

Estudio retrospectivo: colecistectomías abiertas en los últimos 5 años en el Hospital Militar Regional de Monterrey, NL

Tte. Cor. M. C. Mario Durán-Solares,* M. C. Roberto Martínez-Ayala*

Monterrey, Nuevo León

RESUMEN. Las *colecistectomías abiertas* ocupan uno de los primeros lugares de los procedimientos quirúrgicos en los hospitales de segundo y tercer nivel, sólo rebasadas por las cirugías ginecológicas, pequeñas cirugías de piel y las apendicectomías, convirtiéndolo entonces en un método seguro e ideal para resolver la patología vesicular de forma quirúrgica cuando así se requiere. El presente estudio fue realizado en un hospital de segundo nivel en un total de 142 pacientes, en los cuales no se incluyeron patrones de exclusión como lo son: sexo, edad, patologías crónicas degenerativas entre otras. A todo el grupo estudiado fue posible darles seguimiento a corto y mediano plazo, observando que el rango de edades se encontraba entre los 14 a 92 años. La realización de la técnica quirúrgica en su mayoría fue por incisiones transversas y un bajo número por incisiones medias supraumbilicales, con resultados similares, utilizando para ambos tipos de incisiones la reparación con tipos similares de suturas. Todos, excepto uno del universo de pacientes fue manejado con antibióticos convencionales, el estudio realizado con los criterios referidos reportó que la mortalidad fue del 0% y la morbilidad del 1.3%, menor estancia hospitalaria y una disminución importante en la frecuencia de complicaciones transoperatorias y postoperatorias por lo cual se satisfacen ampliamente los objetivos trazados de todo paciente quirúrgico y observando que los resultados corresponden ampliamente a lo reportado en la literatura mundial.

Palabras clave: colecistectomía abierta.

El mayor progreso en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades de las vías biliares se ha logrado en el siglo pasado, sin embargo, la litiasis vesicular y sus secuelas que causan la mayor parte de los problemas clínicos no son males de nuestros tiempos y ya desde antaño la historia nos menciona sobre este tema que el primer cálculo más antiguo del

SUMMARY. The *open cholecystectomy* has one of the first places in frequency for surgical procedure in the first and second level hospitals and it is surpassed only by gynecological surgery, skin surgeries and appendectomy. This study was carried out in a second level hospital, with 142 patients, who have fulfilled the inclusions patterns like, sex, age and chronic cause. To the whole group was possible to give them the long and short term treatment, observing that the age range was between the 14 and 92 years. Transversal incision gave a bigger approach than the median supraumbilical incision with the same outcomes. Stitches were treated for both incisions. All patients (except one) were medicated with conventional antibiotics; the referred criteria demonstrated that the mortality was 0% and the morbidity was 1.31%, less hospitalary stance and an important decrease in frequency of transoperative and postoperative complications. Our results are similar to those reported by world literature.

Key words: open cholecystectomy.

cual se tiene conocimiento data del siglo XI de la dinastía Egipcia (1085-954 a.C.), descrito en la momia de una sacerdotisa de Amón.

Así pues desde la primera colecistectomía realizada por Carl Langenbuch, de Berlín, en julio de 1882, en un paciente varón de 43 años de edad, se marcaron las bases y el inicio del manejo quirúrgico de la litiasis vesicular, teniendo que pasar 15 años para que llegaran a 100 el número informado de operaciones de esta clase. Hacia el año de 1905, en el que el Dr. Mayo describió 2 cirugías de reparación de lesiones de las vías biliares marcando el inicio de las bases del manejo de esta terrible complicación. Otro de los descubrimientos del siglo XX ha sido la creación y utilización de los exámenes diagnósticos, tanto de laboratorio como de gabinete.

En nuestros tiempos la realización de una colecistectomía abierta es uno de los procedimientos más comúnmente realizados, pero no por ser tan frecuente su realización deja de ser un procedimiento que exige de un amplio conocimiento de la anatomía de la región del cuadrante superior derecho del ab-

* Departamento de Cirugía. Hospital Militar Regional Monterrey, Nuevo León.

domen, considerándose como la región abdominal que más variantes anatómicas presenta.⁵

Las indicaciones para realizar una colecistectomía abierta,⁴ se encuentran ampliamente estudiadas y se menciona en orden de frecuencia las siguientes: Colecistitis aguda, colecistitis crónica, litiasis sintomática, vesícula no funcionante, vesícula calcificada, tumores de vesícula, portadores de tifoidea con cultivos biliares positivos y traumatismos vesiculares, evitándose de esta forma una discriminada frecuencia en la realización de procedimientos quirúrgicos innecesarios.

