

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL DR. SALVADOR B. GAUTIER

* Dr. José D. Chanlatte Baik

Resumen

Presentamos la experiencia obtenida en la intervención quirúrgica de 72 pacientes, a quienes le realizamos colecistectomía laparoscópica en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier en Santo Domingo R.D.

La mas joven de las pacientes tenía 23 años y la mas vieja 72; edad promedio de los pacientes 45.5 años.

57 casos (79%) fueron del sexo femenino y 15 casos (21%) pertenecieron al masculino.

Los pacientes evolucionaron satisfactoriamente con muy poco dolor, ingiriendo y deambulando a las 24 horas y dados de alta en 36 a 48 horas. Tres pacientes fueron convertidos (operados abiertos).

Colecistectomía laparoscópica

Hospital Dr. Salvador B. Gautier

Abstract

Laparoscopic cholecystectomy

We present our experience with 72 laparoscopic cholecystectomies done at Dr. Salvador B. Gautier Hospital in Santo Domingo, Dominican Republic.

The youngest patient was 23 years old and the oldest 72. Average age was 45.5 years.

57 cases (79%) were feminine and 15 (21%) were masculine.

All the patients had a good evolution with only mild pain, ingesting and walking within 24 hours and being discharge in 36 to 48 hours. Three patients were converted (had open surgery)

Laparoscopic cholecystectomy

Dr. Salvador B. Gautier Hospital

* Jefe de Cirugía, Cordinador de la residencia de cirugía
Hospital del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, (IDSS) Dr. Salvador B. Gautier, Santo Domingo, Republica Dominicana

INTRODUCCION

La aparición de la colecistectomía laparoscópica en el país, fue iniciativa de centros médicos privados y por algún tiempo se mantuvo exclusivo de estos centros; no fue hasta principios de 1994 cuando cirujanos del Hospital Dr. Salvador B. Gautier y su gerente general, decidieron obtener el equipo laparoscópico, tomando en cuenta la evolución satisfactoria, el corto periodo de internamiento de menos de 48 horas y la disminución de los costos quirúrgicos, si lo comparamos con una colecistectomía abierta tradicional.

Esta cirugía de "acceso mínimo" o laparoscópico en el corto tiempo vigente en este hospital, ha demostrado sus buenos resultados y economía de acuerdo a este estudio preliminar, utilizando un equipo Storz, con aplicadores desechables auto-suture y aplicadores y cánulas re-usables que resultan mas económicas.

MATERIALES Y METODOS

Se han operado 72 pacientes.

La mas joven de 23 años de edad y la mas vieja de 72 años.

La edad promedio de los pacientes fue de 45.5 años.

57 casos (79%) fueron del sexo femenino y 15 (21%) del sexo masculino. Tres pacientes tuvieron que ser convertidos (operados abiertos).

La inserción de la cánula umbilical se realizó abierta en 28 casos y cerrada usando la aguja de Veress en 44 casos.

RESULTADOS

Nuestra experiencia hasta la fecha de esta publicación con 72 casos ha sido la siguiente:

Todos evolucionaron satisfactoriamente con muy poco dolor, ingiriendo alimentos y deambulando a las 24 horas y dados de alta en 36 a 48 horas.

Las razones para una observación post-operatoria de 48 horas han sido varias, pero básicamente la poca experiencia de este procedimiento en el Hospital Gautier y el interés

en observar mejor la evolución post-operatoria.

No hemos tenido complicaciones como infecciones, hemorragias, ni lesiones biliares.

Un paciente rompió la vesicula biliar en el abdomen, siendo necesario el uso de un "condón" para alojar los múltiples cálculos y extraerlos por el ombligo.

Las causas de la conversión en los 3 pacientes fue debido a la sección accidental de la arteria cística con un aplicador Storz reusable en uno.

Otro paciente presentó severa colecistitis aguda con plastrón vesicular y la tercera se debió a "liqueo" o fuga de bilis del conducto cístico despues de aplicar clips de tamaño mediano por un aplicador reusable. En este caso el conducto cístico era muy ancho.

