

## AUTORES

Dr. Gilberto L. Galloso Cueto. (1)  
E-mail: [hmil.mtz@infomed.sld.cu](mailto:hmil.mtz@infomed.sld.cu)  
Dr. Abel Lantigua Godoy. (2)  
Dr. Libardo Castillo Lamas. (3)  
Dr. Raúl Bello Delgado. (2)

(1) Especialista I Grado Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Mario Muñoz Monroy.  
(2) Especialistas I Grado Cirugía General. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Mario Muñoz Monroy.  
(3) Especialista II Grado Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Mario Muñoz Monroy.

## RESUMEN

Se determinó el comportamiento del tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la vesícula biliar por video Laparoscopia, se realizó un estudio descriptivo-prospectivo en el Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy", los pacientes fueron todos los que presentaban enfermedad de la vesícula biliar tributarios de tratamiento quirúrgico desde febrero del 2000 a abril 2007. Fueron operados un total de 1891 pacientes. Dentro de los principales factores de riesgo para esta cirugía aparecen en primer lugar los cardiovasculares con 757 (40,0 %), seguido de las operaciones abdominales anteriores con 608 (32,1 %). Dentro de las complicaciones quirúrgicas más graves aparecen la lesión de la vía biliar principal con 3 (0,15 %), colé peritoneo 2 (0,10 %), hemorragias 2 (0,10 %). La cirugía electiva predominó con 1785 (94,3 %) sobre la urgente 106 (5,6 %). Se convirtieron 37 (1,9 %), siendo la dificultad para identificar estructuras la de mayor incidencia 28 (1,5 %). La mortalidad de nuestra serie fue de 2 pacientes (0,10 %)

## DeCS:

**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA/efectos adversos**  
**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA/métodos**  
**COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA/mortalidad**  
**CIRUGÍA ASISTIDA POR VIDEO/métodos**  
**COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS/etiología**  
**COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS/etiología**  
**HUMANO**  
**ADULTO**

## INTRODUCCIÓN

En ninguna otra época de la historia, como en la nuestra, se ha producido una transformación rápida hacia el futuro en el campo de la Medicina. De cara al nuevo milenio la Colecistectomía laparoscópica se transformó en un paradigma que revolucionó la Cirugía en el mundo. Se produce entonces el nacimiento de una era tecnológica que se ha dado a llamar:

Telemedicina y Telecirugía. Para que la Colectomía laparoscópica tuviera lugar se sucedieron una serie de descubrimientos y hechos previos que sirvieron de cimiento para que aquella debutara en el escenario científico a fin del pasado siglo. En 1985 Eric Muhe del hospital de Bubliger, en Alemania, realiza la primera Colectomía Laparoscópica en el mundo. Luego Phillipe Mouret, cirujano de Lyon, Francia y Francois Dubois, cirujano parisino del centro Médico Quirúrgico de la Ponte de Choissy, desarrollaron esta técnica, revisaron la experiencia de la Colectomía laparoscópica de la primera etapa en el viejo continente y comunicaron de forma verbal su experiencia en el Congreso Europeo de Cirugía en 1988. (1)

Cuando el cirujano Alemán C. Lagenbuch realizó hace más de 100 años (julio de 1882), la primera Colectomía con éxito, quizás no se hubo imaginado el giro que tiene hoy la técnica que durante todo ese tiempo fue un procedimiento indiscutido.

La coleditirosis es uno de los problemas de salud que afecta a la población adulta de todo el mundo. Se estima que la tercera parte de la población femenina mayor de 45 años tiene coleditirosis, con la edad aumenta su incidencia y la posibilidad de presentar complicaciones. El abordaje quirúrgico por vía laparoscópica ha demostrado los mejores resultados y beneficios para los pacientes que padecen esta enfermedad. (2)

En nuestro hospital se introdujo esta novedosa tecnología en febrero del año 2000. En la actualidad nuestro grupo de trabajo cuenta con 6 años de experiencia y nos motivamos a realizar un análisis de nuestros resultados en estos años de trabajo.

