

CAUSAS DE CONVERSIÓN EN COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CAJA NACIONAL DE SALUD H.O Nro 2 2000 - 2005 Cochabamba

* Alberto Requena Urioste
** Yessica Gutiérrez Herrera

RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica no está exenta de complicaciones, entre éstas se pueden atribuir a las propias del procedimiento laparoscópico, las que guardan relación con la cirugía vesicular y las complicaciones exclusivas de la colecistectomía laparoscópica.

Entre los años 2000 y 2005 se realizó un estudio de 118 colecistectomías laparoscópicas en la Caja Nacional H.O Nro 2; 94 pacientes eran del sexo femenino (80%) y 24 pacientes del sexo masculino (20%). La edad media fue de 47 años (17-79). En 10 pacientes (8.4%) se realizó herniorrafia umbilical; En 24 pacientes (20%) se realizó el abordaje por tres puertos de entrada, técnica empleada desde el 2005.

La tasa de conversión fue de 11%; siendo la principal causa la presencia de adherencias en 5 pacientes (38%), Sospecha de cáncer 1 paciente (8%), Variantes anatómicas 3 pacientes (23%), hemorragia 1 paciente (8%), fístula colecistoduodenal, 3 pacientes (23%). En nuestra serie, el tipo de anestesia fue en el 100% de tipo general. El promedio de la estancia hospitalaria fue menor a 24 horas en 83 pacientes (70%), y más de 24 horas 35 pacientes (30%); El 100% de los pacientes ingresaron por el servicio ambulatorio y recibiendo antibioticoterapia profiláctica con 1gr cefotaxima EV

Palabras Claves: *Conversión, Colecistectomía Laparoscópica*

ABSTRACT

The cholecystectomy laparoscopic is not exempt of complications, some of this can be attributed to the own laparoscopic procedures, which have relation with the vesicular surgery and the exclusive complications of the cholecystectomy laparoscopic.

Between 2000 and 2005 they made a study of 118 laparoscopic cholecystectomy at the Caja Nacional de Salud H.O Nro 2; having 94 female patients (80%) and 24 men patients (20%). The average age was 47 years-old (17-49). In 10 patients (8.4%) it was made umbilical herniorrhaphy; 24 patients (20%) it was approached by three entrance doors, technique used since 2005.

The conversion tasa was 11%, being the main reason of conversion the presence of adhesion in 5 patients (38%), suspect of cancer on 1 patient (8%), anatomic alterations on 3 patients (23%), hemorrhage on 1 patient (8%), and fistula cholecystoduodenal on 3 patients (23%).

In our set the anesthesia type was 100% of general type. The average of hospitalization was under 24 hours on 83 patients (70%) and over 24 hours on 35 patients (30%); 100% of the patients were admitted by the ambulance service. 1 cod. Receiving prophylactic antibiotic therapy 1 gr. cefotaxima EV.

Key Words: *Conversión, Laparoscopic cholecystectomy*

* Cirujano General CNS Jefe del Dpto. Cirugía HO N2

**Residente de Cirugía III CNS

INTRODUCCION

La colelitiasis existe desde la antigüedad, en la actualidad su frecuencia es más alta por la mayor longevidad del hombre y por su dieta. La litiasis vesicular y de las vías biliares representa un problema serio de salud a nivel mundial.

Antes de que se popularizara la técnica de colecistectomía video laparoscópica., en Estados Unidos se realizaban 500 000 colecistectomías en promedio, que a partir de 1991 se incrementa a 600 000 procedimientos, lo que representa un aumento del 20%, posiblemente este fenómeno sea secundario a los excelentes resultados que se obtienen por esta cirugía menos agresiva y a los exámenes de imagenología como la ecografía las cuales condiciona para que un mayor número de pacientes recurra al cirujano en etapas más tempranas de la enfermedad.⁽³⁾

La colecistectomía laparoscópica tiene las siguientes contraindicaciones:

- Contraindicaciones Absolutas: 1) Alteraciones graves de la coagulación, 2) Tercer trimestre del embarazo, 3) Riesgo anestésico, 4) Vesícula enfisematosa con necrosis extensa, 5) Lesiones miocárdicas recientes.

Se puede concluir que las contraindicaciones son cada día menos y están en relación directa con la experiencia del grupo quirúrgico, así como también de la disponibilidad de instrumental y equipos adecuados. El cirujano siempre cuenta con el recurso de convertir el procedimiento.

