

Cirugía laparoscópica en la urgencia abdominal. Experiencia de 9 años.

HOSPITAL MILITAR DOCENTE DR.MARIO MUÑOZ MONROY. MATANZAS

Revista Médica Electrónica 2009; 31 (5)

Cirugía laparoscópica en la urgencia abdominal. Experiencia de 9 años.

Laparoscopic surgery in abdominal urgency. Nine-years experience.

AUTORES

Dr. Gilberto L. Galloso Cueto. (1)

Dr. Abel Lantigua Godoy.(2)

Dr. Libardo Castillo Lamas. (1)

Dr. Oriol Alfonso Moya. (3)

Dr. Raúl Bello Delgado. (4)

1)Especialista II Grado Cirugía General. Profesor Asistente. Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

2) Especialista I Grado Cirugía General. Hospital Militar Docente Dr.Mario Muñoz Monroy. Matanzas

3)Residente de 3er año de Cirugía General.Hospital Militar Docente Dr.Mario Muñoz Monroy. Matanzas

4)Especialista I Grado Cirugía General.Hospital Militar Docente Dr.Mario Muñoz Monroy. Matanzas.

RESUMEN

Las enfermedades abdominales urgentes de tratamiento quirúrgico continúan ocupando una parte no despreciable del trabajo del cirujano general. La cirugía video laparoscópica es un método ventajoso y eficaz en el tratamiento de la urgencia quirúrgica. El objetivo fue determinar el comportamiento cirugía laparoscópica en la urgencia abdominal. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El universo estuvo conformado por 201 pacientes operados de urgencia por cirugía video laparoscópica en el período comprendido de febrero del 2000 a junio del 2009. Las variables utilizadas fueron:sexo, edad, diagnóstico preoperatorio, tiempo quirúrgico, enfermedades que condicionan riesgo quirúrgico, antecedentes de operaciones anteriores, complicaciones más frecuentes, tipo de operación, causas de conversión, estadía hospitalaria y estado de los pacientes al egreso. El sexo más afectado fue el femenino (67.5%),la edad promedio fue de 41 años, las entidades que con mayor frecuencia se presentaron fueron las relacionadas con la vía biliar (68%), seguida de la apendicitis aguda (19%),el tiempo quirúrgico promedio fue 50.42 minutos. La principal enfermedad que ocasiona riesgo fue la Hipertensión Arterial, el 78% de los pacientes no tenía antecedentes de operaciones sobre el abdomen, se presentaron complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico en el 3% y postoperatorias en el 6%,el índice de conversión fue de un 2%,el 89% de los pacientes tuvo una estadía hospitalaria menor de 24 horas, la mortalidad general fue de 0.5%, con un fallecido.

DeCS

ABDOMEN AGUDO/cirugía
LAPAROSCOPÍA/métodos
SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA
EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA
ESTUDIOS TRANSVERSALES
HUMANOS
ADULTO

INTRODUCCIÓN

La era moderna de la cirugía laparoscópica ha traído importantes cambios en el tratamiento de las enfermedades quirúrgicas. La posibilidad de realizar la cirugía video laparoscópica ha inclinado a los cirujanos generales a estudiar muy de cerca la posibilidad de convertir cualquier tipo de intervención quirúrgica a vía laparoscópica. (1)

Los beneficios para el paciente han sido ampliamente comprobados y resultan ser la base por la que la laparoscopia ha sobrevivido y florecido a pesar de su surgimiento inusual (1,2), siendo una cirugía menos invasiva con respecto a la cirugía tradicional, evitando grandes incisiones, acortando tiempo quirúrgico y con ello la exposición a los anestésicos, además de una corta estadía hospitalaria y una rápida incorporación social de los pacientes beneficiados con este tipo de proceder.

Mühe, realizó la primera colecistectomía por vía laparoscópica en 1985. En 1987, Mouret efectuó una colecistectomía laparoscópica y pocos meses después mostró un video de esta técnica a Dubois en París. En menos de un año, los cirujanos más destacados de Europa perfeccionaron la técnica y son los responsables de la rápida y sin precedentes expansión mundial de este procedimiento. (1,3)

El éxito explosivo de la colecistectomía laparoscópica inició una revolución dentro de la cirugía general. Actualmente casi todas las operaciones abdominales han podido ser realizadas por vía laparoscópica, lo que ha dado la posibilidad de aplicarla a la cirugía abdominal de urgencia. (1-3)

La urgencia abdominal también puede ser intervenida mediante abordaje laparoscópico, el planteamiento puede ser de laparoscopia diagnóstica, cirugía asistida por laparoscopia o laparotomía dirigida según los hallazgos de la laparoscopia.

