



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCION DE POST GRADO

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN COLECISTITIS AGUDA

HOSPITAL OBRERO No. 2 C.N.S.
Junio 1999 – Junio 2006

Autor : Dr. Rodrigo Heredia Alba
Residente tercer año – Cirugía general
Tutor : Dr. Prudencio Guzmán Borda
Cirujano General C.N.S.

COCHABAMBA
2007

INDICE.

	Pag.
Introducción.	1
Marco teórico.	2
Objetivo general:	22
Objetivos específicos.	23
Variables.	24
Metodología	25
Resultados.	26
Conclusión y Discusión.	39
Referencia Bibliografica.	41

Resumen

Palabras Clave: Colecistitis Aguda. Colectomía Laparoscópica,

Entre junio de 1999 y junio de 2006 se realizaron 1127 colectomías laparoscópicas de las cuales 83 (7.9%) fueron colecistitis Aguda. Siendo seleccionados los pacientes con cuadro clínico, Ecografía y diagnóstico histopatológico de la mencionada patología. El 66 % de las intervenciones correspondió a pacientes del sexo femenino. El promedio de edad fue de 43.1 años, con edades que oscilaron entre 19 y 84 años. La etiología fue litiasica en el 100 % de los casos. El 32.1 % de los pacientes presentó una vesícula de paredes engrosadas, el 24 % presentó pared delgada. La tasa de conversión fue 16.86 %; siendo la causa dificultad técnica 35.7 %, dificultad anatómica 28.5 %, adherencias 21.4%, vesícula escleroatrófica y causa no determinada 7.1 %. La presencia de fiebre, leucocitosis, y patología concomitante no influyeron en forma significativa el procedimiento.

El tiempo quirúrgico promedio fue de 1.6 horas con tiempos que oscilan entre 35 minutos a 3.5 horas. En nuestra serie de casos el tipo de anestesia fue 100 % de tipo general. El porcentaje de complicaciones fue de 14.4 % .

El promedio de la estancia hospitalaria fue 2,6 días, el inicio de la vía oral de 1.62 días y la mortalidad peri operatoria fue nula. La histopatología dio como resultado 81.92 % colecistitis crónica litiasica reagudizada y colecistitis aguda , 11 pacientes no contaban con el resultado de histopatología que representan el 13.25 %.

En conclusión, la Colectomía Laparoscópica es una técnica segura en pacientes con Colecistitis Aguda y debe ser la primera opción terapéutica en estos casos.

INTRODUCCION.

El enfoque laparoscópico de la colecistitis aguda ha cambiado a lo largo del tiempo. Primero fue catalogada como una formal contraindicación quirúrgica, para posteriormente ser considerada como una contraindicación relativa. Actualmente se puede afirmar que es la PRIMERA INDICACION sobre todo en pacientes jóvenes o en aquellos que ecográficamente se presenten como muy factibles.

Desde hace 50 años existe un consenso que favorece al tratamiento quirúrgico temprano de la colecistitis aguda. Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica esto no ha cambiado y podemos decir que los cirujanos tenemos una mejor alternativa de tratamiento con mejores resultados postoperatorios sobre todo en pacientes de alto riesgo, cardiopatas, diabéticos, “ancianos” embarazadas y niños.

MARCO TEORICO.

COLECISTITIS AGUDA.-

La colecistitis aguda es una complicación grave de la colelitiasis y también la más frecuente. Es motivo común de consulta a los servicios de urgencias, especialmente por pacientes del género femenino y de edad mayor de 50 años, en quienes usualmente se encuentra como morbilidad asociada, como hipertensión, obesidad o diabetes. En el estado postoperatorio o postraumático es relativamente frecuente la aparición de una colecistitis aguda, que puede ser litiásica o, con menor frecuencia, alitiásica.

La colecistitis aguda alitiásica o alitiásica se presenta en pacientes en estado crítico por trauma mayor y otras causas, en pacientes sometidos a prolongados regímenes de nutrición parenteral total prolongada.

La colecistitis aguda puede ser de carácter leve e involucionar en forma espontánea o progresar hacia el empiema de la vesícula biliar, lo que se conoce como “piocolecistitis”, y hasta la necrosis y gangrena con perforación del órgano y peritonitis biliar, lo cual se asocia con una elevada tasa de mortalidad, del orden de 20%.

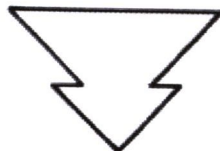
Se estima que alrededor de 20% de los casos de hospitalización por enfermedad litiásica biliar son de colecistitis aguda. Por razón de la mayor longevidad de la población, se ha incrementado el número de colecistectomías de urgencia por colecistitis aguda.

La obstrucción del conducto cístico por un cálculo impactado en la bolsa de Hartmann o la erosión y el edema de la mucosa del cístico causado por el paso de un cálculo son los fenómenos fundamentales que dan lugar a una colecistitis aguda. La obstrucción del conducto cístico produce distensión de la vesícula, la cual provoca interferencia con la irrigación sanguínea fundamentalmente venosa y el drenaje linfático, e infección secundaria.

La fisiopatología de esta complicación se halla totalmente aclarada. Para que se desencadenen la inflamación aguda y la necrosis se requiere el efecto combinado de la ectasia, la irritación química de la mucosa y la isquemia de la pared vesicular por obstrucción venosa.

FISIOPATOLOGIA

- | | |
|--------------------------------------|---|
| I ECTASIA VESICULAR | - Obstrucción conducto cístico
- Atonía prolongada |
| + II IRRITACION QUIMICA DE LA MUCOSA | - Cristales de Colesterol
- Sales biliares
- Lisolectinas |
| + III ISQUEMIA DE LA PARED VESICULAR | - Trombosis venosa
- Hipertensión en el lumen |



COLECISTITIS "AGUDA"
(NECROSIS + INFLAMACION)