La colecistectomía laparoscópica electiva suele ser una operación reglada

Entre las complicaciones que pueden surgir y provocar la conversión de la cirugía tenemos las siguientes:⁽³⁻⁴⁾

1. Atribuibles al procedimiento laparoscópico
2. Las que guardan relación con la cirugía vesicular
3. Complicaciones exclusivas de la colecistectomía laparoscópica
4. Complicaciones médicas

La colecistectomía laparoscópica programada se realiza con altos grados de seguridad (mortalidad de menos de 0,2% y morbilidad de menos de 5%).

El convertir una cirugía laparoscópica no implica que haya ocurrido una complicación, sino que se la evita y es un signo de buen juicio quirúrgico⁽³⁾

Las sugerencias más importantes para evitar lesiones de la vía biliar son las siguientes:⁽³⁾

1. Buena exposición de la vesícula biliar mediante tracción adecuada del fondo y de la bolsa de Hartmann.

2. Iniciar disección en la unión de la vesícula con el Cístico y del lado derecho del cuello de la vesícula.
3. No utilizar electrocauterio en el triangulo de Calot.
4. No aplicar grapas ni cortar ninguna estructura hasta la plena identificación del conducto y de la arteria Cística.
5. Disecar el cuello de la vesícula biliar en toda su circunferencia con separación del lecho vesicular e identificación de la unión con el conducto cístico cuando esto sea posible.
6. Observar las puntas de las grapas clipadas.
7. Conversión del procedimiento si se juzga conveniente.

Neumoperitoneo: El dióxido de carbono es el gas usado en estos procedimientos debido a que no es combustible, es rápidamente eliminado por vía pulmonar. Se lo utiliza para tener una adecuada exposición quirúrgica por que desplaza la pared abdominal.

Durante la cirugía es conveniente mantener la presión entre 10 y 15 mm. de Hg. porque si se la sobrepasa, la distensión sobre todo del diafragma, deja un dolor posterior a la cirugía que se irradia a los hombros y que puede durar unos cuantos días.⁽⁴⁾

El procedimiento de elección es la colecistectomía laparoscópica hoy considerado como el "patrón oro" en el manejo quirúrgico de la enfermedad litiasica. El uso racional de antibióticos profilácticos ha logrado controlar bastante bien el desarrollo de complicaciones sépticas postoperatorias.

RESULTADOS

El estudio realizado durante las gestiones 2000 - 2005 en la Caja Nacional de Salud H.O. N2, fué descriptivo, longitudinal.

El Universo y Muestra comprendió a todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica identificados mediante la revisión de Historias Clínicas con un formulario preestablecido.

MATERIALES Y METODOS

En el periodo de estudio fueron intervenidos quirúrgicamente 108 pacientes, en quienes se realizó colecistectomía video laparoscópica.

La distribución por sexo 94 pacientes (80%) sexo femenino y 24 pacientes (20%) sexo masculino. La distribución por edades se muestra en el Gráfico No 1.

El mayor porcentaje de pacientes 18 (45%) tenían el antecedente de cirugía por Cesárea, seguida de 10 pacientes (25%) que fueron apendicectomizados (Gráfico 2).

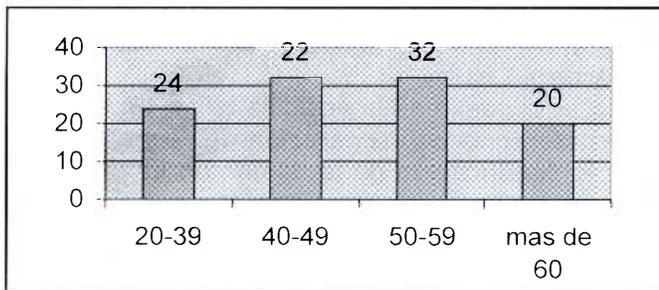


Gráfico 1: Distribución por edad de pacientes operados de colecistectomía video laparoscópica

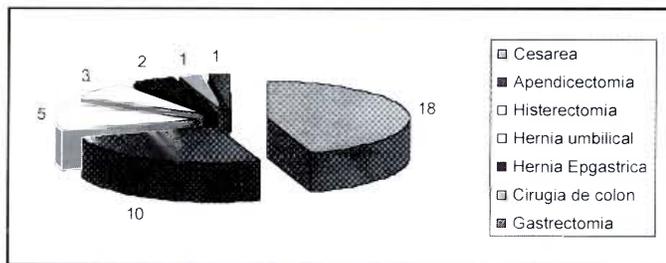


Gráfico 2: Cirugías previas

De los hallazgos Ecográficos, se tomaron parámetros como tamaño de la vesícula, número de cálculos y grosor de la pared como posibles causas de conversión (Tabla 1,2,3)

Tamaño	No	%
Pequeña menor a 5cm	23	20
Normal	63	53
Grande mayor a 12 cm	32	27
Total	118	100

Tabla 1: Tamaño de la vesícula.