En nuestro hospital se introdujo la cirugía video laparoscópica en febrero del año 2000. En la actualidad contamos con 9 años de experiencia y nos motivamos a realizar un análisis de nuestros resultados en la cirugía abdominal de urgencia.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal de todos los pacientes operados de urgencia por cirugía video laparoscópica en el hospital militar docente Dr. Mario Muñoz Monroy de la provincia de Matanzas en el período comprendido de febrero del 2000 a junio del 2009. Los datos necesarios para nuestro estudio tales como: edad, sexo, antecedentes de operaciones previas sobre el abdomen, principales enfermedades que ocasionan riesgo quirúrgico, diagnóstico preoperatorio, tiempo quirúrgico, modalidad de la intervención quirúrgica, endoscópica o tradicional, causas de conversión, complicaciones más frecuentes, mortalidad y estadía hospitalaria, fueron tomados de las historias clínicas. Los resultados obtenidos se muestran para su análisis y discusión.

RESULTADOS

Tabla No.1

Características sociodemográficas y antecedentes de los pacientes operados de urgencias.

Variable	Resultados
Sexo Femenino/Masculino.	135 (67.5%) / 66 (32.5%)
Rango de edad (17 - 92 años)	41 años (promedio)
Operaciones abdominales previas	44 (22%)
Enfermedades que ocasionan riesgo quirúrgico	89 (44.3%)

Fuente : Historias clínicas. Período febrero 2000- junio 2009.

Tabla No.2

Diagnóstico preoperatorio y tiempo quirúrgico promedio por entidades

Diagnóstico preoperatorio	# de pacientes	%	Tiempo quirúrgico promedio
Colecistitis aguda	70	35	40
Impacto en el cístico	64	32	37
Cólico Biliar rebelde a tratamiento médico	2	1	27
Colecisto-pancreatitis	1	0.5	120
Coleperitoneo	2	1	65
Apendicitis aguda	38	19	33
Hemoperitoneo por embarazo ectópico	8	4	41
Hemoperitoneo por sangramiento postoperatorio	3	1.5	30
Hemoperitoneo por folículo hemorrágico	3	1.5	27
Hemoperitoneo postraumático	2	1	30
Oclusión intestinal por bridas	1	0.5	40
Absceso hepático	3	1.5	103
Absceso subfrénico	2	1	53
Perforación duodenal por drenaje	1	0.5	60
Úlcera perforada	1	0.5	60

Tabla No.3

Complicaciones más frecuentes encontradas y mortalidad

Complicaciones relacionadas con el acto quirúrgico	# de pacientes	%
Apertura vesicular	4	2
Lesión puntiforme de hepático común	1	0.49
Perforación de asa delgada por trocar	1	0.49
Complicaciones post operatorias		
Sepsis de la herida quirúrgica	4	2
Absceso subfrénico	2	1
Coleperitoneo	2	1
Hemoperitoneo	3	1.5
Mortalidad	1	1

Fuente: Historias clínicas

Tabla No. 5

Causa de conversión.

Variable	Número	%
Dificultad para identificar estructuras.	2	1
Déficit de instrumental.	1	0.5
Accidente quirúrgico.	1	0.5
Total	4	2

Fuente: historias clínicas .

Tabla No.6
Estadía hospitalaria (horas)

Estadía	No. de pacientes	%
Hasta 24 hrs	179	89
24 -48 hrs	1	0.5
48 – 72 hrs	7	3.5
+ 72 hrs	14	7
Total	201	100

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

El predominio del sexo femenino y la edad están directamente relacionados con la entidad que con mayor frecuencia se presenta en la serie estudiada, que fue la colecistitis aguda coincidiendo con los datos recogidos en cuanto a edad y sexo reportados en otras series (4,5). Es necesario señalar que la tercera edad no constituyó un criterio para excluir del proceder a ningún paciente. Trabajos realizados en Cuba y en otros países muestran el beneficio brindado a este tipo de pacientes, al disminuir la morbilidad y mortalidad postoperatoria (4,5). Las enfermedades que ocasionan riesgo quirúrgico y las intervenciones abdominales previas no determinaron cambios en el método quirúrgico empleado. (5)

La intervención que con mayor frecuencia se realizó fue la colecistectomía, que coincide con lo encontrado por otros autores (4,6), donde las complicaciones de las enfermedades de la vía biliar siguen siendo una de las primeras causas de abdomen agudo, atribuible en muchos de los casos precisamente a diagnósticos tardíos, puesto que estas entidades se manifiestan con múltiples síntomas dispépticos atribuibles a otras enfermedades digestivas muy frecuentes en la actualidad, dado a que los factores agresivos que las provocan cada día son más frecuentes e intensos y en muchas ocasiones estos pacientes son tratados empíricamente como portadores de esofagitis, gastritis, úlceras pépticas, parasitismos intestinales, entre otras, llevándolos a un empeoramiento progresivo de los trastornos vesiculares y como consecuencias la aparición de complicaciones. La apendicitis aguda se presenta como la tercera causa coincidiendo con otros autores. La presencia de peritonitis en el caso de la apendicitis aguda no constituye contraindicación para realizar la apendicectomía laparoscópica, sino que facilita el lavado de la cavidad y el amplio abordaje de esta, así lo dieron a conocer Johson AB y Fabiani en sus trabajos sobre peritonitis por apendicitis aguda. (7,8)