## **MÉTODO**

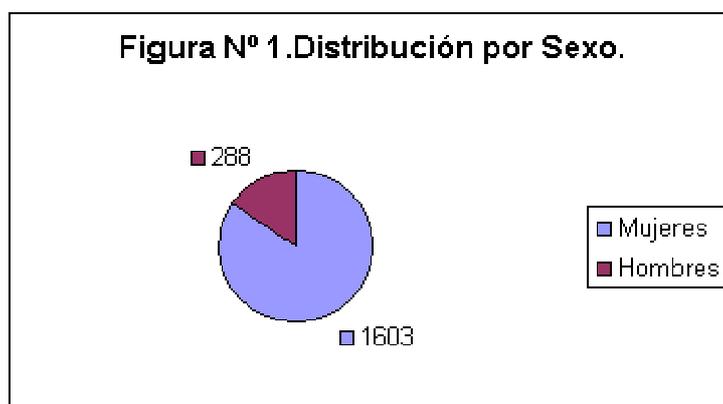
Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo de todos los pacientes intervenidos de forma electiva o urgente en Cirugía Vídeo Laparoscópica por enfermedad de la vesícula biliar en el Hospital Militar Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy" en el período comprendido de febrero del año 2000 a abril del 2007.

Los datos necesarios para nuestro estudio tales como: edad, sexo, principales factores de riesgo para la cirugía, modalidad de la intervención quirúrgica, urgente o electiva, complicaciones trans y post operatorias y mortalidad fueron tomados de las historias clínicas. Los resultados obtenidos se muestran para su análisis y discusión.

## **RESULTADOS**

Durante el período de estudio se practicaron 1891 colectomías, de ellas 1834 fueron consideradas egresos en el programa de Cirugía ambulatoria, la edad media fue de 39,6 años, con un rango de 18 a 89 años.

**Fig. No. 1**  
Distribución por sexo.



Los principales factores de riesgo para la Cirugía Video Laparoscópica en nuestro estudio fueron los de origen cardiovascular con un total de 757 (40,0 %), predominando la Hipertensión Arterial con 548 (28,9 %), seguidos de las operaciones abdominales previas 608 (32,1 %)

**Tabla No. 1**  
Principales factores de riesgo quirúrgico.

Variables	Número	%
Cardiopatía isquémica	128	6,7
Valvulopatía cardiaca	34	1,7
Arritmia cardiaca	47	2,4
Hipertensión Arterial	548	28.9
Asma bronquial	103	5,4
EPOC	36	1.9
Operaciones abdominales	608	32.1
Otras	164	8.6

**Fuente:** Formulario, Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy".

En nuestra serie predominó la Cirugía electiva con 1785 (94,3 %). Se convirtieron por diferentes motivos un total de 37 (1.9 %).

**Tabla No. 2**  
Características de las operaciones realizadas.

Variables	Número	%
Cirugía electiva	1785	94,3
Cirugía de urgencia	106	5,6
Convertidas	37	2.0

**Fuente:** Formulario, Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy".

Fue necesario convertir a Cirugía abierta un total de 37 pacientes, la principal indicación la constituyó la dificultad para identificar estructuras vitales que provocarían iatrogenias con graves consecuencias para nuestros pacientes.

**Tabla No. 3**  
**Causas de conversión a Cirugía abierta.**

Variable	Número	%
Dificultad para identificar estructuras.	28	1,5
Déficit de instrumental	1	0,1
Complicaciones transoperatorias	3	0,2
Fístula colecisto-entérica	5	0,3
TOTAL	37	2.0

**Fuente:** Formulario, Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy".

La complicación quirúrgica del trasoperatorio más frecuente y de mayor gravedad quedó constituida por la lesión de la vía biliar principal. En el postoperatorio fue la sepsis de la herida la más frecuente (2,4 %), pero las de mayor riesgo para la vida del paciente fueron el coleperitoneo y la hemorragia, seguida del absceso subfrénico. La mortalidad global de nuestra serie fue de 2 pacientes.

