UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE MEDICINA

UNAN-LEON

Tesis para optar al Título de Cirujano General.

Causas de conversión de Colecistectomía Laparoscópica en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argûello 2005-2007.

AUTOR: Guillermo E. Valdivia Salinas.
Residente de IV año de Cirugía General.

TUTOR: Dr. Omar Barrera.
MB de Cirugía.

ASESOR: Dr. Juan Almendarez.
Salubrista Público.
MSP.

León, febrero del 2008.

AGRADECIMIENTO

- A Dios fuente de vida y alivio espiritual.
- A mis padres quienes han estado a mi lado a lo largo de mi carrera, apoyándome y compartiendo mis logros.
- A mis maestros quienes diariamente se encargan de hacernos mejores.
- A mis pacientes quienes son aporte fundamental en mi formación.

INDICE.

1. Introducción……1

2. Planteamiento del Problema…….…….…..3

3. Objetivos…….4

4. Marco teórico…….…….5

5. Diseño Metodológico……..9

6. Resultados…….…….....11

7. Discusión……..…….17

8. Conclusiones.…….……18

9. Recomendaciones……..……19

10. Bibliografía…….20

11. Anexos.

INTRODUCCION

La patología biliar es altamente frecuente en la población siendo motivo de consulta y es atendida en las diferentes unidades de salud en donde una vez diagnosticada la refieren al Servicio de Cirugía, es más común en mujeres con una incidencia de hasta un 60% y corresponde aproximadamente a 30% de las cirugías en un servicio de cirugía general. [1,13, 16,2]

La situación de la cirugía biliar ha cambiado de forma radical desde la aparición de la laparoscopia, esta comenzó a desarrollarse a comienzos de siglo, principalmente en Europa popularizado por Semm, alcanza su mayor desarrollo en el campo ginecológico, inicialmente como procedimiento diagnóstico y en las últimas décadas como procedimiento terapéutica. Mouret, en Lyon, Francia en 1987 practicó la primera colecistectomía laparoscópica, Dubois en Paris desarrolló y consolidó la técnica y pocos meses más tarde Reddick y Olsen comunicaron el primer caso en EEUU. [1, 3,8]

La colecistectomía laparoscópica cambió radicalmente el tratamiento de la litiasis biliar en el mundo durante la última década. Esta técnica quirúrgica comparte muchos procesos con la técnica estándar (laparotomía): ambas extirpan la vesícula, y en ambas es importante la identificación de la arteria y el conducto cístico. En un inicio esta nueva técnica resulto con gran aceptación debido a que se considero una técnica fácil y sencilla, pero a medida que se realizaba fueron encontrándose datos que reflejaban que la morbi – mortalidad se había elevado respecto a la técnica convencional producto de la falta de capacitación de los cirujanos y la carencia en muchos centros del instrumental adecuado. Ante esto se vio la necesidad de capacitar a los cirujanos en formación y los centros hospitalarios se encargaron de obtener los instrumentos quirúrgicos apropiados. [1, 2, 15,3]

Más tarde la técnica se había difundido a nivel mundial, y en Latinoamérica muchos países comenzaron a ponerla en práctica. En 1992 el Comité de Cirugía Endoscópica de la Sociedad Colombiana de Cirugía presenta el primer informe cooperativo sobre colecistectomía laparoscópica, incluyendo 1.078 casos, con un porcentaje de pacientes llevados a cirugía abierta convencional o conversión del 5 por ciento, y con complicaciones y mortalidad muy similares a las de otras series internacionales informadas. [11, 12, 15,18]

En el 2002 Ortiz J. presentó un análisis retrospectivo de 604 colecistectomías realizadas por un mismo equipo quirúrgico en un lapso de 11 años en México, en donde se reportaron apenas 2 casos de conversión.
En el 2003 en Argentina un estudio demostró la efectividad de la técnica y sus ventajas como el corto período de estancia intrahospitalaria, también se menciona que para someter a un paciente a dicho procedimiento se necesitan ciertos criterios de inclusión y buen entrenamiento del personal.[1,10, 15]

En nuestro país la cirugía laparoscópica se ha iniciado con ayuda de personal experimentado proveniente de países extranjeros, principalmente Estados Unidos, dentro del personal cabe destacar la presencia de médicos como el Dr. Sumby y el Dr. Berguer quienes han sido de gran valor en nuestro medio. [1,8, 16]

En el HEODRA se han realizado estudios sobre la experiencia de la cirugía laparoscópica, se puede mencionar a Canales quien en 1997 demostró la efectividad de la técnica en cuanto a la baja morbilidad postoperatoria y el menor tiempo de estancia hospitalaria. [1,8, 10]

En la actualidad en nuestro país poco se conoce sobre estudios que reflejen en realidad datos que nos permitan compararnos con estándares internacionales principalmente con otros países latinoamericanos con quienes compartimos las mismas ventajas y desventajas, es por esto que creo adecuado estudiar un aspecto importante sobre el tema como son las causas de conversión de la colecistectomia laparoscópica, esto servirá de apoyo para futuras investigaciones sobre este y muchos otros aspectos relacionados que mas adelante podrán unirse y dar lugar a un verdadero registro sobre la novedosa técnica en nuestro país.[1,4,8, 14]

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello en el período comprendido entre el año 2005 al 2007?

OBJETIVOS

General

- Determinar las causas de conversión de las colecistectomías laparoscópicas efectuadas en el HEODRA durante el período de enero del 2005 a enero del 2007.

Específicos

- Determinar la incidencia de conversión de las colecistectomías laparoscópicas en el HEODRA, y relacionarlos con la edad y el sexo.

- Reflejar los diagnósticos de ingreso de los pacientes sometidos a colecistectomías convertidas.

- Describir los hallazgos transquirúrgicos de los pacientes en quienes el procedimiento fue convertido.

- Determinar las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica efectuadas en el HEODRA durante el período de enero del 2005 a enero del 2007.

MARCO TEORICO

Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con los cálculos biliares, entidad que clínicamente suele manifestarse con los llamados cólicos biliares. Una vez que el paciente ha tenido mas de un episodio de cólico biliar, la colecistectomía es el tratamiento de elección, la cual es curativa en la mayoría (85%) de los pacientes. El 95% de los episodios de inflamación aguda a repetición de la vesícula biliar conocido como colecistitis crónica reagudizada están asociadas a obstrucción del conducto cístico por un cálculo biliar, se produce secuencialmente impactación del cálculo, inflamación química e infección bacteriana sobreañadida y al igual que el cólico biliar recurrente el tratamiento de elección es la cirugía precoz. [15, 16,18]

La técnica tradicional de extracción quirúrgica de la vesícula biliar es conocida como colecistectomía abierta o convencional, donde a partir de una incisión suficientemente amplia en la pared abdominal (subcostal derecha, paramediana interna derecha, etc.) se realiza el abordaje de la cavidad abdominal, permitiendo su exploración directa y la extracción de la pieza quirúrgica. [5, 6,8]

Desde hace 15 años la investigación de técnicas quirúrgicas confiables se ha dirigido sobre todo a una cirugía menos agresiva, menos traumática para la pared abdominal y a la fisiología del aparato digestivo, comenzando la cirugía laparoscópica a ser en la actualidad el método de extirpación de elección de la vesícula biliar donde a través de un abordaje menos cruento de la pared abdominal por pequeñas incisiones es posible insertar un equipo especial quirúrgico endoscópico, por medio de los cuales se logra la extracción de la vesícula biliar.