Los promedios de tiempo quirúrgico oscilaron entre 27 y 120 minutos con gran diferencia entre ellos, concerniente a la complejidad de los casos el menor tiempo reportado fue en la colecistectomía por cólico biliar rebelde a tratamiento, puesto que este es uno de los procedimientos que con mayor frecuencia se realizan, teniendo nuestros cirujanos gran experiencia y habilidad en el mismo, además los pacientes portadores de esta entidad generalmente poseen pocas complicaciones locales, la que hace menos compleja la intervención quirúrgica, ocurriendo lo contrario en otras entidades como la Colecisto-pancreatitis y los abscesos hepáticos, donde se acompañan de ileo paralítico, múltiples adherencias y líquidos intrabdominales en mayor o menor cuantía dependiendo del tiempo de evolución, haciendo más difícil y complejo el acceso a la cavidad abdominal. (9,10)

La mayoría de las complicaciones encontradas están relacionadas con la apertura de la vesícula durante la colecistectomía, lo cual es lógico si tenemos en cuenta que la afección vesicular fue la más frecuente en el reporte. Este accidente es frecuente y habitualmente ocurre al separar la vesícula desde el lecho hepático. En estas circunstancias se debe aspirar y lavar abundantemente la zona quirúrgica con suero fisiológico 0.9%, si se produce la salida del cálculo y la pared vesicular es viable lo ideal es introducir la vesícula en una bolsa de polietileno previa su extracción.(5,11-3)

En la mayoría de los reportes universales, la mayor frecuencia de forma general de las complicaciones transoperatorias son las lesiones de la vía biliar principal, frecuentemente al inicio del entrenamiento en colecistectomía laparoscópica que en ocasiones duplica o cuadruplica la estadística respecto a la cirugía abierta (14). Se presentó solo una lesión puntiforme de conducto hepático común, suturada por vía laparoscópica en la misma operación (15), otros autores señalan otras lesiones mayores de tipo vascular como la de vena cava o vasos ilíacos al insertar los trocar, sin embargo estas complicaciones no se presentaron en la

investigación.

Las complicaciones postoperatorias representadas en primer lugar por la sepsis de la herida quirúrgica que teniendo en cuenta el pequeño tamaño de estas y que generalmente es superficial no las consideramos importante ni influyentes en la evolución de los pacientes, le sigue en orden de frecuencia el hemoperitono, los abscesos subfrénicos y el coleperitoneo. Estos resultados son similares a los trabajos revisados sobre colecistectomía laparoscópica en urgencias que ofrecen cifras de morbilidad que oscilan entre 1,2 y 12 %. No siendo así en las reintervenciones que si mostramos porcentos elevados sí tenemos en cuenta que la mayoría de los autores consideran que requiere reintervención el 1 % de los casos. (4,6,11,12) En la investigación el índice de conversión es bajo si lo comparamos con el propuesto en el tratamiento de la enfermedad aguda que la mayoría de los autores lo reportan entre un 20 a 40 %. (11), lo cual puede estar en relación con la curva de aprendizaje y entrenamiento, teniendo en cuenta que el tratamiento de las urgencias abdominales en la institución se comenzó a realizar dos años más tarde de haber implementado el método para la cirugía electiva.

La conversión a cirugía tradicional tuvo diferentes causas, teniendo siempre como común denominador el hecho de evitar la iatrogenia en el paciente. Esto constituye siempre una decisión estratégica.

En el estudio se obtuvo un promedio de estadía de un día, lo que coincide con otros trabajos (5, 6, 11,16), en los que se encontraron promedios por debajo de 2 días. La estadía con el uso de este método representa una ventaja económica evidente si tenemos en cuenta la corta estancia hospitalaria en la mayoría de los casos. La rápida recuperación postoperatoria y la incorporación precoz a las actividades habituales reportan evidentes beneficios en el plano económico, social y para el paciente en particular. El índice de fallecido es bajo, no estando la causa de muerte vinculada directamente con la intervención quirúrgica en esta paciente. La misma presentó una trombosis mesentérica. Este bajo índice de mortalidad demuestra los beneficios que brinda este tipo de cirugía en la urgencia abdominal. (16)

