



Universidad Veracruzana

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACION DE EDUCACION MÉDICA
DIVISION DE FORMACION DE PERSONAL PARA ATENCION DE LA
SALUD
AREA DE POSTGRADO
DELEGACION VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL REGIONAL No. 1 ORIZABA, VERACRUZ
UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

“ABORDAJE LAPAROSCOPICO COMO FACTOR BENEFICO EN LA
RECUPERACION TEMPRANA DEL POSOPERATORIO EN PACIENTES
COLECISTECTOMIZADOS”

CURSO DE POSGRADO: CIRUGIA GENERAL

CICLO ESCOLAR: 2013-2014

NOMBRE: DR. RUBEN BLADIMIR FLORES HERNANDEZ

GRADO: RESIDENTE DE PRIMER GRADO DE CIRUGIA GENERAL

ASESOR: DR. JOSE RAMON JIMENEZ ALVAREZ

FEBRERO 2014

CONTENIDO:

1.- INTRODUCCION

2.- MARCO TEORICO

3.- JUSTIFICACION

4.- OBJETIVO

5.- HIPOTESIS DE TRABAJO

6.- METODOLOGIA

7.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION:

La primera colecistectomía fue realizada por Langebuch en 1882. En 1913, Kehr publica su serie de 2000 colecistectomías. A partir de ese entonces este procedimiento quirúrgico se fue transformando en habitual para el tratamiento de las diferentes colecistopatías. En el siglo XVII, Bozzini impulsó el surgimiento de la endoscopia moderna al inventar un dispositivo que emitía luz en las cavidades humanas y que fue mejorado por Desormeaux y presentado en la Academia Imperial de Medicina de París el 20 de Julio de 1883.

En 1901, el cirujano alemán Kelling, describe la primer visualización endoscópica del esófago y estómago a la cual denominó "Celioscopia". En 1911, Jacobeus, reporta sus primeros 109 casos. Años más tarde, Goetze inventa la aguja automática en un intento por disminuir los riesgos implícitos de la punción a ciegas. En 1951, los gastroenterólogos alemanes Kalk y Bruhl, diseñan un aparato de óptica oblicua con un trócar dual para la toma de muestras tisulares bajo anestesia local. Ruddock, un internista norteamericano, había ensayado el mismo procedimiento en 500 pacientes en 1937 pero no alcanzó suficiente repercusión. (49, 91) La laparoscopia diagnóstica tuvo un importante auge en la década del 60; en la década del 70 se introdujo la Colecistocolangiografía por punción para el diagnóstico diferencial de las colestasis (91). En 1976, Semm, un ginecólogo, practica por primera vez una apendicectomía laparoscópica (91). La primer colecistectomía laparoscópica fue publicada por el cirujano alemán Muehe en 1986 (91) . En 1987, el cirujano platense Aldo Kleiman, presenta su experiencia en colecistectomía laparoscópica en ovejas (52, 53) ; en 1989 y 1990, Dubois y Perissat respectivamente, publican su experiencia, aunque es el cirujano francés Philip Mouret quien reclama ser el primero en realizarla en 1987. (27, 49, 91)

Desde esa fecha en adelante, la colecistectomía laparoscópica ha ido ganando adeptos, hasta transformarse en la actualidad en el procedimiento quirúrgico de elección ante una vesícula biliar enferma (79, 92, 98) . En Argentina, el procedimiento tuvo amplia aceptación, lo que quedó demostrado por el número de publicaciones realizadas. En Córdoba los Dres. Pablo Sonzini Astudillo y José Foscarini fueron pioneros en la aplicación de esta técnica, a la que se sumaron posteriormente y en Hospitales públicos, los Servicios de Cirugía del Hospital San Roque y Hospital Córdoba Por otra parte, es importante tener en cuenta que la cirugía laparoscópica ha continuado su evolución y en la actualidad cada vez son más las patologías abdominales que son abordadas con esta técnica, llegando inclusive a la novedosa cirugía robótica o la cirugía fetal in útero por laparoscopia.