La colecistectomia laparoscopica es relativamente una nueva operación que proporciona un tratamiento alternativo seguro y eficaz para los pacientes con cálculos biliares sintomáticos. Ofrece la ventaja substancial sobre la colecistectomia abierta al disminuir marcadamente el dolor y la incapacidad postoperaorioss, sin mortalidad creciente evidente o morbilidad total. Aunque el índice de lesión hepática común se aumenta, esta tarifa parece ser suficientemente baja para justificar al paciente que la selecciona (con los consejos de un médico) este procedimiento para el tratamiento de cálculos biliares sintomáticos.

La colecistectomia laparoscópica se puede realizar como un tratamiento médico de costos semejantes o levemente variables que los correspondientes a la colecistectomía abierta, y con ahorros de coste substanciales al paciente y a la sociedad debido a la incapacidad laboral marcado reducida.

Sin embargo, los resultados de la colecistectomía laparoscópica son influenciados grandemente por la habilidad y la experiencia del cirujano que realiza el procedimiento y reflejan una adquisición rápida de habilidades técnicas apropiadas. Porque la conversión de la laparoscópica hacia la colecistectomía abierta refleja generalmente el juicio quirúrgico sano, no debe ser considerado una complicación del procedimiento.

La colecistectomía abierta es un procedimiento seguro de todo y eficaz para el tratamiento de pacientes con los cálculos biliares sintomáticos. Aplicable a casi todos los pacientes, la experiencia extensa con esta operación consagrada le hace el estándar con el cual el resto de los procedimientos deben ser comparados

El enfermo que se va a someter a colecistectomía por el método laparoscópico deber ser evaluado integralmente, y en pacientes mayores de 40 años se sugiere hacer una evaluación cardiopulmonar. La ecosonografia es muy importante no solo para diagnosticar la colecistopatía, sino que permitirá reconocer aquellos casos que pueden representar dificultades técnicas especiales, como la presencia de paredes vesiculares engrosadas atribuibles a edema; pueden documentar acerca del número y dimensión de los cálculos, valorar si existe o no dilatación o litiasis biliar intra o extrahepática y la presencia de procesos inflamatorios o masas preripancreáticas en la región. Se solicitan pruebas de laboratorio para evaluar la función hepática que aunadas a los datos de imagenología pueden indicar casos de coledocolitiasis, daño hepático concomitante, pancreatitis o problemas similares. [1, 14, 17]

La mayoría de los pacientes con los cálculos biliares sintomáticos son candidatos a **cirugía laparoscópica, s**i pueden tolerar anestesia general y no tienen ninguna enfermedad cardiopulmonar seria u otras condiciones comórbidas que imposibiliten la operación.

Las indicaciones para colecistectomía laparoscópica, en general, son similares a las indicaciones para colecistectomía abierta. De hecho, la disponibilidad de colecistectomía laparoscópica no debe ampliar las indicaciones para el retiro de la vesícula biliar.

Los pacientes que no son generalmente candidatos a colecistectomía laparoscópica incluyen aquellos con

- peritonitis generalizada
- choque séptico de la colangitis
- pancreatitis aguda severa
- la cirrosis hepática en etapa avanzada
- la hipertensión portal
- coagulopatía severa insensible al tratamiento
- el cáncer conocido de la vesícula biliar
- fístulas colecisto-entéricas
- Además, las pacientes en el tercer trimestre del embarazo no deben experimentar generalmente colecistectomía laparoscópica, debido al riesgo del daño al útero durante el procedimiento.

Los pacientes que experimentan colecistitis aguda, pancreatitis biliar aguda, donde el cálculo biliar que se ha desplomado, cirugía anterior en el abdomen superior, y los cálculos biliares sintomáticos en el segundo trimestre del embarazo pueden ser candidatos a colecistectomía laparoscópica, proporcionando al cirujano la experiencia en colecistectomía laparoscópica para tratar a pacientes con problemas complejos.

El uso de colecistectomía laparoscópica en pacientes en el primer trimestre del embarazo es polémico debido a los efectos desconocidos del pneumoperitoneo del bióxido de carbono en el feto en desarrollo.

Los candidatos obesos pueden experimentar el procedimiento, a menos que la pared abdominal sea tan gruesa que los instrumentos laparoscópicos no alcanzarán el área de la disección.

Los pacientes con coledocolitiasis con o sin ictericia pueden ser tratados a menudo por colecistectomía laparoscópica, pero pueden requerir terapia adyuvante antes, durante, o después de la colecistectomía para el diagnóstico y el tratamiento de las piedras hepáticas.

Los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica pueden tolerar generalmente la colecistectomía laparoscópica, pero el bióxido de carbono usado al insuflar la cavidad abdominal durante la operación puede causar hipercapnia y acidosis.

Un equipo de trabajo experimentado debe poder manejar con éxito a los grupos antedichos de pacientes que tienen contraindicaciones relativas a la operación.

Durante el curso de colecistectomía laparoscópica, los pacientes en quienes el cirujano no puede identificar claramente la anatomía de la vesícula biliar y de la región porta, en los cuales la sangría obscurece el campo operativo, o en el cual otros problemas se convierten durante la operación, conduciendo a una colecistectomía laparoscópica insegura, deben convertirse el procedimiento a un colecistectomía abierta. Tal conversión no es una complicación de la colecistectomía laparoscópica y se debe hacer puntualmente para proteger al paciente contra una lesión operativa seria. Esta decisión de convertir para abrir la colecistectomía se debe considerar como juicio quirúrgico sano. Es implícito que solamente los cirujanos capaces de realizar cirugía biliar y colecistectomía abierta deben realizar colecistectomía laparoscópica.

