

Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 200 casos en el Hospital Central Militar

Tte Cor MC Gonzalo *de la Torre Martínez*,* Gral Brig MC Raymundo *Manzano Trovama F*,** Tte Cor MC Ignacio *Magaña Sánchez**

RESUMEN

Se comunica la experiencia de 200 casos de colecistectomías laparoscópicas efectuadas en el Hospital Central Militar de México, de diciembre de 1992 a febrero de 1993. El límite de edad fue de 16 a 80 años con promedio de 40. Predominó el sexo femenino en 92.5%. La litiasis se presentó en 97.2% de los casos, la colecistitis crónica fue la más frecuente en 86.5%. Solamente en 2.5% se terminó la cirugía en forma abierta. En 121 pacientes la duración del procedimiento fue entre 60 y 120 minutos. El dolor postoperatorio se catalogó como leve en 75% de los casos y como intenso en 4.3%. Al 53% se le reinició vía oral a las 12 horas del postoperatorio. El 80% egresó dentro de las primeras 48 horas de su internamiento. Sólo se reoperó a un paciente que resultó con una fistula biliar; no hubo casos de muerte.

Palabras clave: colecistectomía, laparoscopia, Hospital Central Militar.

La historia de la laparoscopia se remonta a 100 años, cuando casi exclusivamente fue para uso diagnóstico y fue hasta el año de 1987 cuando Philip Mouret en Lyon, Francia, realizó la primera colecistectomía laparoscópica.¹

En el Hospital Central Militar de la Ciudad de México, la primera colecistectomía laparoscópica se realizó el 13 de noviembre de 1991 y se efectúa regularmente desde el año de 1992, por los cirujanos del departamento, quienes recibieron una capacitación previa y se sujetaron a un periodo de adiestramiento especializado.

Al inicio dicha cirugía se vio con cierto escepticismo, ya que se requiere un cambio de actitud y una capacitación diferente; sin embargo, en este momento la forma de pensar de la mayoría de los cirujanos ha cambiado, expresando gran

ABSTRACT

This is the report of the first 200 cases of laparoscopic cholecystectomy carried out at the Military Central Hospital of Mexico. Patients were operated on from December 1992 through February 1993. Average age at the time of surgery was 40 years (16 to 80). Cholelithiasis was present in 97.2% of the patients and chronic cholecystitis in 86.5%. Only in 2.5% of the cases laparoscopy became an open surgery which is a rather low rate according to most of the published series. The duration of the laparoscopic procedure was from 60 to 120 minutes in 121 patients. Postoperative pain was mild in 75% of cases and severe in only 4.3%. Oral feeding was re-started in an average of 12 hours postoperative in 53% of cases. The 80 per cent of the patients were discharged out from the hospital through the first 48 hours after the laparoscopic procedure. Only one patient underwent reoperation because of bile fistulization. There were no cases of death in the present series.

Key words: cholecystectomy, laparoscopy, Military Central Hospital.

entusiasmo por conocer y dominar las técnicas laparoscópicas, ya que, al paso del tiempo han demostrado ventajas, como la reducción de: días de estancia intrahospitalaria, dolor, tiempo de recuperación, así como un mejor resultado estético.

Material y método

Se estudiaron en forma retrospectiva 200 pacientes, a quienes se les efectuó colecistectomía laparoscópica en el Hospital Central Militar de la Ciudad de México. A todos se les realizó historia clínica completa y los exámenes de laboratorio siguientes: biometría hemática, química sanguínea, examen general de orina, bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, pruebas de tendencia hemorrágica y proteínas totales. Los estudios de gabinete fueron: radiografía de tórax y ultrasonido de la vesícula y las vías biliares. A los últimos 140 pacientes se les efectuó colecistocolangiografía y a los que tuvieron litiasis en el colédoco o dilatación de las vías

* Jefe de sala del Hospital Central Militar.

** Jefe del departamento de cirugía. Hospital Central Militar, México, DF.

biliares, antes de efectuar la colecistectomía laparoscópica se les realizó una colangiografía retrógrada endoscópica como método diagnóstico o terapéutico para eliminar la litiasis. En la preparación operatoria se incluye la administración de antibiótico profiláctico (cefalosporina de segunda generación, dosis única aplicada durante la inducción anestésica).