El éxito de esta técnica radica fundamentalmente en:

- 1.- la disminución de la estadía hospitalaria
- 2.- una mejor recuperación inmediata y mediata en el postoperatorio
- 3.- un rápido reintegro laboral y
- 4.- resultados cosméticos que superan ampliamente a la técnica abierta.

Por todo lo anteriormente expresado, la colecistectomía laparoscópica, se ha transformado en la técnica de elección para la remoción de la vesícula biliar, con beneficios importantes, pero también con una serie de complicaciones inherentes al procedimiento. La que más ha despertado el interés y alerta de los cirujanos, ha sido la lesión quirúrgica de la vía biliar, que no sólo se ha visto

incrementada en número, sino que su gravedad es mayor porque las lesiones suelen ser más altas que en la cirugía convencional.

Otro de los ítems que generó interés fue la litiasis residual y el uso sistemático de la Mirizziografía (84, 93), siendo en la actualidad un problema resuelto, ya que esta última se utiliza en la mayoría de los centros en forma rutinaria. De todas formas, la sistematización del uso de la colangiografía, no solo tiene fundamento en la pesquisa de litiasis coledociana sino que es de gran importancia en el reconocimiento de la anatomía de la vía biliar principal y puede descartar la posibilidad de una lesión quirúrgica. En caso de que esta se produzca, brinda una idea de la altura y gravedad de la misma, orientando al cirujano a tomar la decisión correcta para la solución de esta gravísima complicación en el mismo acto operatorio. Es importante recordar la gran cantidad de variantes anatómicas a nivel de la encrucijada biliar como así también de la unión cístico-coledociana.

Menor atención recibieron las complicaciones inherentes a la creación de una cavidad real dentro del abdomen para poder ejecutar la cirugía. Así, la creación del neumoperitoneo, posee una esfera propia de complicaciones conocidas desde la época de la laparoscopia diagnóstica. Fueron fundamentalmente los anestesiólogos quienes llamaron la atención sobre este tipo de problemas, que se vieron incrementados respecto de la era de la laparoscopia diagnóstica, por dos causas principales a saber:

- * La masificación de la video-cirugía y

- * La prolongación en el tiempo del neumoperitoneo.

Este último grupo de complicaciones tiene relación fundamentalmente con la realización de punciones a ciegas para la inyección de gas dentro de la cavidad abdominal, el aumento de la presión intra-abdominal, la difusibilidad del CO₂, los cambios de temperatura, el efecto spray y otras. Así se han comunicado lesiones por punciones viscerales y/o vasculares de diferente envergadura, trastornos cardio-respiratorios, desequilibrios del estado ácido-base, trastornos de la función renal y hepática, hipotermia, dispersión de gérmenes y células tumorales, etc. (67)

Por todo lo anteriormente expresado, fueron surgiendo desde distintos grupos de trabajo diferentes propuestas para disminuir o evitar estas complicaciones. Así se ha sugerido por ejemplo, la utilización de sistemas de tracción parietal solos o asociados a neumoperitoneo mínimo, reemplazo del CO₂ por otros gases, calentamiento del CO₂ para evitar la hipotermia, variaciones en la técnica y elementos para realizar la inyección de gas dentro de la cavidad abdominal con la intención de resolverlas total o parcialmente.

Es por ello y con la misma inquietud, que en el año 1994, en el Servicio de Cirugía III del Hospital San Roque de Córdoba, iniciamos una experiencia con un aparato de tracción parietal de mi diseño para intentar resolver los problemas del neumoperitoneo a tensión, experiencia que he continuado en el Servicio de Cirugía General del Sanatorio San Martín de Santiago del Estero.

MARCO TEORICO:

Los padecimientos de la vesícula biliar han aquejado al hombre desde tiempos inmemoriales.