Las contraindicaciones formales del procedimiento laparoscópico son las mismas de la cirugía convencional, a saber imposibilidad de tolerar la anestesia general y discrasias sanguíneas graves. Hay que considerar que la mayor parte de las situaciones que solían señalarse como contraindicaciones, hoy en día representan circunstancias que requieren máxima supervisión y cuidado, pero no contraindican el procedimiento. Otros autores consideran como contraindicación relativa para la cirugía laparoscópica la patología vesicular (colecistitis aguda, crónica, dimensión de los cálculos.), una intervención previa sobre el abdomen superior y coledocolitiasis, actualmente cuestionado y no considerado como contraindicación a dicho procedimiento. Con respecto a las contraindicaciones generales, además de las genéricas y otras especificas, se encuentran los trastornos cardiacos y respiratorios graves.

Algunos parámetros clínicos preoperatorios pueden indicar una colecistectomía laparoscópica potencialmente difícil y para alguno cirujanos en los inicios de la introducción de este procedimiento fue considerado como una indicación relativa, lo cual a medida que han avanzado las técnicas e instrumentos, además de la experiencia del cirujano en la curva de aprendizaje, han perdido vigencia, sin embargo deben considerarse elementos preoperatorios útiles para predecir la posibilidad de cirugías difíciles con probabilidad de conversión, los cuatro elementos de naturaleza clínica, radiológica y ecográfica.

Estos hallazgos incluyen:

1. Operaciones previas sobre abdomen superior y múltiples adherencias.
2. Obesidad mórbida.
3. Una masa palpable inflamatoria sobre el cuadrante superior derecho.
4. Una pared vesicular engrosada.
5. Sospecha de cáncer de vesícula.
6. otras contraindicaciones relativas: ictericia, cálculos en el colédoco, embarazo, pancreatitis, cirrosis, otras causas de hipertensión portal y vesícula intrahepatica.

A todo paciente que se le programa para cirugía laparoscópica de le debe informar claramente que existe la posibilidad de convertir la cirugía a técnica convencional, el paciente debe ser intervenido en un hospital que cuente con todo los instrumentos y equipo necesario para llevar a cabo el procedimiento de forma segura. [6,8, 11, 18]

Este procedimiento quirúrgico se realiza habitualmente bajo anestesia general, con monitoreo sistemático, aunque hay estudios de aplicación exitosa de anestesia peridural. Existen dos técnicas quirúrgicas en las cuales el paciente es colocado de manera diferente y son las llamadas posición europea y americana. En la primera el paciente se coloca en la mesa con las piernas separadas y el cirujano se ubica entre estas, teniendo a los ayudantes a la derecha e izquierda del enfermo y los monitores en la cabecera de la mesa. En la posición americana el paciente es ubicado en la forma habitual de cualquier otro procedimiento, el cirujano se ubica a la izquierda del paciente, el asistente que maneja la cámara a su lado, y el otro ayudante a la derecha del paciente.

El primer paso es la instalación del neumoperitoneo, por técnica cerrada utilizando la aguja de Veress o por técnica abierta de Hasson.
Una vez colocado el trócar o portal de 10 – 12 mm en posición supra o infraumbilical, algunas veces en posición umbilical, se distiende el abdomen con gas (CO_2) a través de un insuflador automático y una lente de 0 grados en introducida en la cavidad con el uso de un monitor. Se lleva a cabo la exploración lo mas completa posible de la cavidad peritoneal.
El segundo trocar se coloca bajo supervisión laparoscópica sobre la línea media entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical, a la derecha del ligamento falciforme, dirigido al área vesicular. Otros dos trocares de 5 mm se colocan a nivel de la línea media clavicular y axilar anterior derecha.

En pacientes extremadamente obesos, en algunos casos de exploración de las vías biliares, o en casos difíciles, se inserta un trócar adicional en el cuadrante superior izquierdo, a través del cual se introducen otros instrumentos, por lo general un separador atraumático del hígado que en nuestro medio no se utiliza. [1, 7,8]

Con el laparoscopio de 0 grados situado en situación supraumbilical se introduce una pinza de presión por el trócar lateral de 5 mm para tomar el fondo de la vesícula, el ayudante efectúa presión hacia el fondo y arriba con el fin de establecer la exposición necesaria para realizar la operación. Por le trócar de la línea media clavicular se introduce otro disector de 5 mm que puede o no ser atraumático. Por el trócar superior introduce con la mano derecha un instrumento de 5 o 10 mm, por lo general también una pinza disectora atraumática, y efectúa la disección inicialmente roma en el ligamento colecistoduodenal, esta disección permite identificar claramente el conducto cístico, el colèdoco y la arteria cística.

Si el caso no requiere de exploración de las vías biliares, se procede a dividir el conducto cístico y la arteria cística, donde se colocan de preferencia tres grapas, una en el extremo del especímen y dos al lado del paciente, y ambas estructuras se dividen con tijera. Para el desplazamiento y disección de la vesícula del resto del lecho hepático, puede utilizarse un gancho o espátula conectado al electrocauterio monopolar, que al mismo tiempo tiene la facilidad de utilizarse como cánula de aspiración e irrigación. Se recomienda efectuar la extracción de la vesícula biliar por el orificio umbilical o por el situado entre el apéndice xifoides y la cicatriz umbilical, se introduce una pinza de presión para extraer la vesícula por la bolsa de Hartmann. Se recomienda suturar la fascia a nivel del trócar umbilical para evitar herniaciones.

Complicaciones de colecistectomía laparoscópica:

La tasa de complicaciones fluctúan entre 1.3% y 11.2% ha habido mayor frecuencia de lesiones de las vía biliares mayores con la técnica laparoscópica llegando hasta un 0.5% en comparación en comparación con la técnica convencional de 0.1% a 0.2%.

Complicaciones tempranas:

- Barotrauma: esta se puede presentar por hiperinsuflación, por el uso de insufladores no automáticos o que no tengan medidores de presión intraabdominal. Pero aun con medidores existe la posibilidad de obstrucción de estas válvulas.

- Insuflacion extraperitoneal: es una complicación menor que puede ser de gran magnitud, incomodar e incluso impedir la cirugía de no detectarse. Se puede evitar con la correcta colocación de la aguja de Veress y estar siempre atento al medidor de presión intraabdominal.

- Embolia gaseosa: es poco frecuente. Puede ocurrir al inicio de la cirugía. Se puede presentar cuando se canaliza un vaso del epiplón, también cuando se tiene un lecho hepático sangrante y problemático con un seno venoso abierto y existe hiperinsuflación.

- Lesiones con la aguja de Veress o con trocares: esta puede ocurrir durante la primera punción ya que es el único procedimiento ciego para abordar la cavidad abdominal, se debe tener cuidado con la penetración de los instrumentos en casos de cirugía previas.

- Hemorragia: esta puede ocurrir en cualquier momento de la cirugía desde la insuflación hasta el retiro del último trocar.

- Fuga biliar: esta se puede clasificar según su origen:

1. del lecho vesicular.
2. del conducto cístico.
3. de los conductos extrahepáticos.