No Cálculos	No	%
Cálculo único	47	44
Múltiples cálculos	71	66
Total	118	100

Tabla 2: Número de cálculos.

Obtuvimos como resultado en el estudio realizado que en un mayor porcentaje se presentan vesículas de tamaño normal, con múltiples cálculos y paredes delgadas; y no se demostró estadísticamente que influyera en la tasa de conversión.

Grosor de la pared vesicular	No	%
Pared delgada	84	71
Pared gruesa	34	29
Total	118	100

Tabla 3: Grosor de la Pared Vesicular.

Se determinaron las causas de conversión de las que el mayor porcentaje 38% (5 pacientes), se debieron a la presencia de adherencias, seguida de 25% (3 pacientes), en los cuales se encontró fistulas colecistoduodenal (Gráfico 3).

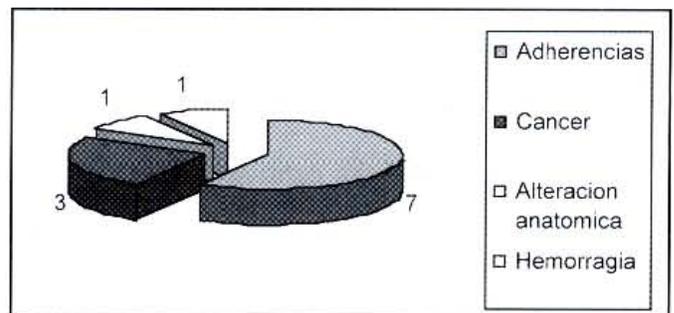


Gráfico 3: Causas de conversión de cirugía laparoscópica.

El promedio de la estancia hospitalaria fue menor a 24 horas en 83 pacientes (70%), y más de 24 horas en 35 pacientes (30%).

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica de vesicular biliar es más frecuente en el sexo femenino en nuestro medio y de acuerdo a la literatura internacional.

El porcentaje de conversión en este estudio fue de 11%, teniendo como causa principal la presencia de adherencias que corresponde al 38% (cinco pacientes).

La presencia de cirugía previa por laparotomía media supraumbilical determinó en este estudio la conversión del 40% de los pacientes.

El tamaño y grosor de la pared vesicular así como el número de cálculos en este estudio no influyeron en la determinación de cambiar la técnica quirúrgica.

La cirugía laparoscópica es un aporte a la sociedad por tener una recuperación rápida ya que en nuestro trabajo el 70 % de los pacientes fueron dados de alta antes de las 24 horas.

En esta revisión no hubo ningún caso de reoperación ni mortalidad.

BIBLIOGRAFIA

1. Department of surgery, Washington University. "Washington Manual de cirugía" 2da ed. Marban libros, S.L.. 2001; 273 - 274.
2. Tratado de Cirugía general. México: El manual moderno: Consejo Mexicano de Cirugía General, 2003; 977.
3. JORGE CERVANTES, F.A.C.S JOSE FELIX PATIÑO F.A.C Laparoscopia y Toracoscopía; Indicaciones de la colecistectomía laparoscópica 51-99. Mexico D.F.
4. GUZMÁN B PRUDENCIO. Manual de Cirugía Laparoscópica 2004.
5. K.A. ZUCKER, J.L. FLOWERS, R.W. BAILEY, S.M. GRAHAM, J. BUELL, A.L. IMBEMBO. Laparoscopic management of acute cholecystitis. Am. J. Surg. 1993; 165:508-14.
6. J.F. SMITH, D. BOYSEN, J. TSCHIRHART, T. WILLIAMS. Risks and Benefits of Laparoscopic Cholecystectomy in the Community Hospital Setting. J. Laparoendosc. Surg. 1991;1: 325 -32.
7. KIVILUOTO T, SIREN J, LUUKKONEN P, et al. Randomised trial of laparoscopic versus open cholecystectomy for acute and gangrenous cholecystitis. Lancet 1998 31; 351:321-325.
8. PATIÑO JF. Colecistitis aguda. En: Lecciones de Cirugía. Por JF Patiño. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires-Bogotá, 2001.
9. GRANADOS JUAN JOSÉ, NIEVA RICARDO y Colaboradores, Criterios de conversión de cirugía laparoscópica a cirugía abierta y Complicaciones post colecistectomía. (Asociación Mexicana de cirugía Endoscópica Sep. 2001).
10. E. MILLER, F.M. KIMMELSTIEL. Laparoscopic cholecystectomy for Acute Cholecystitis. Surg. Endosc. 1993;7:296-9.