La primera descripción de litos biliares en el ser humano fue hecha por Alejandro de Tralles (525-605 d.C.). Sin embargo, también se encuentra

descrita en el Papiro de Ebers, descubierto por George Ebers en 1862. Andreas Vesalius (1514-1564) en su obra *De humani corporis fabrica* (Basilea, 1543), concluyó que la colelitiasis es una enfermedad. También describió la anatomía de la vía biliar extrahepática. Jean Louis Petit, a principios de 1700, introdujo el término “cólico biliar” y sugirió drenar los abscesos cuando la vesícula se encontraba adherida a la pared abdominal. En ese tiempo sólo se salvaban pacientes que por suerte habían desarrollado fístulas externas y abscesos. El tratamiento de la colecistitis consistía en belladona, morfina y aguas termales. La aparición de la anestesia (1846) y la antisepsia (1867) hicieron posible desarrollar la cirugía biliar.

Desde que en 1882 Langebuch realizara por primera vez este procedimiento, ha existido una incesante búsqueda con el objeto de mejorar los resultados en las patologías del árbol biliar, siendo sin duda alguna la colangiografía intraoperatoria ideada por Pablo L. Mirizzi uno de los avances más importantes.

Con el paso de los años y con los avances tecnológicos y científicos, la técnica de colecistectomía abierta inicial realizada por Langenbuch en 1882, en el pequeño Hospital Lazarus Krankenhaus de Berlín, ha avanzado hasta donde se encuentra hoy en día. Lagenbuch estableció que “la vesícula debe ser extirpada no sólo porque contiene cálculos, sino porque se forman dentro de ella”. La cirugía se realizó a través de una incisión en el cuadrante superior derecho, esta técnica fue mantenida por más de 105 años como tratamiento de elección de la litiasis vesicular. La operación, planeada cuidadosamente se practicó a un hombre de 42 años, el cual se recuperó sin problemas, dicha técnica ha sufrido variaciones con la tendencia a ser cada vez menos invasiva.

Así surge la colecistectomía laparoscópica, siendo Mouret quien realiza la primera en marzo de 1987. Continuando con el avance en dicho procedimiento, comienzan a crearse y producirse nuevos instrumentos cada vez más pequeños, que son utilizados en la colecistectomía laparoscópica, por lo que surgen nuevos conceptos como la cirugía mini-laparoscópica convencional, ello haciendo referencia al tamaño del instrumental utilizado, por lo que cada vez se realizan más colecistectomías laparoscópicas con mínima invasión alrededor del mundo.

La colecistectomía laparoscópica es el estándar de oro para el manejo de la patología vesicular y un procedimiento de mínima invasión, el cual genera múltiples beneficios a los pacientes intervenidos por esta vía; por ello, es necesario determinar los beneficios de esta técnica comparada con la técnica abierta en situación de colecistectomía de urgencia.

Las complicaciones pueden llegar a ser letales si el diagnóstico y el manejo no son oportunos y efectivos. Se cree que un factor importante en la incidencia de las complicaciones es el tiempo que tarda en consultar un paciente durante su episodio agudo y el número de episodios anteriores, ya que al ser un dolor tipo cólico autolimitado, permite que el paciente se demore más en consultar y acuda a los servicios de salud cuando ya hay una complicación presente.

En cuanto a epidemiología, la colelitiasis es una de las patologías gastrointestinales más frecuentes en la población general y una de las principales indicaciones de cirugía en adultos tanto electiva como de urgencia. Aproximadamente un 10-15% de la población adulta padece la enfermedad, siendo una causa importante de admisión hospitalaria por patología gastrointestinal.

Clásicamente el cuadro inicia con un dolor abdominal cólico, agudo, en el cuadrante superior derecho, acompañado de otros signos como fiebre, náuseas o vómito; la mayoría de los pacientes tienen síntomas atribuibles a la vesícula biliar antes de las manifestaciones de la colecistitis aguda, aunque 20% a 40% de las personas con colelitiasis son asintomáticas. Quienes consultan, generalmente, refieren cuadros de cólico biliar e intolerancia a las comidas grasas. Entre 50% y 70% pueden presentar vómito, diarrea o fiebre. La presentación clínica puede variar y el diagnóstico clínico de las diferentes presentaciones no siempre es específico. Se ha descrito que no hay signos clínicos o hallazgos de laboratorio de suficiente peso para establecer o excluir el diagnóstico de colecistitis aguda, aunque las posibles excepciones son el signo de Murphy y el dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen. Sin embargo, la combinación de signos y síntomas y de exámenes de laboratorio aumenta la probabilidad de detectar que un paciente presenta colecistitis aguda.