Cuando existe evidencia de fuga biliar estas deben de corregirse inmediatamente.

- Lesiones por energía: estas pueden ocurrir por el uso inadecuado del electrocauterio o el laser, estas lesiones pueden ser toda índole desde perforaciones de vísceras huecas hasta hemorragias y lesiones de conductos biliares.

Complicaciones tardías:

- Embolia pulmonar: esta puede deberse al aumento de la presión intraabdominal, que puede conllevar a estasis venosa y condicionar a cierto grado de hipovolemia o baja restitución de líquido.

- Abscesos: ocurre cuando se utiliza material no estéril o solo desinfectado. La fiebre postoperatoria y el dolor persistente pueden hacer sospechar esta complicación.

- Hernias: pueden ocurrir principalmente cuando los accesos a la cavidad son mayores de 1 cm y están localizados en la región umbilical.

En nuestro medio es difícil asegurar que pacientes tienen una vesícula de las que se denominan “fáciles”, ya que la cronicidad o cuadros de colecistitis a repetición, el numero de cuadros dolorosos previos, y la fecha e intensidad del último episodio son factores que alteran la morfología y complejidad de la operación, sin embargo es mejor obrar con cautela en los primeros casos. Una vez obtenidas las primeras experiencias, la selección de pacientes debe desaparecer en forma progresiva y paulatina, para extender la aplicación de la laparoscopía a todos los casos de patología de la vesícula, lo cual se debe complementar y enriquecer con la ejecución selectiva de colangiografía transoperatoria. [1,8, 12, 16]

DISEÑO METODOLOGICO

Tipo de estudio

Es un estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos realizado en el HEODRA departamento de cirugía en el periodo comprendido de enero del 2005 a enero del 2007.

Población a estudio

Pacientes ingresados al servicio de cirugía del HEODRA que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica en el periodo comprendido de enero del 2005 a enero del 2007.

Muestra

Aquellos pacientes que durante su colecistectomía laparoscópica requirieron de conversión a técnica abierta en el período comprendido entre enero del 2005 a enero del 2007.

Criterios de inclusión

Pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica de quienes se pudo obtener toda la información a través de la ficha de recolección de datos.

Tipo de fuente

La información se obtuvo a través de una fuente secundaria, a partir de la revisión de expedientes clínicos de los pacientes que fueron admitidos al departamento de cirugía durante el período de estudio.

Instrumento de recolección de datos

Formulario estandarizado, el cual contenía preguntas cerradas elaboradas previamente.

La información se recolectó a través de la búsqueda de los pacientes por su nombre y número de expediente y a su vez se utilizó el registro de dichos pacientes que se lleva en sala de operaciones a los cuales se sometió a colecistectomía laparoscópica, luego se procedió a llenar el formulario previamente estructurado.

Operacionalización de las variables:

Variable	Definición	Escala
Edad	Tiempo de vida transcurrido en años.	Menor de 21 años De 21 a 40 años Mayor de 60 años
Sexo	Condición orgánica que distingue a dos personas de la misma especie.	Masculino Femenino
Diagnóstico de ingreso	Patología definida al momento en que se admite al servicio.	**S**e especificará.
Hallazgos transquirúrgicos	Datos encontrados al momento del acto quirúrgico.	Se especificarán.
Conversión	Acto de llevar una cirugía laparoscópica a técnica abierta.	Si No
Causas	Motivo que llevo a la conversión	Se especificará**.**

Plan de análisis

Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 10.0 se realizo un análisis univariado de todas sus variables mediante frecuencia simple de todos sus datos, se estableció la prevalencia de las causas de conversión de colecistectomía laparoscópica de forma global.

RESULTADOS

RESULTADOS

Del total de pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica (n: 240), un 9% requirieron conversión a cirugía abierta, y un 91% fue llevado a cabo dicho procedimiento por vía laparoscópica en su totalidad. (**Ver gráfico No. 1)**

El gráfico representa el total de colecistectomías convertidas equivalente a 23 pacientes en donde el 43% representa el sexo femenino entre las edades de 22 a 40 años y un 8% para los del sexo masculino comprendida en este grupo etareo, después se encuentra un 26% de mujeres mayores de 41 años y 13% para los del sexo masculino, el grupo de menores de 21 años solo se encuentra un 8% del sexo femenino. **(Ver gráfico No. 2)**

El 65% de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica convertida fueron ingresados con el diagnóstico de cólico biliar persistente, 26% con diagnóstico de colecistitis aguda y 8% pólipo vesicular. **(Ver gráfico No. 3)**

Dentro de los principales hallazgos transquirúrgicos encontrados en los pacientes que terminaron con colecistectomía laparoscópica convertida predominó con un 26% la vesícula de pared engrosada, en un segundo lugar con 22% se encontraron múltiples adherencias, compitiendo con este mismo porcentaje se encuentran las variantes anatómicas (arteria hepática anterior, cístico doble), se encuentran compartiendo el tercer lugar con 9% , la vesícula de pared normal con cálculos en su interior, los cálculos en el colédoco y la vesícula empotrada, y en un 3% el piocolecisto. . **(Ver gráfico No. 4)**

De los 23 casos convertidos un 26% presentó dificultades técnicas y otro 26% fue por múltiples adherencias, un 13% con dificultad para identificar estructuras, con un 9% cálculos en el colédoco, y un 4% se refleja piocolecisto, vesícula engrosada e inflamada, lesión del conducto cístico y hemorragia por lesión de la arteria hepática. **(Ver gráfico No. 5)**