Con los resultados que mostramos en nuestra investigación quedan demostradas las ventajas del tratamiento quirúrgico de la urgencia abdominal por cirugía video laparoscópica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Romero Vázquez D, Navarro Maestre M. Enfoque Actual de la cirugía laparoscópica. La Habana:CEV; 2002.p. 1-20.
2. Davis CJ, Filipi CJ. A history of endoscopic surgery. In: Arregui ME, Fitzgibbons RJ, Katkhouda M, Mckernan JE, Reich H (eds). Principles of laparoscopic surgery: Basic and advanced techniques. New York: Springer;1995.p. 3.
3. National Center for Health Statistics: Detailed diagnoses and surgical procedures for patients discharged from short -stay hospital.USA; 1995.
4. Paredes J. La cirugía laparoscópica en las urgencias abdominales. Cir Esp. 2004;75:317-8.
5. Lujan JA, Parrilla P, Robles R. Laparoscopic cholecystectomy vs. open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. A prospective study. Arch Surg. 2005;133:173-5.
6. Fernández Santiesteban L, Silvera García JR, Díaz Calderín JM. Cirugía videolaparoscópica en urgencias. Rev Cubana Cir.2003; 42(4):21
7. Rivera P. Apendicectomía laparoscópica en apendicitis aguda. Rev Chil Cir.1998;50(2):208-15
8. IribarrenC. Apendicectomía laparoscópica en apendicitis perforada con peritonitis.Rev Argent Cir.2001;80(5):164-70
9. Acosta Flores CC. Colecistectomía Laparoscópica.Experiencia del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J. Gastélum. A. S Sin. 2009; 3(1):16-9.
10. Simón Rodríguez L, Sánchez Portela CA, Acosta González LR, Sosa Hernández R. Costes: colecistectomía laparoscópica frente a colecistectomía convencional. Rev Cubana Cir. 2006; 45:(3-4)
11. Armenteros LA, Ángel A, Mullet E.Colecistectomía por laparoscopia. Siete años de experiencia. Rev Colomb Cir. 2005;15:1-5.

12. De la Concepción AH, Soberón Varela I, Hernández Varela JA, Cremata Bruna M . Resultados del tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda. Rev Cubana Cir.2009;48(2)
13. Pérez MA, Roesch DF, Díaz BF, Martínez FS. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica en la enfermedad litiásica vesicular complicada. Cir Ciruj. 2005;73:15-8.
14. González JL. Resultados del tratamiento quirúrgico de las lesiones iatrogénicas de las vías biliares. La Habana: Hospital Hermanos Ameijeiras; 1996.
15. Martín Bourricaudy N, Gálvez Toledo O. Lesiones iatrogénicas de la vía biliar en cirugía laparoscópica. Experiencia en diez años. Rev Cubana Med Milit. 2008; 37(4)
16. Armenteros LA, Ángel A, Mullet E. Colecistectomía por laparoscopia. Siete años de experiencia. Rev Colomb Cir.2005; 15: 1-5.

SUMMARY

Urgent abdominal diseases of surgical treatment are still being a non despicable part of the general surgeon work. Video laparoscopic surgery is an advantageous and efficacious method in treatment the surgical urgency to determine the behaviour of surgical laparoscopy in abdominal urgency. We carried out a transversal descriptive study in the urgency service of the Teaching Military Hospital "Dr. Mario Muñoz Monroy". The universe was formed by 201 patients urgently operated by video laparoscopic surgery in the period from February 2000 to June 2009. The used variables were genre, age, pre-surgery diagnostic, surgical time, diseases conditioning surgical risk, antecedents of previous surgeries, more frequent complications, kind of surgery, conversion causes, hospital staying and patients' status at discharge. The most affected sex was the female sex (67.5%), the average age was 41 years old, the most frequently presented entities were related with the bile duct (68 %), followed by acute appendicitis (19 %), and the average surgical time was 50.42 minutes. The main disease causing risk was Arterial Hypertension, 78 % of the patients did not have antecedents of abdominal surgery; there were complications related with the surgical act in 3 %, and post surgery complications in 6 %; the conversion rate was 2 %, 89 % of the patients had a hospital staying of less than 24 hours. General mortality was 0.5 %, with one deceased patient.

MeSH

ABDOMEN, ACUTE/surgery
LAPAROSCOPY/methods
EMERGENCY MEDICAL SERVICES
EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE
CROSS-SECTIONAL STUDIES
HUMANS
ADULT

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Galoso Cueto GL, Lantigua Godoy A, Castillo Lamas L, Alfonso Moya O, Bello Delgado R. Cirugía laparoscópica en la urgencia abdominal. Experiencia de 9 años. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(5). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202009/vol1%202009/tema5.htm>

[consulta: fecha de acceso]