Resultados

Los pacientes en su mayoría fueron del sexo femenino sumando 185, que corresponde al 92.5%. El rango de edad varió entre los 16 y los 80 años con un promedio de 40, ocupando el 65%.

Los pacientes a quienes se les realizó colecistocolangiografía no tenían antecedentes de alergia al medio de contraste y ninguno tuvo reacción.

La litiasis vesicular ocupó 97.2% de los casos, 2.3% correspondió a colecistitis alitiásica y sólo hubo un caso de pólipo vesicular. Se operaron en forma aguda, con comprobación histopatológica de las piezas quirúrgicas, 27 pacientes, lo que representa 13.5% (cuadro 1).

Cuadro 1. Indicación para la colecistectomía laparoscópica.

Litiasis vesicular	97.2%
Colecistitis alitiásica	2.3%
Pólipo vesicular	0.5%

La duración del procedimiento laparoscópico fue la siguiente: hasta 60 minutos en 62 pacientes, de 60 a 120 minutos en 121 y más de dos horas, sólo en 17 casos. (cuadro 2)

Cuadro 2. Duración del procedimiento laparoscópico

0 a 60 minutos	62 pacientes	31.0%
60 a 120 minutos	121 pacientes	60.5%
120 en adelante	17 pacientes	8.5%

La vía oral volvió a usarse con dieta de líquidos claros en menos de 12 horas en 40% de los casos, dentro de las primeras 24 horas, 53% y se les administró después de las 24 horas del postoperatorio al 7%.

En cinco pacientes se presentaron motivos para efectuar la conversión de la cirugía; éstos fueron: dos por tumoración de la vesícula, uno de ellos correspondió histopatológicamente a un adenocarcinoma de la vesícula. El tercero correspondió a un piocolecisto en un paciente diabético; el cuarto a una lesión transoperatoria del colédoco que se identificó y se reparó y el último por sangrado de la arteria cística. Todos estos pacientes tuvieron una buena evolución postoperatoria y sin complicaciones.

El dolor se catalogó en forma subjetiva como leve en 75.5% de los casos, requiriendo dosis mínimas de analgésicos comunes del tipo del clorhidrato de lisina, que se aplicaron

por vía intravenosa cada ocho horas, moderado, en 20.2% y de intenso 4.3% (cuadro 3).

Cuadro 3. Dolor postoperatorio en colecistectomía laparoscópica

Leve	75.5%
Moderado	20.2%
Intenso	4.3%

Sólo tuvieron complicaciones 3% de los casos, tres pacientes con fístula biliar externa, dos de los cuales se resolvieron espontáneamente y uno se reintervino quirúrgicamente, que además tenía litiasis residual. Un paciente con lesión del colédoco, que se advirtió en el transoperatorio y se reparó en forma satisfactoria. Una lesión del mesenterio al introducir un puerto en la región umbilical y un paciente con infección de la herida.

La estancia hospitalaria de 76 pacientes fue de 18 a 24 horas, en 102 casos de 25 a 48 horas, lo que representa 51% y 22 pacientes de 49 horas en adelante (cuadro 4).

Cuadro 4. Estancia hospitalaria en el postoperatorio

18 a 24 horas	76 pacientes	38%
25 a 48 horas	102 pacientes	51%
49 horas en adelante	22 pacientes	11%

Tres pacientes tuvieron litiasis residual (1.5%), dos de ellos diagnosticados un año después de la colecistectomía laparoscópica y el tercero en el postoperatorio, lo cual se resolvió mediante método endoscópico.

En esta serie no se presentó mortalidad durante o debida a la operación, con un seguimiento promedio de un año seis meses.

Discusión

En Estados Unidos la enfermedad vesicular ocasiona alrededor de 500,000 colecistectomías al año.² La colecistectomía abierta es un procedimiento que en el Hospital Central Militar de México tiene una mortalidad del 0.44% con una frecuencia de lesiones de las vías biliares menor al 1% y de cálculos residuales del 1.08%.³

En Europa, por el año de 1991, se publicaron los trabajos que realizaron Luschjieri y Dubois, donde recopilaron información de colecistectomías laparoscópicas efectuadas por 20 cirujanos en siete hospitales; encontraron que la conversión a colecistectomía abierta fue 3.6%, sin mortalidad y lesiones de vías biliares en 0.33%.