Gráfico No. 1

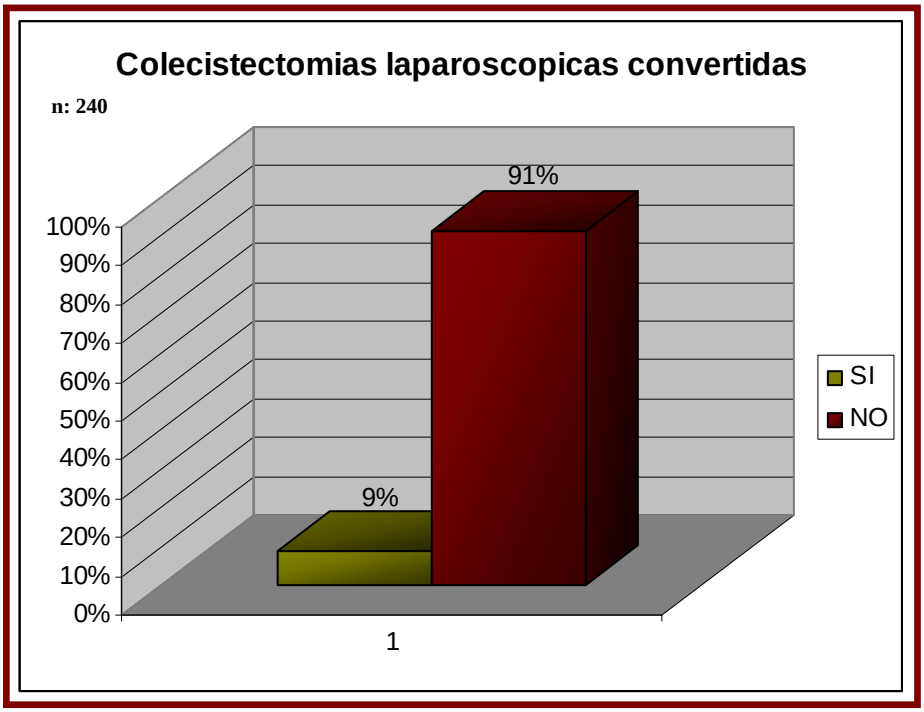


Gráfico No. 2

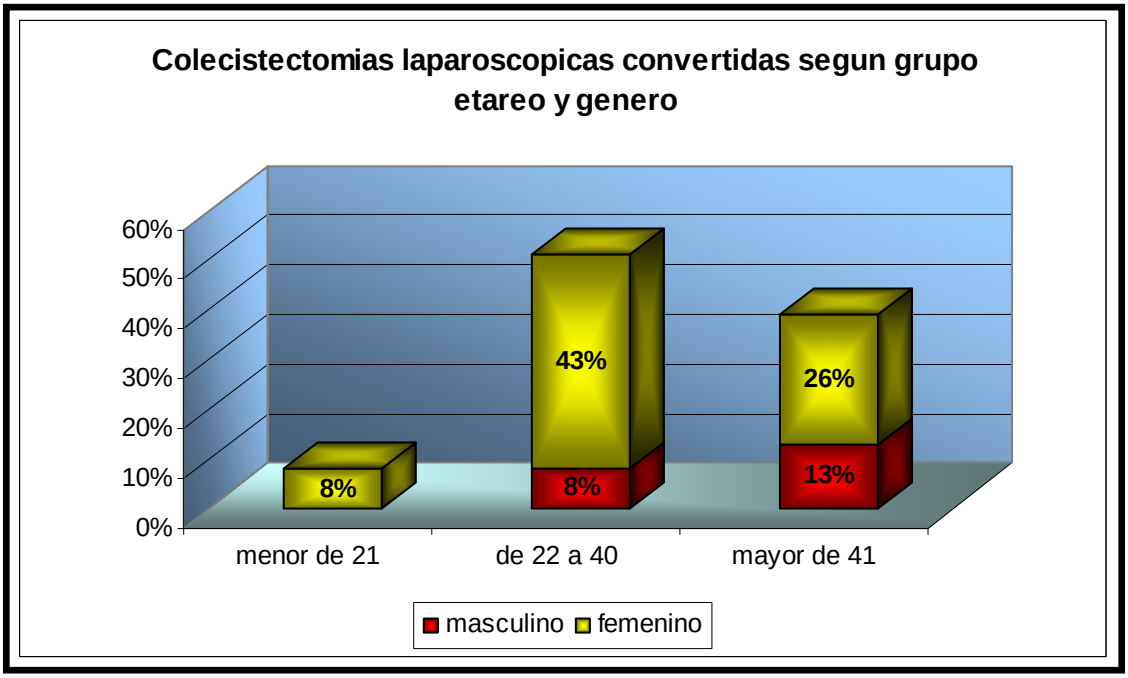


Gráfico No. 3

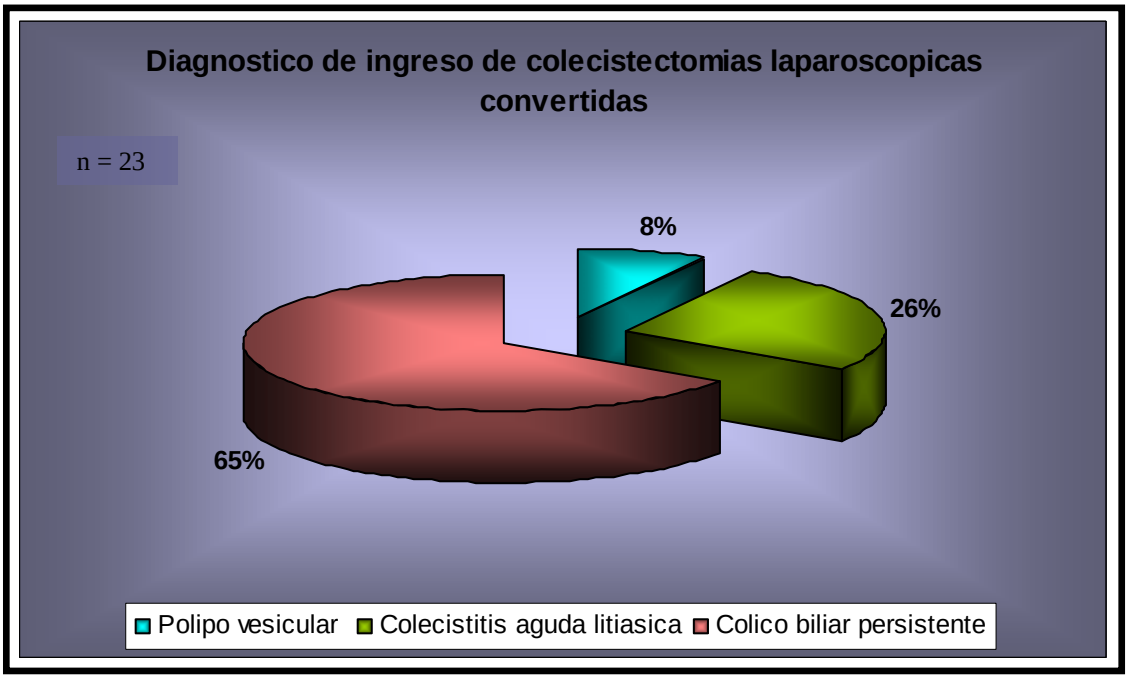


Gráfico No. 4

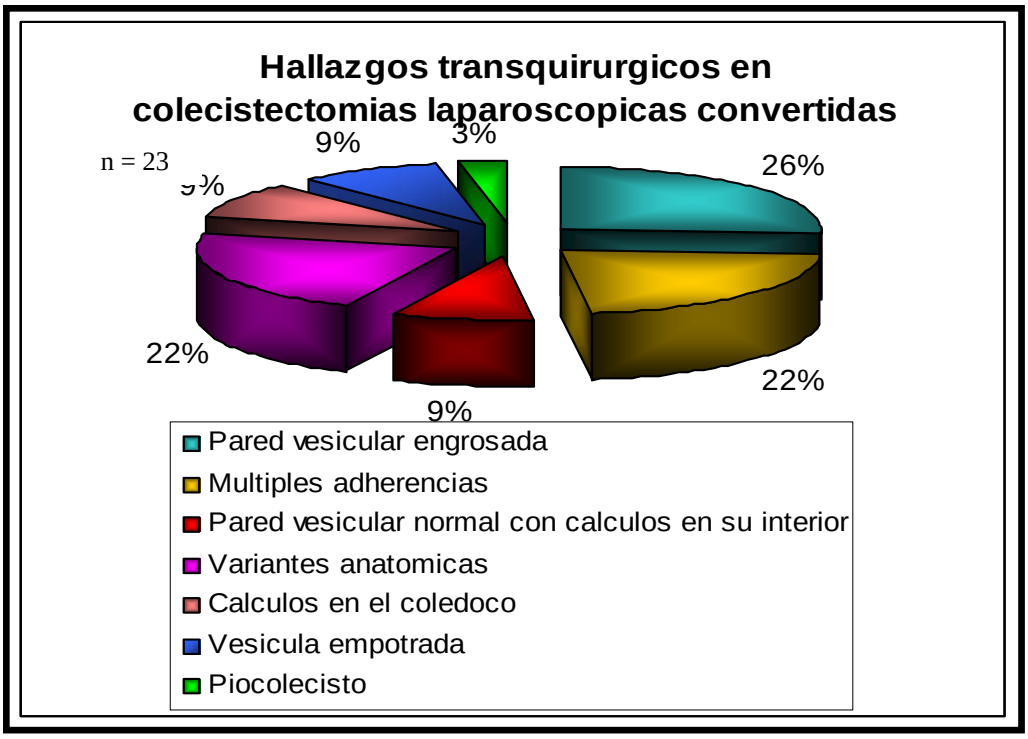
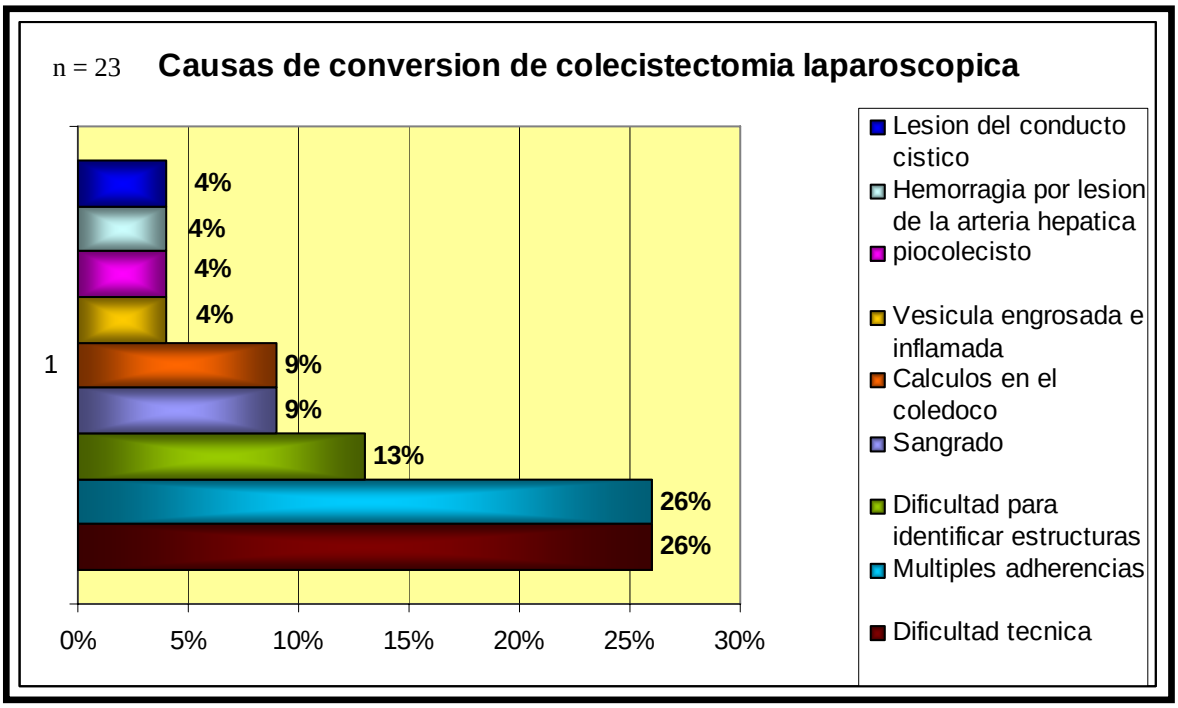


Gráfico No. 5


n = 23
Causas de conversion de colecistectomia laparoscopica
1
4%
4%
4%
4%
9%
9%
13%
26%
26%
0%
5%
10%
15%
20%
25%
30%
Lesion del conducto cistico
Hemorragia por lesion de la arteria hepatica
piocolecisto
Vesicula engrosada e inflamada
Calculos en el coledoco
Sangrado
Dificultad para identificar estructuras
Multiples adherencias
Dificultad tecnica

DISCUSION

La muestra estuvo conformada por 240 pacientes que fueron llevados a colecistectomía laparoscópica en el HEODRA, de los cuales el 79% representaron al sexo femenino y el 21% al masculino.

Del total de pacientes se reportó una tasa de conversión del 9%, se puede mencionar estudios como el de Capizzi en Italia en el 2003 quien reporto una cifra del 1.8%, en España Michael Rosen reporto un 5.6%. Generalmente el resultado esperado sobre la incidencia se estima entre un 2.5 y un 5%. [19] Con el paso del tiempo y el mejor dominio de la técnica se ha logrado observar una disminución de estas cifras reportadas.

Comparado con otros estudios la edad promedio de pacientes convertidos se estima en los 45 años, pero se espera que la mayoría de estos casos se encuentren en un rango de edad de 33 a 51 años según estudios como el de Vergnaud en el 2000. Respecto al sexo predominante se mencionaba anteriormente la frecuencia con la que la patología biliar afecta a las mujeres, se estima una relación 2 a 1 y talvez debido a esto la mayor parte de los casos convertidos fueron pacientes del sexo femenino, constatando que en este estudio solo un 21% de la población fue del sexo masculino.

Cabe mencionar que algunos estudios estiman que tanto el sexo femenino, como la edad mayor de 45 años son factores predictivos para conversión, en estos mismos se menciona la obesidad.

En relación a los diagnósticos de ingresos de los pacientes sometidos a conversión se tiene como principal diagnóstico cólico biliar persistente con un 65%, dentro de los diagnósticos restantes se reflejan algunos como pólipo vesicular un 8% y colecistitis aguda litiásica un 26%.