Material y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo con 142 pacientes operados de colecistectomías abiertas en el Hospital Militar Regional de Monterrey, N.L. en un periodo comprendido entre el primero de enero de 1992 hasta el 31 de diciembre de 1997, en el presente estudio no se incluyeron parámetros de exclusión. La valoración preoperatoria, de todos nuestros pacientes consistió en historia clínica, biometría hemática completa, química sanguínea, examen general de orina, pruebas de tendencia hemorrágica, telerradiografía de tórax y electrocardiograma a los mayores de 40 años, además de ultrasonografía de hígado y vías biliares, como preparación rutinaria preoperatoria, todos los pacientes fueron encamados el día anterior a la realización de la cirugía o bien los que se encontraban encamados y que continuaron así hasta la realización del procedimiento. Previo a la cirugía se realizó hemitricotomía del área correspondiente del cuadrante superior derecho del abdomen cuando así fue necesario, el uso de antibióticos se realizó en todos los pacientes de forma profiláctica y terapéutica según fue el caso, sólo en un paciente no se indicó antibiótico. El tipo de anestesia utilizada fue en su mayoría bajo anestesia general balanceada con intubación orotraqueal y sólo en 12 pacientes con bloqueo peridural alto. La técnica quirúrgica realizada fue en su mayoría por incisión transversa y por incisión media supraumbilical al abordar cavidad abdominal se procedió a localizar y a identificar las estructuras del hilio, dejándose referidas, iniciando la disección de la vesícula desde el fondo, hasta llegar al hilio, siendo hasta entonces cuando se seccionaron la arteria cística primero y luego el conducto cístico. Se utilizaron analgésicos no opiáceos para el control del dolor con buena respuesta al dolor y sólo en un pequeño número de pacientes,²³ se utilizaron analgésicos opiáceos en dosis única con buena respuesta.

Resultados

De los 142 pacientes estudiados, con edades que comprendían de los 14 a 92 años de edad con una media de 43.9 años. En cuanto al número de pacientes operados se observó un predominio del sexo femenino de 7.88 por cada hombre, dando un porcentual 87% en mujeres y en hombres de 13%, recordando que la literatura reporta de 4 a 5.^{5,10,13}

En cuanto al grupo de edad en que más frecuentemente se realizó este procedimiento fue de los 31 a 40 años con el

25.35% seguido por el grupo de 41 a 50 años con el 21.83%, el tercer lugar fue de los 51 a 60 años con el 20.42% y seguidos por el grupo de los 21 a los 30 años con el 17%.

Del total de pacientes operados por padecimiento es como se indica a continuación:

Padecimiento	Pacientes	Porcentaje
Litiasis vesicular	98	69
Colecistitis aguda	20	14
Colecistitis crónica	19	13.4
Colecistitis por salmonelosis	4	2.8

El tiempo quirúrgico promedio del total de pacientes fue de 105 minutos y la estancia hospitalaria fue de 4.57 días logrando con esto una mejor utilización de los recursos materiales y humanos. En cuanto a las complicaciones observadas fueron seromas en 2, lesiones de vías biliares 2, fleo digestivo en un paciente.

Discusión

El estudio se realizó con la finalidad de conocer estadísticamente las principales causas por las cuales se realiza este procedimiento quirúrgico en un hospital de segundo nivel y a la vez correlacionar los resultados obtenidos con los reportados en la literatura por otros autores.