Un paciente que no fue convertido, tenía cirrosis hepática.

DISCUSION

Aunque el número de pacientes es todavía pequeño, creemos que estos resultados podrían reflejar lo que será en el futuro con un número mayor de ellos este procedimiento.

Las causas que hemos tenido de conversión son semejantes a las reportadas en la literatura.¹⁻⁷

Creemos es conveniente para el paciente una conversión temprana cuando los casos presenten complicaciones tales como dificultad en la disección, en la visibilidad, hemorragias o el peligro de lesionar vias biliares.

Cuando haya duda sobre la presencia de adherencias post-operatorias, que en la mayoría de nuestros casos fueron debidas a cirugía ginecológica previa, es preferible canular el ombligo abierto.

Para abaratar los costos, en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, el servicio de cirugía general ha adoptado una política, donde los pacientes no asegurados traen su aplicador de clips, cánulas desechables y los clips restantes son usados en pacientes asegurados.

El costo del procedimiento puede ser sustancialmente disminuido si usamos clips y cánulas reusables.

El uso de medicamentos fue muy reeducido comparado con una colecistectomía abierta tradicional. Soluciones endovenosas fueron solamente administradas el primer dia de la

cirugía, dos (2) dosis de cefalosporina pre y post-operatorias y dos dosis de analgésicos.

Aunque el costo inicial del equipo es relativamente alto, el hospital se ahorra dos o tres días de internamiento y medicamentos.

Pensamos que este equipo asignado a hospitales estatales o autónomos debe ser manejado y cuidado por un grupo de cirujanos y enfermeras conocedores de él y los procedimientos de laparoscopia, para evitar su deterioro.

El uso de rayos láser en colecistectomía laparoscópica.-

Nuestra corta experiencia, tanto en el Hospital Dr. Salvador B. Gautier, como en el Centro Médico UCE, donde hemos realizado mas de 80 casos y experiencias de colegas de Puerto Rico y Miami, Florida, es que los rayos láser no son necesarios para la realización de este procedimiento laparoscópico. El costo y mantenimiento de rayos láser es muy alto para nuestras instituciones nacionales, por eso, usamos electrocauterio convencional.

CONCLUSION

Nuestra casuística es todavía pequeña, pero refleja los beneficios de este procedimiento relativamente nuevo a nivel mundial y empleado en nuestro hospital por primera vez con éxito.

Tuvimos 3 conversiones en 72 casos para un 4.16% y las causas fueron las mismas que las

reportadas en la mayoría de la literatura.

La inserción de la cánula umbilical fue abierta en un 38% de los casos, siendo las causas cirugías abdominales pélvicas previas.

No hemos usado rayos láser y no lo consideramos necesario por su alto costo y mantenimiento.

La economía de los casos operados por laparoscopia en nuestro hospital, comparados con los casos abiertos tradicionales, fue evidente.

REFERENCIAS

- 1.- Dubois T. Laparoscopic Cholecystectomy. Preliminary report of 36 cases. *Annals Surg.* 1990; 211: 60-92
- 2.- Mac Fady B. Laparoscopy for the general surgeon. *The Surgical Clinics of North America* 1992; 72(5): 18-23
- 3.- Reddick E. Laparoscopic laser cholecystectomy in comparison with mini-lap. *Cholecystectomy Surg Endoscop* 1989; 3: 44-48
- 4.- Reddick E. Laparoscopy for the general surgeon. Copyrights Karl-Strz G.MBH and Co. 1992, D. 7200, Tuttlingen, West Germany
- 5.- Zucker K A. Surgical laparoscopy. *Am J of Surg* 1991; 161: 36-44
- 6.- Kathuuda N (Francia), Litwin D (Canada). Reporte personal. 1er Congreso Mundial de "Acceso Minimo". Agosto 28, 1992, Saskatoon, Canada