Dentro de los hallazgos transquirúrgicos más comunes encontrados en este estudio, se menciona una pared vesicular engrosada mayor o igual a 4mm que correspondió al 26% es decir fue el hallazgo predominante en las cirugías que fueron llevadas a conversión, en segundo lugar con un 22% se refleja que las múltiples adherencias fueron también un hallazgo significativo durante la realización del procedimiento y que acompañado de las dificultades técnicas durante el acto quirúrgico equivalen a las principales causas por las que la colecistectomía laparoscópica fue llevada a conversión, como se detalla a continuación.

Con respecto a las causas de conversión, las encontradas en este trabajo se comparan con las demás investigaciones que demuestran que tanto múltiples adherencias, dificultades técnicas y disección difícil por anatomía imprecisa son los principales motivos que llevan al especialista a tomar la sabia decisión de convertir la técnica laparoscópica a técnica abierta, con el objetivo primordial de prevenir complicaciones que puedan poner en riesgo la vida del paciente al momento del acto quirúrgico y después.

En términos generales los resultados de este estudio se consideran muy similares al resto de las investigaciones realizadas a nivel internacional, así como la información obtenida en la literatura consultada. [1, 8]

CONCLUSIONES

1. La incidencia de conversión de colecistectomía laparoscópica en Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales se encuentra aumentados en relacion a los rangos normales reportados a nivel internacional.

2. La mayoría de los pacientes sometidos a colecistectomias laparoscópicas convertidas fueron mujeres, entre las edades de 22 a 40 años.

3. El principal diagnostico de ingreso de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica fue colelitiasis.

4. El hallazgo transquirúrgico predominante en colecistectomía laparoscópica y convertida fue pared vesicular engrosada mayor de 4 mm.

5. Las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica fueron múltiples adherencias, dificultad técnica y dificultad para identificar estructuras anatómicas.

RECOMENDACIONES

1. Que al cirujano en formación se le motive a crear un juicio quirúrgico acertado en cuanto a decidir el momento de la conversión, para evitar complicaciones.

2. Aumentar el número de horas de los encuentros teórico-prácticos del curso de cirugía laparoscópica que se le brinda a los cirujanos en formación.

3. Asegurar mantenimiento y revisión del equipo e instrumental laparoscópico con el fin de mantenerlos en buen estado para que faciliten la práctica de la cirugía laparoscópica, disminuyendo la incidencia de conversiones por problemas técnicos en nuestra Unidad de Salud.

4. Continuar investigaciones sobre Cirugía laparoscópica en nuestro medio, ya que debido a su frecuencia de realización, sería de gran interés realizar una curva de aprendizaje inducido por la experiencia que conlleve a la mejoría de la técnica a través del tiempo.

5. Promover la aceptación de la cirugía laparoscópica por parte de los pacientes que cumplen con los criterios de selección para la misma, aumentando la captación de estos y disminuyendo la incidencia de conversión.

6. Promover la realización de cirugías laparoscópicas ambulatorias con el objetivo de disminuir los días de hospitalización, y reducir el costo a nivel institucional, además de brindar al paciente comodidad y beneficios relacionado con este tipo de cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. Berrios, G: Experiencia de la Colecistectomía en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Arguello, León. 1 de Febrero de 1994 – 1 de Noviembre del 2001. UNAN – León.

2. Bilhart LE: Gallstone disease and its complications. Sleisenger and Forttran. Gastrointestinal and liver disease. 6th. Edition. Vol 1. WB. Saunder Company; 1998. 948 – 73.

3. Chouleb, Alberto. Colecistectomía Laparoscópica: Técnica Quirúrgica.

4. Canales G: Experiencia en Colecistectomía laparoscópica. HEODRA Diciembre 1996 – Diciembre 1997. UNAN León, 1998.

5. Lopera C; Colecistectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo tratamiento ambulatorio vs. Hospitalario. Rev. Coloma. Cir.; 14 (4): 231 – 235, Dic. 1999.

6. Pérez Castro José. Manual de cirugía laparoscópica. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.

7. Sabiston D: Tratado de patología quirúrgica. 15 edición. Vol. 1. McGaw – Hill Interamericana. México, DF. 1999.

8. Valle E: Experiencia en Cirugía Laparoscópica en el HEODRA de Enero del 2003 a Febrero del 2004.

9. Nyhus Lloy M. Mastery of Surgery. Tercera Edicion. Tomo 1. pag 1175 - 1182.

10. Schwartz Seymour. Principios de Cirugía. 6edicion. Tomo 11, Pág. 1433 – 1438. 1995.

11. Zuker K. A. et al. 1991. laparoscopy guideal cholecystectomy. Am J. Surg. 161. 36 – 44. 1991

12. Wolf B M, et al . 1991. endoscopic cholecystectomy An análisis of complications. Arch Surg. 126. 1992 – 1998

13. Rosen M et al. 2002. Predictive factors for conversions of laparoscopic cholecystectomy. Sep. 184.

14. Peter JH et al. 1994 Reasons for coversion from laparoscopic to open cholecystectomy in an urban teaching hospital.

15. Paredes Cotore et al. 1994. laparoscopic cholecystectomy in Spain. Estudio Multicentrico de 2432 pacientes. Rev. Española, enfermedades diagnosticas.