Se demostró que la frecuencia de colecistectomías abiertas según los diferentes diagnósticos que así la indican es similar a la reportada por otros autores. La mortalidad global reportada fue de 0% y la experiencia de otros autores reporta 0.8 a 1.8%, con lo cual se observó una importante diferencia, la cual se puede explicar porque el total de médicos adscritos al servicio de cirugía fue de 5 y la de personal residente de 4, realizándose una estrecha vigilancia y de esta forma la curva de aprendizaje fue vigilada más de cerca. La morbilidad fue similar a la reportada por otros estudios. En todos los pacientes el material de sutura fue similar, lo mismo que el procedimiento quirúrgico, realizándose con mayor frecuencia la incisión subcostal derecha y teniendo en cuenta que la elección de la incisión habrá de tomar en consideración no sólo la amplitud que el campo quirúrgico nos brinde, sino también el dolor postoperatorio que produzca al paciente, teniendo en cuenta que el dolor que ocasionan los grupos de incisiones han sido estudiados por otros autores con resultados contradictorios,⁶⁻⁹ pero concluyendo que las incisiones transversas solicitaron menos dosis de analgésicos.^{9,10}

El tiempo quirúrgico se encontró dentro de un rango de 105 minutos lo cual es adecuadamente satisfactorio. A toda la población operada se le dio un seguimiento a mediano plazo (8 a 10 semanas). En cuanto al uso de antibióticos,^{1,11,12} se utilizaron en todos los pacientes, excepto en uno, de forma profiláctica o bien terapéutica según se individualizó cada caso. La estancia hospitalaria fue de 4.57 días por paciente, siendo moderadamente menor si se compara con lo reportado por otros autores.^{5,6}

La colecistectomía abierta es un procedimiento quirúrgico útil, seguro y relativamente rápido para resolver la patología vesicular, colocándola en nuestro estudio en un lugar preponderante por su nula mortalidad y su morbilidad significativamente baja, permitiendo así una mejor calidad de vida y una rápida integración a la función casi en su totalidad en un lapso de 15 a 20 días.

La presencia de dolor se controló adecuadamente con el uso de analgésicos no opiáceos en su mayoría, sólo a un bajo número de pacientes se les ministró dosis únicas de analgésicos opiáceos.

La zona quirúrgica presenta hipoestesia, la cual se recupera en gran parte su sensibilidad paulatinamente, la cicatriz residual que se produce puede ser manejada en un segundo tiempo, ya sea de forma quirúrgica, con infiltración de esteroides, fisioterapia, o con una combinación de ambas, con excelentes resultados, recordando que los pacientes de raza negra el manejo del queloides tiene pobre respuesta a este manejo.

Referencias

1. Mongenstem L, Wong L, Berci G. Twelve hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era A standard for comparison. Arch Surg 1992; 127: 400-3.

2. Ganey JB, Johnson PA, Prillaman PF, McSwain GR. Cholecystectomy: clinical experience with a large series. AM J Surg 1986; 151: 352-7.

3. L. Gutiérrez R, Vargas R, A Peniche, QLE Huerta. Colectomías realizadas en 5 años en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Cir General. 1996 Vol 18,4.

4. Elman A, Langonnet F, Dixsant G et al. Respiratory Function is impaired less, by transverse than by median vertical supraumbilical incisions. Intensive Care Med 1981; 7: 235-9.

5. García- Paldecasas JC, Almenara R, Cabrer C, et al. Subcostal incision versus midline laparotomy in gallstone-surgery: a prospective and randomized trial. Br J Surg 1988; 75: 473-5.

6. O'Dwyer PJ, McGregor Jr, McDermott EWM, Murphy JJ, O'Higgins NJ. Patient recovery following cholecystectomy through a 6 cm or 15 cm transverse subcostal incision: a prospective randomized clinical trial. Postgrad Med J 1992; 68: 817-9.

7. Flores AR. Incisión transversa contra incisión media en colecistectomía, ¿Cuál es menos dolorosa?. Cirujano General, 18, 3, 1996; 178-181.

8. Rousset-JF, Escat-J; Fourtanier-G; Prevost-F, Roos-S. Effects of cholecystectomy on functional signs associated with cholelithiasis. Presse- Med, 1985; 14: 14(30): 1595-8.

9. Harnoss-BM; Hirner-A; Kruselmann-M; Haring-R; Lode-H. Antibiotic infection prophylaxis in gallbladder surgery a prospective randomized study. Chemotherapy. 1995; 31 (1): 76-82.

10. Majeed-AW; Hal-J; Ross-B; Johnson-AG. The value of abdominal exploration during cholecystectomy. J-R- Coll-Surg-Ednib. 1995; 40 (6): 377-9.

11. Callaghan-J. Twenty-five years of gallbladder surgery in a small rural hospital. Am-J-Surg. 1995; 169 (3): 313-5.