

Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Doctor Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos

## COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LA PROVINCIA CIENFUEGOS. ESTUDIO SEMESTRAL

*Dr. Aureliano Vera Cornell,<sup>1</sup> Dr. Rubén Bembibre Taboada,<sup>2</sup> Dr. Aristides Sánchez Sarduy<sup>1</sup> y Dr. Noel Castillo García<sup>3</sup>*

### RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo de los primeros 261 pacientes intervenidos por cirugía laparoscópica en la provincia de Cienfuegos con afecciones vesiculares, en el transcurso de un semestre; se aplicó encuesta para la obtención de datos de interés como necesidad de conversión de la cirugía, presencia de manifestaciones clínicas, sintomaticidad, diagnóstico ultrasonográfico, quirúrgico y patológico, estadía pre y posoperatoria. Se indujo una amplia reducción de costos por concepto de estadía, material quirúrgico y certificados médicos. Sólo en 2 pacientes fue necesaria la conversión a cirugía abierta por sangramiento de la cística y múltiples adherencias. Se verificó la eficacia del ultrasonido como medio diagnóstico útil para la entidad en el 100 % de la serie, así como el 100 % de relación clínicoquirurgicopatológica ( $p < 0,001$ ). Hay minimización de riesgos y mayor proporción de bienestar para los enfermos.

*Descriptores DeCS:* COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA/métodos

La coledolitiasis data desde tiempos remotos; en las momias egipcias de la dinastía XXI se demostraba este padecimiento. En la actualidad su frecuencia se ha elevado asociada a mayor longevidad del hombre y por su dieta. La litiasis vesicular y de las vías biliares representa un problema de salud en todo el mundo. Se calcula que del 10 al 15 % de la población adulta de los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.) padece coledolitiasis (casi 20 mi-

llones) y se diagnostican 800 000 casos nuevos al año.<sup>1,2</sup>

En algunos grupos de población como la tribu Pima del suroeste de los EE.UU. la incidencia de coledolitiasis para mujeres entre 25 y 34 años es del 73 %; en Chile el 44 % de la población adulta femenina de más de 20 años padece la enfermedad y en África la incidencia es menor del 5 %.<sup>3-5</sup>

Transcurrió un siglo antes de que se diera un cambio radical en la manera de

---

<sup>1.</sup> Especialista de I Grado en Cirugía General.

<sup>2.</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Verticalizado en Cuidados Intensivos.

<sup>3.</sup> Residente de Cirugía General.

realizar la colecistectomía, la cual se efectuó por primera vez en 1882 en Berlín por *Car Johann August Langenbuch* y que durante más de 100 años se mantuvo como la operación ideal para resolver los problemas patológicos vesiculares.<sup>6,7</sup>

La primera colecistectomía por laparoscopia se realizó en septiembre de 1985.<sup>8,9</sup> *Erich Muhe* dio el paso inicial apoyado por años de investigación en el taller y animales de experimentación. *Lukichev* había propuesto el método laparoscópico para la colecistitis aguda.<sup>10-13</sup> La técnica comienza a aplicarse en Cuba en el año 1991 en Ciudad de La Habana y se introdujo en la provincia de Cienfuegos el 8 de octubre de 1997.

## MÉTODOS

El universo de la investigación coincidente con la muestra estuvo constituido por la totalidad de pacientes con litiasis vesicular durante el período del 8 de octubre de 1997 al 8 de abril de 1998. A éstos se les realizó colecistectomía laparoscópica como nueva técnica quirúrgica en nuestro medio, y se les aplicó formulario para la obtención de datos de interés como cuadro clínico sintomático, así como hallazgos ultrasonográficos, tiempo quirúrgico, hallazgos quirúrgicos, complicaciones, material gastable, hallazgos patológicos. Los datos fueron computadorizados y procesados por el sistema EXEL de WINDOWS; a éstos se les aplicó prueba de significación estadística de  $\chi^2$  cuadrado y los principales resultados se exponen en tablas.

## RESULTADOS

Se realizaron 261 colecistectomías laparoscópicas con una duración de menos de una hora en 260 pacientes. Sólo en un

caso fue más prolongada. El diagnóstico previo ultrasonográfico se efectuó en la totalidad de los enfermos, así como su comprobación quirúrgica (tabla 1); la estadía preoperatoria fue inferior a 2 horas y la posoperatoria de menos de 24 horas. Los certificados médicos fueron de 15 días y los materiales gastables se expresan en la tabla 2. Cinco pacientes fueron asintomáticos y el resto presentó dolor abdominal como síntoma fundamental, seguido de náuseas y vómitos. Fueron monosintomáticos 56 pacientes y 200 polisintomáticos. Se realizó conversión a cirugía abierta en 2 enfermos.

