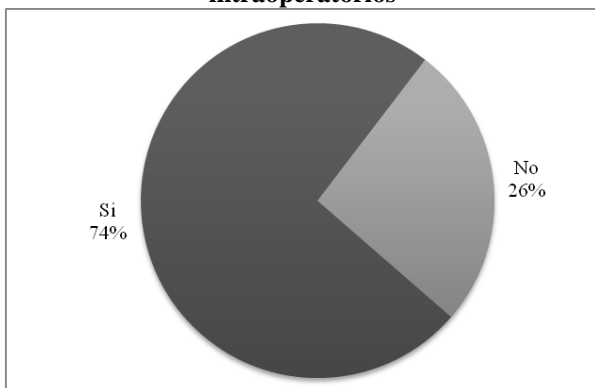
Gráfico 5
Hallazgos ecográficos



Fuente: Estadística del hospital "Federico Bolaños Moreira".

Al correlacionar los hallazgos intraoperatorios con los ecográficos, se encontró que sí existe relación entre éstos en el 74% de los casos. Gráfico 6.

Gráfico 6
Correlación entre hallazgos ecográficos e intraoperatorios



Fuente: Estadística del hospital "Federico Bolaños Moreira".

La estadía hospitalaria promedio fue de 27 horas, el tiempo de cirugía promedio fue de 76 minutos y las complicaciones se presentaron en el 3% (n= 7). Las reinternaciones y las reintervenciones se presentaron en el 0,34% (n = 1) y 0,9% (n= 2) respectivamente.

La tasa de conversión fue del 5.1% (n= 12). Las causas de conversión por falla técnica de la torre e instrumental fueron debido a luz insuficiente (n=2), trocar en mal estado (n=3) y fuga de CO2 (n=3).

Las conversiones por la dificultad del caso (n= 4) fueron por difícil abordaje, sangrado incoherible del lecho vesicular, vesícula esclerotrónica y vesícula intrahepática.

Discusión

El avance de la tecnología está encaminado a proveer bienestar físico y psicológico a los pacientes^{17,18,19}. Mayor estancia hospitalaria se interpreta como mayor gravedad, por lo que los cirujanos procuran egresar a los pacientes lo antes posible, sin descuidar las normas de seguridad^{2,7}.

Con la utilización de la cirugía laparoscópica se hace posible el egreso, incluso en el postoperatorio inmediato, permitiendo que el paciente se incorpore a su núcleo familiar y a sus actividades laborales en el menor tiempo posible^{6,12,20}.

Los resultados obtenidos en este trabajo son similares a los encontrados en Latinoamérica seguramente porque las características poblacionales son semejantes^{1,4,21}.

En algunos reportes la estancia hospitalaria ha sido menor (menos de 11 horas) ya que se realiza este procedimiento de manera ambulatoria pero si comparamos la estancia hospitalaria con hospitales con similares características, es equivalente^{15,22}.

Se acepta internacionalmente una tasa de conversión que no supere el 5%. En este estudio la tasa de conversión a cirugía abierta fue del 3%^{8,9,10}.

Conclusiones

- La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la litiasis vesicular no complicada.
- Un abdomen con cirugía previa ya no es una contraindicación absoluta.
- La curva de aprendizaje de los primeros meses, y los hallazgos intraoperatorios incidieron en la prolongación del tiempo quirúrgico y en la estancia hospitalaria.
- No se dudó en la conversión a cirugía abierta cuando el caso lo ameritó.

Recomendaciones

- Con un entrenamiento adecuado este procedimiento debe realizarse en todos los niveles de atención hospitalaria.
- Lo ideal es contar con un mismo equipo quirúrgico en todas las cirugías.
- No dudar en utilizar otro puerto de abordaje cuando el caso lo amerite.

Referencias bibliográficas

1. Abaúnza H, et al. Colectomía laparoscópica: trabajo cooperativo de la Sociedad Colombiana de Cirugía. Rev. Colomb. Cir. julio 1992; 7(supl.1):2-10.
2. Berríos G. Experiencia de la colectomía en el hospital Escuela "Dr. Oscar Danilo Rosales Argüello". León 1 de febrero de 1994 - 1 de noviembre de 2001. 2002; UNAN León, Heodra.
3. Canales G. Experiencia en colectomía laparoscópica. Heodra Diciembre 1996 - Diciembre 1997. 1998; UNAN León, Heodra.
4. Carcamo, Vertulli, Kuschel. Colectomía laparoscópica experiencia del hospital clínico regional "Valdivia", Rev. Chil de cirugía vol. 54 #2 abril. 2002; p153-158.
5. Carabajal J, Valsechi S, Castillo C. Colectomía laparoscópica, análisis 234 casos revista de postgrado de la VIa Cátedra médica. diciembre 2003; p10-15.
6. Cazabán, Genta y Hermida. Experiencia en servicios universitarios del hospital de clínicas, revista de cirugía. Rev. Chil Médica. 2007; p429-436.
7. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Cirugía en el paciente geriátrico, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana, 1994; volumen 1, 2, México.
8. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. 1997; volumen 1, 2, 6, México.
9. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica, Urgencias abdominales ¿ha cambiado algo?, Mcgraw Hill interamericana. 1997; volumen 6.
10. Cuéllar C, et al. Colectomía laparoscópica: primera experiencia en Colombia. Rev. colomb. Cir. Jul 1991; 6(supl.2):5-12.
11. Greenfield, Surgery. Mastering principles, practice and technique, Lippincott - Raven publishers, 2000.
12. Lopera C. Colectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo: tratamiento ambulatorio vs. Hospitalario. Rev. colomb. Cir. dic. 1999; 14(4):231 -235.
13. Maingot. Operaciones Abdominales, Editorial Médica Panamericana. 1998; 10ma Edición, Argentina.
14. Ortiz J. Reporte de 604 casos de colectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. 2002; vol.3 No.1 Ene.-Mar, pp 16-19.
15. Quildrian S. Colectomía laparoscópica temprana en el tratamiento de la colecistitis aguda. Rev. argent. Cir. enero-febrero 2003; 84(1/2):1-5.
16. Sabeh M. Colectomía laparoscópica de corta estadía. Experiencia en un servicio privado de cirugía general. Rev. argent. resid. Cir. agosto 2003; 8(1):17-19.
17. Sabinston. Tratado de Patología Quirúrgica, Editorial McGraw-Hill Interamericana. XV Edición. Julio 1999; México.
18. Sotolis D. Tratado de Patología Quirúrgica y Técnicas .4a. Edición. Vol. 1 McGraw-Hill Interamericana editores. México, D.F. 2004.
19. Schwartz. Principios de Cirugía, Editorial Interamericana Mc Graw-Hill. 5ª Edición. 1991; México,
20. Urbina M. Colectomía convencional y laparoscópica. Hospital "Roberto Calderón" octubre 1999 - 2002. Managua 2009; s.n; p.39.
21. Vergnaud J, et al. Colectomía laparoscópica: experiencia en hospital de segundo nivel. Rev. colomb. Cir. Marzo 2000; 15(1):8-13.
22. Villazón O. Apendicectomía por laparoscopia. Revisión de una serie. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. Jul.-Sep 2001; vol.2 No.3; pp 142-146.

Dr. Fabián Zambrano Andrade
Teléfono: 593-04-2443954; 093044203
Correo electrónico: dr_fzambrano@yahoo.com
Fecha de presentación: 15 de noviembre de 2010
Fecha de publicación: 30 de marzo de 2011
Traducido por: Lcda. Sara Rivadeneira,
Coordinadora de Pasantías de Traducción,
Facultad de Artes y Humanidades.