Thomas R Scott, en su artículo de revisión de 12,397 colecistectomías laparoscópicas efectuadas en varios centros hospitalarios de Estados Unidos, señala que 95% de las intervenciones se efectuaron en forma electiva, la litiasis fue la causa más frecuente en 90% de los casos y la conversión

del 4%. Dentro de las complicaciones, las lesiones de las vías biliares fueron del 0.8% con una morbilidad general del 4% y mortalidad del 0.8%.⁴

Existen autores como Gerald M. Fries y colaboradores que señalan 5.4% de conversiones,⁵ por otro lado, en nuestra serie encontramos 2.5%. Como puede advertirse estamos dentro del rango mundialmente publicado y éstas se debieron a la falta de identificación de las estructuras anatómicas a nivel del triángulo de Calot, dentro de la primera hora de la cirugía, tiempo que se dio en forma arbitraria para convertir al procedimiento.

En cuanto a las lesiones de las vías biliares existen comunicaciones desde 0.3% de Soper y colaboradores⁶ hasta del 0.6%.⁷ Lo encontrado por nosotros fue 0.5% que corresponde a las cifras anteriormente señaladas; además de considerar que estamos en la fase de inicio de la curva de aprendizaje, en donde las complicaciones son más frecuentes.

Con respecto a la litiasis residual nos encontramos por arriba de algunas series, en donde señalan que sucede en 0.3%⁷ en nuestra serie ocurrió en 1.5%. Consideramos que esto se debió fundamentalmente a que al inicio de este tipo de operación no se aplicó ningún método para descartar litiasis en el colédoco; sin embargo, a los 140 pacientes restantes se les efectuó colecistoangiografía, lo que permite hacer no sólo la identificación de la coledocolitiasis silenciosa, que puede ser hasta de 15%, sino que se tiene un mapeo de las vías biliares.

Conclusiones

Se concluye que este trabajo demuestra que las cifras

encontradas están dentro de los límites publicados por otros autores y que en nuestras manos no aumenta la morbilidad ni mortalidad de este procedimiento quirúrgico. Pensamos que esto se debe fundamentalmente a tres circunstancias que son: en primer lugar, la preparación del cirujano general, en donde inicialmente tiene que conocer y manejar adecuadamente la cirugía de la vesícula y vías biliares en su forma abierta. En segundo, al adiestramiento disciplinado y escrupuloso que se realiza en nuestra institución para efectuar la colecistectomía laparoscópica y, por último, al uso rutinario del mapeo de las vías biliares mediante la colecistocolangiografía, que se realiza con el objeto de identificar posibles alteraciones anatómicas, así como litiasis de las vías biliares.

Referencias

1. Dubois F, Berthelot G, Levar H. Cholecystectomy for Coelioscopy. *Presse Med* 1989; 180: 980-982.
2. Hermann RE, Vogt DO. Biliary system. En: David JH (ed) *Clinical surgery*. St Louis: CV Mosby, 1987: 1637-1680.
3. Márquez García MA, Magaña Sánchez I, Manzano Trovamála JR. Colecistectomía. Experiencia de cinco años en el Hospital Central Militar. *Rev Sanid Milit (Méx)* 1991; 45: 53-55.
4. Thomas R, Scott, Kark A. Suker, Robert W Bailke. Laparoscopic cholecystectomy: a review of 12,390 patients. *Laparoscopy and Endoscopy* 1992; 2 (3): 191-198.
5. Gerald M, Fried, Jeffrey S, Barkun, Harvey H. Sigman. Factors determining conversion to laparotomy in patients undergoing laparoscopy. Cholecystectomy. *Am Journal of Surgery* 1994; 167: 35-39.
6. Soper NJ, Stockmann PT, Dunnegan DL, Ashley SW. Laparoscopic Cholecystectomy: The New old Standard? *Arch Surg* 1992; 127: 917.
7. Daniel J, Deziel, Keith WM, Steven GE, Alexander Doolas, Sung-Tao Ko, Mohan CA. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A National Survey of 4,292 hospitals and an analysis of 77, 604 cases. *Amer Jour Surg* 1993; 165: 9-13.