Las dificultades que enfrenta el clínico a la hora de hacer el diagnóstico oportuno de colecistitis aguda, se pueden numerar en falta de pericia para detectar signos y síntomas clínicos en el paciente, falta de recursos físicos auxiliares, hablando propiamente de test de laboratorio así como estudios imagenológicos que ayuden a esclarecer el diagnóstico de manera más efectiva y respaldada, ya que el cuadro de dolor abdominal en un paciente con dolor en cuadrante superior derecho, no solo corresponde a un cuadro de colecistitis, sino que pudiera enmascarar alguna otra patología relacionada con otros órganos que se localizan en dicha región anatómica (flexura cólica derecha, hígado, duodeno incluso riñón y uréter).

Es precisamente por esta serie de dificultades, que el clínico se apoya en herramientas que permitan hacer un abordaje correcto del paciente con dolor abdominal agudo, que le ayudan a esclarecer un diagnóstico de certeza, y poder brindar la atención adecuada en forma y tiempo que permita al paciente recuperar su estado anterior de salud y evitar otras complicaciones posteriores, estas son: estudios de laboratorio, gabinete (rx abdomen, USG de hígado y vías biliares, etc).

Así también, está demostrado que el tipo de abordaje quirúrgico influye mucho en el pronóstico e incidencia de aparición de complicaciones en la colecistitis aguda, ya que a través de diversos estudios, revisiones de casos y seguimiento de pacientes a corto y largo plazo se ha demostrado que la patología vesicular tratada de urgencia a través de un abordaje abierto, conlleva mayor morbimortalidad que aquella patología no de urgencia y que puede resolverse a través de un abordaje laparoscópico, lo que conlleva muchas ventajas, solo por mencionar algunas: menor complicación de infección en sitio de herida

quirúrgica, menos respuesta metabólica al trauma, menor tiempo para recuperación, bajo coste, alta laboral más tempranamente. es por esta situación en específico que el abordaje quirúrgico laparoscópico se ha convertido en el método ideal para resolver la patología relacionada a vesícula y vías biliares en tiempos contemporáneos.

En 1987, Philip Mouret, tras combinar un viejo procedimiento diagnóstico (laparoscopia), tecnología y técnica quirúrgica adecuada, realiza la primer colecistectomía laparoscópica.

Con esta vía de abordaje, se logran resultados francamente espectaculares al punto que en la actualidad, la colecistectomía laparoscópica se ha transformado en la primera opción de tratamiento ante una colecistopatía quirúrgica, desplazando a la colecistectomía convencional al segundo lugar.

Las ventajas de la colecistectomía laparoscópica sobre la convencional asientan básicamente en un menor trauma quirúrgico que conlleva una menor estancia hospitalaria, rápida recuperación postoperatoria, menor tiempo de reintegro laboral con la consiguiente disminución de los costos socio-laborales y una importante diferencia desde el punto de vista cosmético.

Para poder llevar adelante esta cirugía, se requiere crear una cavidad real dentro del abdomen, que se logra con la inyección de un gas inerte a través, principalmente, de la aguja de Veress.

Si bien esta técnica trajo aparejados importantes beneficios para los pacientes, con el correr del tiempo se hicieron evidentes una serie de complicaciones inherentes a la misma.

Las lesiones quirúrgicas de las vías biliares se incrementaron en número y gravedad y la litiasis residual, fue también un punto controvertido ya que varios centros abandonaron el uso sistemático de la colangiografía intra-operatoria.

Por otra parte, el agregado del neumoperitoneo con CO₂ y su técnica de realización trajeron aparejados un grupo importante de complicaciones que fueron observadas por cirujanos y anestesiólogos. La punción de vísceras y vasos al introducir a ciegas la aguja de Veress, las consecuencias del aumento de la presión intra-abdominal, los trastornos propios de la difusibilidad del CO₂, el cambio de temperatura, el efecto spray y otros, representaron una esfera nueva de complicaciones. Estas, desencadenaron la búsqueda de alternativas con la intención de evitarlas, apareciendo un importante número de propuestas.

