

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON
CAJA NACIONAL DE SALUD**

**HOSPITAL OBRERO N° 2
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA
DIVISION DE POST GRADO**

**COLECISTECTOMIA
LAPAROSCOPICA**

**EN EL HOSPITAL OBRERO N° 2 CAJA
NACIONAL DE SALUD
SEGUIMIENTO DE 785 CASOS**

AUTOR : Dr. Franz M. Tanabe Paz

Residente de Tercer Año de Cirugía.

TUTOR : Dr. Prudencio Guzmán Borda

Jefe del Servicio de Cirugía C.N.S.

FEBRERO 2001

Cochabamba - Bolivia

INDICE DE MATERIAS

1. - RESUMEN.....	4
2. -INTRODUCCIÓN.....	5
3.- MARCO TEORICO.....	7
4.- OBJETIVOS GENERALES.....	14
5.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	15
6.- DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
7.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	16
8.- UNIVERSO.....	16
9.- VARIABLES DEPENDIENTES.....	17
10.- VARIABLES INDEPENDIENTES.....	17
11.- PROCESO.....	18
12.- RESULTADOS.....	19
13.- DISCUSION.....	23
14.- CONCLUSIONES.....	30
15.- RECOMENDACIONES.....	31
16.- BIBLIOGRAFIA.....	31
17.- ANEXOS.....	31

INDICE DE ILUSTRACIONES

1.- DISTRIBUCION POR SEXO	40
2.- ANTECEDENTES PATOLOGICOS	40
3.- TIEMPO DE EVOLUCION	41
4.- DIAGNOSTICO PREOPERATORIO	41
5.- MORBILIDAD GENERAL	42
6.- MORBILIDAD LOCAL	42
7.- REINTERVENCIONES	43
8.- TIEMPO DE HOSPITALIZACION	43
9.- COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS	44
10.- LESIONES DE LA VÍA BILIAR	44
11.- MANEJO DE LA LITIASIS BILIAR	45
12.- EVOLUCION POSTOPERATORIO	45
13.- CAUSAS DE CONVERSION	46
14.- CAUSAS DE CONVERSION detalle	46
15.- TIEMPO QUIRURGICO	47
16.- CONVERSION POR SEXO	47

RESUMEN.

Introducción.-

Presentamos los resultados y experiencia de seis años en la colecistectomía laparoscópica, pretendiendo dar una visión real del significado de este procedimiento en nuestro hospital.

No existen diferencias significativas con la literatura mundial en las diferentes variables analizadas, en cuanto a morbimortalidad ni conversión a cirugía abierta, pero sí fue llamativo el hecho de no tener ninguna lesión de la vía biliar.

Pacientes y Método.-

Se revisa retrospectivamente una serie de 785 pacientes intervenidos consecutivamente desde Diciembre de 1994 hasta Diciembre de 2000, analizando fundamentalmente las complicaciones.

Resultados.-

De los 785 casos recolectados, 596 (76%) fueron mujeres y 189 (24%), hombres; la edad promedio fue de 42 años (13-85años), y se realizaron 698 cirugías electivas (89%) y 87 de urgencia (11%).

Se diagnosticó una colecistitis aguda en el 11% de los pacientes, dos pancreatitis biliar en el 0,25% y coledocolitiasis en el 2,16%. El índice de conversiones fue del 5,2 % y el 9,29 % de la serie ha requerido la realización de una ERCP en algún momento tras la intervención. La morbilidad abdominal ha sido del 10,6% y la general del 4%. La mortalidad fue de un paciente, 0,12%.

Se han producido 5 lesiones de la vía biliar principal (0,6%) y hemos registrado litiasis residuales en 22 pacientes (2,8%). Han sido reintervenidos el 1,5 % de los pacientes y ha necesitado reingresar el 2,4 %.

La estancia hospitalaria media postoperatoria fue de menos de 24 horas en el 64,8%.