**Tabla No. 4**  
**Complicaciones quirúrgicas y mortalidad.**

Variable	Número	%
Lesión de la vía biliar principal	3	0.15
Absceso subfrénico	4	0,21
Coleperitoneo	2	0.10
Hemorragias	2	0.10
Sepsis de la Herida	46	2.4
Fallecidos	2	0.10

**Fuente:** Formulario, Hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy".

## DISCUSIÓN

El avance de la tecnología ha redundado en bienestar psicológico de los pacientes, ya que por lo general el tiempo de estancia hospitalaria se interpreta como gravedad del problema, además, hay quienes temen estar en contacto con otros pacientes quirúrgicos que requieren una atención más personalizada.

En el hospital Militar "Dr. Mario Muñoz Monroy" existe plena confianza en los beneficios de la atención ambulatoria en los pacientes tratados mediante colecistectomías laparoscópicas, los egresos ambulatorios representaron 96, 9 %, cifra que es superior a la medida que se reporta en otros estudios. (3)

En relación a los resultados quirúrgicos, el progresivo desarrollo de la técnica ha permitido alcanzar resultados comparables tanto en series nacionales como internacionales. (4)

La conversión a la técnica clásica de una Colecistectomía laparoscópica no debe ser considerada como una falla en el equipo médico, sino como una alternativa técnica que permite asegurar el menor riesgo para el paciente (4,5). Así también si se consideran los recursos disponibles, el tiempo operatorio y las expectativas del paciente, resulta muy conveniente disponer de elementos de juicio que permiten reducir los factores asociados a mayor riesgo de conversión.

En esta serie, del total de factores involucrados en la conversión a Colecistectomía clásica, la dificultad para identificar estructuras, las lesiones de la vía biliar principal

y la presencia de fístulas colecisto-entéricas fueron las causas más frecuentes. En la literatura se reporta aproximadamente seis factores de riesgo: sexo masculino (45,8 %), defensa abdominal (79,2 %), cirugía abdominal alta previa (37,5 %), engrosamiento de la pared vesicular por ecografía (16,7 %), edad mayor de 60 años (41,7 %) y colecistitis aguda clínica con cuadros de colecistitis previa (50 %). (6)

Las ventajas de la Cirugía laparoscópica son muchas, pero sus complicaciones también han aumentado, la más seria de las cuales es la lesión de la vía biliar principal. El mejor tratamiento para las lesiones de la vía biliar es su prevención. Cuando ocurre una lesión el cirujano debería evitar complicar el problema y perseguir los mejores resultados a largo plazo con la más baja morbimortalidad y la mejor calidad de vida y el costo más bajo (7). La incidencia de lesión de la vía biliar varía entre 0 y 1 % con una incidencia mediana promedio de alrededor de 0,4 % (8). En nuestra serie esta complicación se presentó en 0,15 %, cifra aceptable al comparada con otros autores como Ruiz J F (0,16 %), Mammoliti (0,3 %), Gallardo Arzuaga (0,3 %).

Otras complicaciones postquirúrgicas como hemoperitoneo, coleperitoneo y colecciones intrabdominales se presentaron: 0,10 %, 0,10 y 0,21 % respectivamente. Estos resultados son comparables con otras series racionales. (9-11)

Por último, en relación con la mortalidad asociada a Colecistectomía laparoscópica, la literatura internacional reporta una tasa del 0,091 %, la muestra en algo más de seis años de trabajo está en 0,10 %. (12)