JUSTIFICACION:

El presente trabajo pretende analizar las ventajas de realizar el abordaje de la colecistitis aguda a través de la cirugía de invasividad mínima (laparoscópica) comparado con el abordaje abierto convencional, y conocer el impacto que tienen estas diferencias en la recuperación del paciente posoperado.

OBJETIVOS GENERALES:

Los objetivos del presente trabajo son:

1.- Comparar los beneficios obtenidos entre realizar el abordaje de la patología biliar de manera laparoscópica vs abordaje convencional.

2.- Comparar los resultados posoperatorios y determinar qué beneficios tiene la cirugía de invasividad mínima para el paciente en cuanto a recuperación, porcentaje de infección de herida quirúrgica, alta a laborar, menos días de recuperación, y dolor posoperatorio.

PREGUNTA DE INVESTIGACION:

¿Representa el abordaje laparoscópico la mejor opción en el abordaje de la colecistitis crónica litiásica para obtener mejores resultados posoperatorios en pacientes intervenidos quirúrgicamente por esta patología?

HIPOTESIS DE TRABAJO:

El abordaje laparoscópico de la colecistitis aguda, representa la mejor opción de tratamiento al ofrecer mejor tasa de resultados posoperatorios en cuanto a días de recuperación, dolor posoperatorio mínimo, alta a laborar más rápida y menos complicaciones como infección de herida quirúrgica o dehiscencia de la misma.

VARIABLES A ESTUDIAR:

1) Operacionalización de variables.

Variable	Escala	Valor	Gráfica
Pacientes Colecistectomizados	Nominal	Numero	
Grupo etario	Continuo	15-25 años 26-35 años 36-45 años >46 años	Barras
sexo	Ordinal	Hombres mujeres	Barras
Procedimiento quirúrgico	Nominal	Convencional Laparoscópico	Barras
Profilaxis antimicrobiana	Nominal	SI NO	Pastel

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDIO:

Se trata de un estudio de tipo retrospectivo, analítico, observacional.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes con colecistitis crónica litiásica que fueron operados a través de cirugía laparoscópica y con abordaje convencional adscritos al servicio de cirugía general del Hospital General Regional 1 Orizaba, en el periodo comprendido de julio a diciembre de 2013.

MUESTRA:

Se realizó este estudio de manera retrospectiva, analizando los expedientes clínicos de pacientes con colecistitis crónica litiásica del Hospital General Regional 1 Orizaba, en el periodo comprendido de julio a diciembre de 2013, analizando así su evolución y recuperación posquirúrgica.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.

Inclusión: Pacientes que fueron operados en el servicio de cirugía general del HGRO 1 Orizaba, Veracruz con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, y que fueron operados ya sea a través de cirugía laparoscópica y/o abordaje abierto convencional en el grupo etario de entre 15 y más años de edad Ambos sexos.

Exclusión: Pacientes que no fueron operados en el servicio de cirugía general del HGRO 1 Orizaba, Veracruz con diagnóstico de colecistitis crónica litiásica, y que fueron operados ya sea a través de cirugía laparoscópica y/o abordaje abierto convencional en el grupo etario de entre 15 y más años de edad Ambos sexos.

Eliminación: Pacientes en quien se descarto colecistitis crónica litiásica, pacientes sin patología de vesícula biliar diferente de la litiasis vesicular, mujeres embarazadas con colecistitis crónica litiásica diagnosticada y tratada.

MATERIAL Y METODO:

- Expediente clínico de pacientes colecistectomizados a través de abordaje laparoscópico así como abordaje convencional.
- Revisión de expedientes, días de estancia hospitalaria posoperado, días de recuperación y posibles complicaciones posoperatorias.