TABLA 1. *Distribución de casos según comprobación ultrasonográfica y quirúrgica*

Ultrasonido	Hallazgo quirúrgico	
	Confirmado	No confirmado
Grueso del cálculo	80	—
Múltiples cálculos	124	—
Cálculo e inflamación	55	—
Alitiásica	2	—
Total	261	—

Fuente: Datos de la encuesta.

TABLA 2. *Relación de gastos*

Materiales gastables	Cirugía abierta (Uds.)	Cirugía endoscópica (Uds.)
Frascos para venoclisis	2	1
Torundas	24	24
Compresas de vientre	6	—
Gasas	12	—
Drenajes	1	—
Bisturí	3	1
Apósitos	3	0

## DISCUSIÓN

La duración de la operación en la casi totalidad de nuestra serie se corresponde con el tiempo normal descrito para este

tipo de acto quirúrgico, y en el que no fue así se debió a la presentación de dificultades no inherentes al proceder. El diagnóstico por ultrasonido se realizó en la totalidad de los enfermos con variabilidad en los informes según la verificación imagenológica de ellos y la confirmación quirúrgica existió en todos los pacientes, lo que comprueba ser éste un examen efectivo en el diagnóstico de las colecistopatías.

Existió un predominio de cuadros asintomáticos con mayor reporte del polisintomático como se señala en estas entidades.<sup>5</sup> La conversión de la cirugía fue

necesaria en 2 enfermos por adherencias y otro por sangramiento de la arteria cística. No se reportaron otras complicaciones.

La estadía preoperatoria de 1 día en cirugía abierta convencional fue eliminada y la posoperatoria reducida de 4,5 días a menos de 24 horas; igualmente la necesidad de reposo por emisión de certificados médicos por 30 días de la cirugía abierta se redujo a 15 días. La disminución de consumo de materiales gastables es notoria, con reducción de costos sociales e individuales y un mayor bienestar orgánico funcional y estético de los pacientes.<sup>11,12</sup>

## SUMMARY

A retrospective study of the first 261 patients with gallbladder affections that underwent laparoscopic surgery in the province of Cienfuegos during a semester was conducted. A survey was applied to obtain data of interest, such as need of surgery conversion, presence of clinical manifestations, symptomatology, ultrasonographic, surgical and pathologic diagnosis, and pre- and postoperative stay. There was a considerable reduction of costs by concept of stay, surgical material and medical certificates. Only in 2 patients it was necessary the conversion to open surgery due to bleeding of the cystic artery multiple adherences. The efficiency of ultrasound as a useful diagnostic aid for the entity was verified in 100 % of the series. It was also observed 100 % of clinical, surgical and pathologic relationship ( $p < 0.001$ ). There was a decrease of risks and a greater wellbeing for patients.

*Subject headings:* CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC/methods.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azurin DJ, Go LS, Masilack M, Kirkland MK. Bile leak following laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Surg* 1995;5(4):233-6.
2. Pitcher DE, Martin DT, Zucker KA. Laparoscopic and endoscopic management of common bile duct stones. *Curr Opin Gen Surg* 1994;283-7.
3. Leichter RF, Pellegrini CA. Biliary surgery. *Curr Opin Gen Surg* 1993;271-6.
4. Batorfi I, Fazekash T, Balint A, Ikhass M. Experience in 735 cases of laparoscopic cholecystectomy. *Khirurgiia* 1995;(5):18-9.
5. Gholson CF, Grier JF, Ihach MB, Faurot D, Nall L, Siting K. Sequential endoscopic-laparoscopic management of sickle hemoglobinopathy associated cholelithiasis and suspected choledocholithiasis. *South Med J* 1995;88(11):1131-5.
6. Tajiri H, Takahashi M. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in laparoscopic cholecystectomy. *Jpn J Clin Oncol* 1995;25(5):184-7.
7. Brechkov EI, Bashilov VP, Bobrobsi MI, Mizin P. Difficulties errors and complications. *Khirurgiia* 1995;(5):11-31.
8. Kurdo SA, Gasdukov UN. Technical principles of laparoscopic cholecystectomy. *Khirurgiia* 1995;(5):16-8.
9. Prat F. Place of endoscopic in the diagnosis and treatment of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Gastroenterol Clin Biol* 1995;19(5):555-6.
10. Lindgren L, Koivusalo AM, Kellokumpu I. Conventional pneumoperitoneum compared with adomin wall left for laparoscopic cholecystectomy. *Br J Anaesth* 1995;75(5):567-72.

11. Zucker KA. Unexpected complication of laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll surg* 1995;18(6):504-10.
12. Dubois F, Berthelot C, Levard H. Cholecystectomy par coelioscopie technique et complications. A propos de 2 665 cas. *Bull Acad Natl Med* 1995;179(5):1059-66.
13. Daly CJ. The Techniques and uses of laser in general surgery. *Curr Opin Gen Surg* 1993;3-7.

Recibido: 13 de mayo de 1998. Aprobado: 21 de septiembre de 1998.

Dr. *Aureliano Vera Cornell*. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Docente "Doctor Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos, Cuba.