16. Nora Paúl F. 1993 Cirugía. Técnicas y procedimientos. 3ra. Edic. Chicago Illinois.

17. Meneiro M. et al. 1996. Cirugía laparoscópica. Editorial medica iberoamaericana. 148 – 98.

18. Melotti G. et al 1991. Colecistectomía laparoscópica. Arcadia Libri Editorial Moderna.

19. Cueto J, Weber A. Cirugía Laparoscópica, 2da. Edic. Mc Graw – Hill, Interamericana; 1997. pp 142 – 3.

20. Colecistectomía laparoscópica en Zimbawe. Rev. Cubana, Cir v 34 n.2. Ciudad de La Habana, julio – diciembre 1995.

ANEXOS

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

1. EDAD _____

2. SEXO : FEMENINO ___ MASCULINO ____

3. PROCEDENCIA: URBANA ____ RURAL____

4. DIAGNOSTICO DE INGRESO:

_____

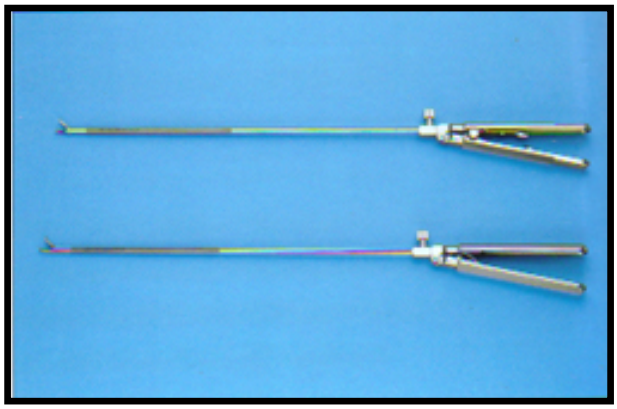
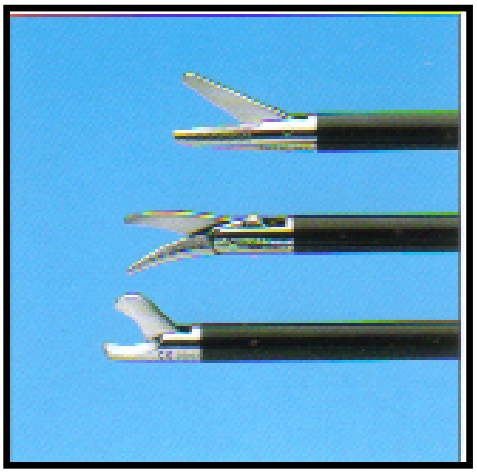
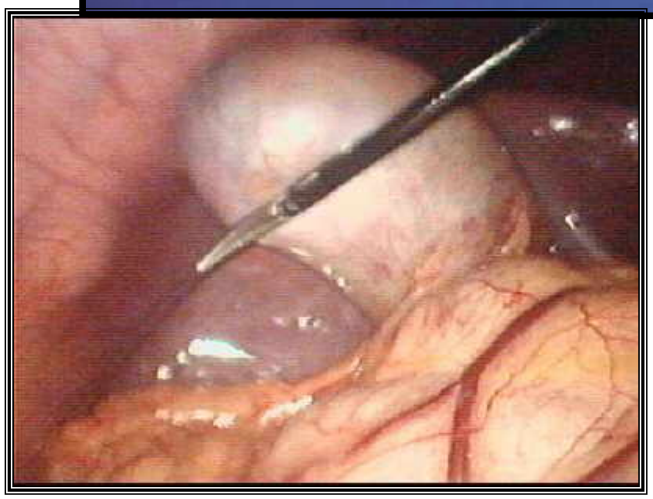
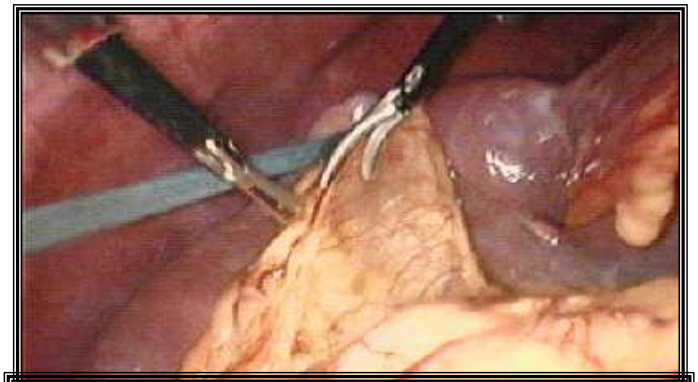
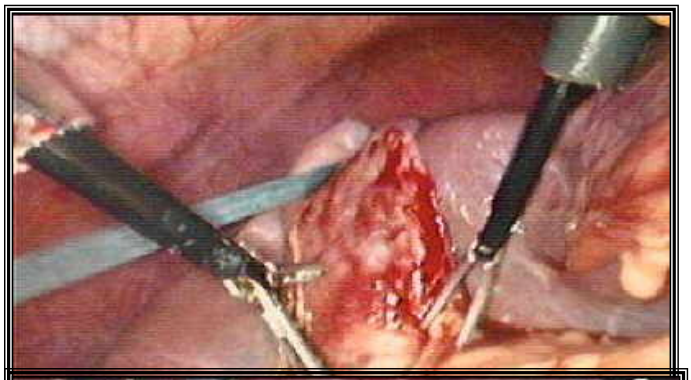
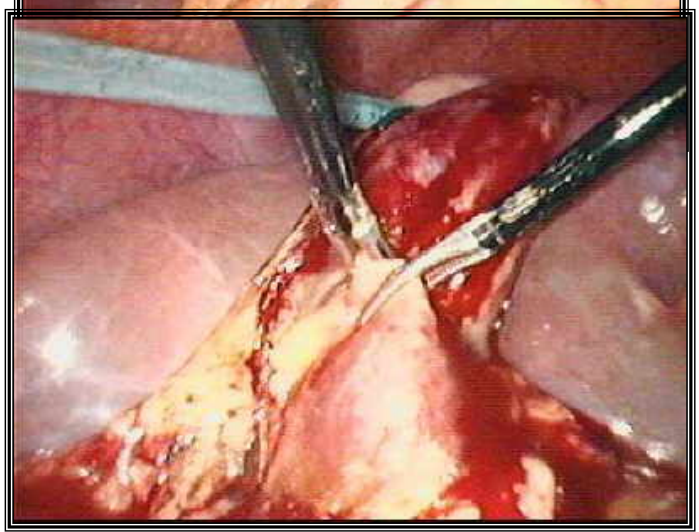
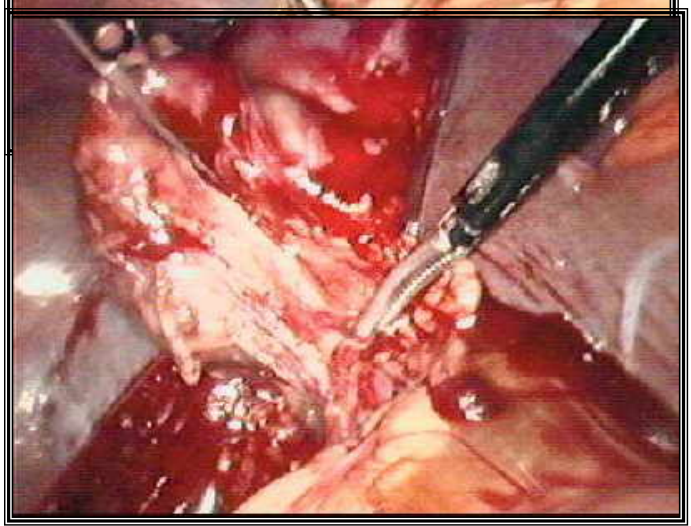
5. HALLAZGOS TRANSQUIRURGICOS:

_____
_____
_____
_____

6. CONCLUYO POR LAPAROSCOPIA

SI____ NO ____

7. CAUSA DE CONVERSION

_____
_____

Enfermera de Quirófano - http://enfermeradequirofano.iespana.es