RECOLECCION DE DATOS:

Se realiza un análisis retrospectivo de los expedientes de pacientes adscritos al HGRO-1 operados de colecistitis crónica litiásica a través de abordaje laparoscópico así como aquellos con abordaje convencional. Se analiza las variables de edad, sexo, tipo de abordaje quirúrgico, días de recuperación, alta laboral, así como las complicaciones propias de la cirugía (infección, dehiscencia, fiebre), con la finalidad de determinar cual tipo de abordaje de esta patología quirúrgica tiene mayor impacto benéfico en los pacientes sometidos a cualesquiera de los abordajes quirúrgicos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

ACTIVIDAD FECHA	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Presentarse con autoridades y comité de ética del HGR No.1 Orizaba, Ver	x	x													
Revisión y registro de expedientes			x	x											
Recolección de datos					x	x	x								
Análisis y Organización de datos								x	x	x					
Elaboración y Presentación del Informe Final											x	x	x	x	x

BIBLIOGRAFIA:

Ada Hilda de la Concepción de la Peña, Iris Soberón Varela, José Antonio Hernández Varea, Mario Cremata Bruna. *Resultados del tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda*. Rev Cubana Cir v.48 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009

Maria Luisa Reyes Díaz, Juan Antonio Díaz Milanes, Jose Antonio López Ruiz, Francisco Del Rio Lafuente, Javier Valdes Hernandez, Laura Sánchez Moreno, Jose Lopez Perez y Fernando Oliva Mompean. *Evolución del abordaje quirúrgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugía de urgencias*. cirugía española 2012 90 (3) 186-190

Jesús Sánchez Beorlegui¹, Emilio Lagunas Lostao², Félix Lamata Hernández³, Eduardo César Monsalve Laguna: *Tratamiento de la colecistitis aguda en en el anciano: cirugía urgente frente a terapia médica y cirugía diferida*. Rev. gastroenterol. Perú v.29 n.4 Lima oct./dic. 2009

ITALO BRAGHETTO M.¹, JAIME JANS B.¹, ANDRÉS MARAMBIO G.¹, JOSÉ LASÉN D.¹, RUBÉN MIRANDA T.², LEONOR MOYANO S.², ATTILA CSENDES J.¹, ANDRÉS ROJAS P.³, ÁLVARO SANHUEZA S. *Correlación ecográfica-laparoscópica en colecistitis crónica y aguda. Validación 10 años después.* Rev. Chilena de Cirugía. Vol 63 - N° 2, Abril 2011; pág. 170-177

Ana Isabel Hernández Estrada,* Xavier Aguirre Osete,** Leonel Alfonso Pedraza González. *Colecistectomía laparoscópica en el embarazo. Experiencia de cinco años en el Hospital Español de México y revisión de la bibliografía.* Ginecol Obstet Mex 2011;79(4):200-205

Jesús Sánchez Beorlegui,* Pablo Soriano Gil-Albarellos,* Nuria Moreno de Marcos,** Eduardo Monsalve Laguna,** Carlos Emparan García de Salazar* *Indicaciones, morbilidad y resultados del tratamiento laparoscópico de la coledolitiasis en gerontes.* Vol.8 No.2 Abr.-Jun., 2007 pp 79-84

Sánchez-Beorlegui J, Lamata-Hernández F, Lagunas- Lostao E, Monsalve-Laguna EC, Peñalva-Segura P. *Elección de la conducta terapéutica en la colecistitis aguda del anciano.* Revista de Gastroenterología de México 2010; 2(75):149-157

Pablo José Robles Palomar,* Bernardo Lancaster Jones,* Javier García Lara*. *Síndrome de Mirizzi, abordaje abdominal laparoscópico.* Vol.6 No.1 Ene.- Mar. , 2005 pp 55-58. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C.

*Bocanegra Del Castillo RR, Córdova Cuadros ME. *Colecistectomía laparoscópica en el adulto mayor: complicaciones postoperatorias en mayores de 75 años en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima, Perú, del 2007 – 2011.* Rev Gastroenterol Peru. 2013;33(2):113-20

Ictericia colestasica tras colecistectomía laparoscópica por Colecistitis aguda. cir.esp. 2011, 90 (3) 198-209