Hubo conversión a cirugía abierta en el 5,2% y una incidencia general de complicaciones del 5,98%, siendo la más importante la infección de la herida quirúrgica, hechos que concuerdan con las grandes series mundiales. Fue de significación estadística, el hecho de ser hombres o de presentar colecistitis aguda y vesícula escleroatrófica para la conversión a cirugía abierta.

Conclusiones.-

La Colecistectomía Laparoscópica se ha consolidado en nuestro medio y creemos que todo Servicio de Cirugía debería ofrecer a sus pacientes la posibilidad de este adelanto tecnológico.

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL OBRERO N°2 CAJA NACIONAL DE SALUD SEGUIMIENTO DE 785 CASOS

INTRODUCCIÓN.-

La cirugía laparoscópica tiene sus primeras experiencias en 1901 cuando George Kelling realizó la primera celioscopia en perros vivos, con un cistoscopio y aire libre para crear un neumoperitoneo.

Luego de este hecho, han sido muchos los personajes que de una u otra manera han aportado elementos para su desarrollo. La primera serie grande de laparoscopia n hombres la realizó

Jacobaeus, en 1911, quien evaluó no solamente el abdomen, sino también el tórax y acuñó el término "Laparotoracosopia" .

En 1938, James Veress, un cirujano de tórax, utiliza una aguja especial que aún lleva su nombre, para crear un Neumotorax y tratar cierto tipo de tuberculosis.

A pesar de los avances técnicos que permitían una laparoscopia segura y terapéutica, los cirujanos generales no quisieron apropiarse de este conocimiento en contraparte a los ginecólogos, aunque hubo algunas excepciones notables tales como George Bersi, Alfred Cuschieri, Paul Sugarbaker, Andrew Warshaw y otros, quienes persistentemente argumentaron la importancia de la laparoscopia antes del desarrollo de la colecistectomia laparoscópica .

El primer informe de colecistectomia por laparoscopia lo presentó en un congreso de cirugía en Alemania, en abril de 1986, el doctor Muhe , pero no logró mucha acogida de la comunidad médica. En 1987, Phillipe Mouret, un ginecólogo francés realizó una colecistectomia por laparoscopia , lo cual incentivó a los cirujanos franceses Dubois y Perissat a desarrollar independientemente su técnica para la colecistectomia laparoscópica en 1988 y desde entonces surgió el auge y desarrollo por esta

novedosa vía de acceso a diferentes procedimientos quirúrgicos, y aún hoy en día se viene implementando cada vez más en diferentes estados patológicos .

Desde que Langenbuch realizara la primera colecistectomía con éxito en 1882, el segundo gran hito en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar ha sido su abordaje laparoscópico.

A pesar de no contar con los ensayos clínicos adecuados, su aceptación ha sido vertiginosa y nadie, o casi nadie, discute ya sus ventajas, aunque estas se reduzcan a una estancia hospitalaria más corta y un retorno precoz del paciente a su trabajo.

La cirugía laparoscópica nos ha hecho utilizar términos nuevos como *conversión* para definir el fracaso de nuestra destreza o de la capacidad técnica en un determinado momento, y debatir cuestiones que parecían superadas como es el manejo de la litiasis de la vía biliar principal.

Se le reconocen unos índices de morbilidad y mortalidad menores que con la cirugía abierta convencional, pero existe un sentimiento general de que estas cifras podrían estar subestimadas.

Hemos revisado retrospectivamente la experiencia del Servicio de Cirugía del Hospital Obrero N° 2 en el tratamiento laparoscópico de la enfermedad litiasica biliar, analizando fundamentalmente las complicaciones y las causas principales que determinan la conversión a una colecistectomía abierta.

Básicamente se pretende hacer un acercamiento al índice de complicaciones y efectos adversos que se presentan en nuestro medio y establecer cuál es la tasa de conversión a cirugía abierta, para tener datos comparativos con la literatura mundial, basados en una muestra representativa.

Con ello se intenta dar una visión real del significado de esta cirugía en nuestro hospital.