En conclusión, la Colecistectomía laparoscópica es una forma de tratamiento seguro y efectivo en pacientes con patología biliar benigna. En nuestro hospital hemos logrado una formación adecuada de nuestros especialistas en esta técnica quirúrgica, lo cual nos ha permitido obtener resultados adecuados en los estándares nacionales e internacionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cervantes J. Historia de la Colecistectomía por laparoscopia. En: Cervantes J. Patiño J F ( deis) Cirugía Laparoscópica y Toracoscópica. México; 1997.p. 45-50.
2. Pettiti DB. Meta Análisis, decisión análisis and coste ffectiveness. Análisis. Methods for Quantitatives synththesis in medicine. USA:Oxford university Press ; 2000.
3. Pérez Castro E. Ostos mandragón LJ, Mejías Damián AF, García Feregrino MC. Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria. Rev Med IMSS 2002; 40 (1): 71-5.
4. Papi C, Catarsi MD, Ambrosiol, Gili L, Koch M, Gras GB. Altimg of choletcystectomy for acute calculous cholecystitis: A. Meta-analysis. Am gastroeneterol 2004; 99: 147-55.
5. Ibguez AL, Escalona PA, Devaud JN, Monter MP, Ramírez WE, et al. Colecistectomía Laparoscópica. Experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Chilena de Cir 2007; 59(1)
6. Aydín Korea N, kologlu Murat J. Colecistectomía Laparoscópica. Am J of Surgery 2001;181: 520-5.
7. Urbach Dr, Khajanchee YS, Jobe BA, Standaje BA, Hansen PD, Swans Trom LL. Cost-Effective managenent of comun bile diect, stones: a decisión analysis of the use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) intraoperative cholangiography, and laparoscopic bile duct exploration. Surg Endosc2001;15:4- 13.
8. Gallardo Arzvaga RL, Álvarez Pérez A, Aguirre Fernández R, Gallardo Sánchez Y. Iatrogenia Quirúrgica de la vía biliar principal en colecistectomçia laparoscópica en 5 años. Arch Cir Gen Dig 2005; 31(3)

9. Fernández M, Csendes OF. Estado Actual de la Litiasis vesicular. Tratamiento quirúrgico anual en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Chile: Sociedad de Cirujanos de Chile; 2005.
10. Irén Tolón, Ojeda López LA, Legrá Legrá J, López Pérez A. Cirugía Laparoscópica en ancianos. Medisan 2002; 6 (4).
11. Vega Vega M, Orlich Camarranza C, Gómez Hernández K. Colectomía laparoscópica ambulatoria. Reporte preliminar de 100 casos. Acta Med Costarricense 2006; 48(3): 119 -22.
12. Sheaja, et al. Mortality and complication associated with Laparoscopic cholecystectomy: A meta-Analysis . Ann Surg 1996;224: 609-20

## SUMMARY

We determined the behavior of the gall bladder disorders' surgical treatment by laparoscopic video and made a prospective-descriptive study of all the patients presenting gall bladder disorders tributary to surgical treatment from February 2000 to April 2007 at the Teaching Military Hospital "Mario Muñoz Monroy". In all, 1891 patients were operated. Among the main risk factors for this surgery are, firstly, cardiovascular risks- 757 (40,0 %), followed by previously abdominal surgeries – 608 (32,1 %). Among the most serious surgical complications are the main biliary tract lesion – 3 (0,15 %), peritoneal blade- 2 (0,10 %), hemorrhages- 2 (0,10 %). The elective surgery – 1785 (94,3 %) predominated over the urgent surgery- 106 (5,6 %). 37 (1,9 %) of them were converted, and the difficulty for identifying structures had the biggest incidence 28 (1,5 %). The mortality in our series was of 2 patients (0,10 %).

## MeSH:

**CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC/adverse effects**  
**CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC/methods**  
**CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC/mortality**  
**VIDEO-ASSISTED SURGERY/methods**  
**POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/etiology**  
**POSTOPERATIVE COMPLICATIONS/etiology**  
**HUMAN**  
**ADULT**

## CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Galloso Cueto GL, Lantiagua Godoy A, Castillo Lamas L, Bello Delgado R. Colectomía laparoscópica. Experiencia de 6 años. Rev méd electrón [Serida en línea] 2007; 29(4). Disponible en  
 URL: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/año%202007/vol4%202007/tema01.htm> [consulta: fecha de acceso]