

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"OCTAVIO DE LA CONCEPCIÓN Y DE LA PEDRAJA"
BARACOA**

RESULTADOS DE CIRUGÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL MUNICIPIO BARACOA, GUANTÁNAMO.

Dr. Wilson Laffita Labañino¹, Franklin Laborí Blanco², Dr. Alexander Durán Flores², Tailin Rodríguez Matos³, Wilder Laffita Montes de Oca².

1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente.

2 Estudiante de Sexto Año de Medicina.

3 Estudiante de Quinto Año de Medicina.

RESUMEN

Se realiza un estudio que incluye 305 pacientes con diferentes afecciones intraabdominales urgentes y electivas, diagnosticados y tratados por videolaparoscopia en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" de Baracoa, en el período enero de 2007 - enero de 2010. Entre las variables estudiadas se encuentran: sexo, edad, tipo de intervención quirúrgica, proceder quirúrgico, tipo de complicación, afecciones por especialidad. Los procedimientos videolaparoscópicos se emplean con mayor frecuencia en el sexo femenino y en las edades comprendidas entre 30 y 39 años. Las afecciones de la especialidad de Cirugía General predominan, con superioridad de colecistectomía como proceder videolaparoscópico más utilizado. No se presenta ningún paciente fallecido.

Palabras clave: vesícula biliar, colecistectomía laparoscópica, complicaciones.

INTRODUCCIÓN

El campo de la cirugía está en constante evolución y, con la introducción de los agentes anestésicos en el Massachusetts General Hospital in 1846, el terreno de la cirugía realmente se expandió. Antes de esto, los procedimientos quirúrgicos eran rehusados y si se hacían eran de corta duración. Los mejores cirujanos eran los más rápidos y los que menos dolor les causaban a sus pacientes sin anestesia.^{1,2}

Desde su comienzo, las grandes incisiones eran absolutamente necesarias para un proceder exitoso. La correcta exposición del campo quirúrgico era la clave para una intervención segura y exitosa. Actualmente, la correcta exposición del campo quirúrgico es aún la clave para su éxito, lo que se realiza con incisiones pequeñas e instrumental adaptado para abordar las diversas estructuras anatómicas de la cavidad abdominal.¹

Desde que Erich Mühe (Alemania, 1985) y Phillipe Mouret (Francia, 1987) realizaran las primeras colecistectomías laparoscópicas en humanos, mucho se ha avanzado en el campo de la cirugía mínimamente invasiva y no existe prácticamente ningún procedimiento quirúrgico que no se halla, al menos, intentado realizar por esta vía.^{1,3,4}

En nuestro país, la cirugía videolaparoscópica se trata de impulsar en dependencia de las necesidades de cada servicio y lugar en particular. En el Anuario Nacional Estadístico se recoge que en Cuba se realizaron en el año 2007, de cirugía general, 14 248 intervenciones quirúrgicas de mínimo acceso; de ginecología, 6 605 y de urología, 5 044. En nuestra provincia se realizó un total de 745 intervenciones quirúrgicas.⁵

La necesidad de utilizar la cirugía videolaparoscópica como un renglón más en manos del cirujano, así como la política del país de desarrollar y utilizar este tipo de proceder para solucionar problemas quirúrgicos urgentes y electivos, motivaron al autor a mostrar los primeros resultados de la cirugía videolaparoscópica en el Hospital General Docente de Baracoa.

MÉTODO

Se realiza un estudio transversal, descriptivo y prospectivo que incluye 305 pacientes con diferentes afecciones intraabdominales urgentes y electivas, diagnosticados y tratados por videolaparoscopia en el servicio de Cirugía General del Hospital General Docente "Octavio de la Concepción y la Pedraja" de Baracoa, en el período enero de 2007 - enero de 2010.

Entre las variables estudiadas se encuentran: sexo, edad, tipo de intervención quirúrgica, proceder quirúrgico, tipo de complicación, afecciones por especialidad.

Los datos se recogen en planillas creadas al efecto por los autores para ser procesados y conformar las tablas.

Se comparan los resultados con los de estudios anteriores y se llega a conclusiones.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el estudio realizado hubo predominio del sexo femenino (73.1 %) y en las edades comprendidas entre 30 y 39 años con 72 pacientes (23.6 %) (Tabla 1). Esto puede explicarse por la mayor incidencia de afecciones de vesícula biliar y ginecológicas tratadas por esta vía.

El promedio de edad del total de pacientes fue de 32 años con un rango entre 3 y 87 años; es importante señalar el uso de esta técnica en edad pediátrica y en pacientes geriátricos. Según refiere Levitt¹ y otros autores⁶⁻⁸, la laparoscopia se puede realizar en niños menos de 1.5 kg de peso de forma segura. El predominio de edades comprendidas entre 30 a 39 años coincide con otros autores⁹⁻¹², los cuales presentan en su serie un número mayor de mujeres que de hombres, con una edad media de 28 años, hecho asociado a la etapa de mayor actividad sexual en la mujer y, por tanto, que se presenten afecciones ginecológicas u obstétricas que se puedan tratar por esta vía.

Como expresa la Tabla 2, predominaron las afecciones de Cirugía General (80 %), seguido de las afecciones ginecológicas (13 %). Si se tiene en cuenta que en el Hospital de Baracoa el personal entrenado para estos procedimientos quirúrgicos está conformado por cirujanos generales, que a su vez realizan diferentes procederes de otras especialidades, y además la alta frecuencia de litiasis vesicular que es una de las afecciones que más se realizan por videolaparoscopia, considerada el *gold standard* para las operaciones programadas de vesícula biliar, es de suponer que predominen las afecciones de Cirugía General.

En la Tabla 3 se demuestra la supremacía de la colecistectomía como proceder quirúrgico laparoscópico (76.3 %), seguido de la esterilización quirúrgica con 17 pacientes. Se realizaron, además, 10 apendicectomías y una lisis de bridas causante de oclusión intestinal. La ligadura de vasos espermáticos en casos de varicocele dura aproximadamente 20 minutos y se realiza de forma ambulatoria, la recurrencia es baja y

algunos¹³ autores informan una frecuencia del 6.6 % de formación de hidroceles postoperatorios, después de un año de seguimiento, los pacientes operados no presentaron esta complicación.

En el centro se realiza también la videolaparoscopia de urgencia, sobre todo en horario del día ya que la guardia la realiza un solo cirujano, no obstante, se realizan colecistectomías por colecistitis aguda, apendicectomías, exéresis de quistes de ovario complicados, salpingectomías en embarazos ectópicos y oclusión intestinal por bridas. Lo que coincide con lo registrado por Fernández³ en su serie de casos operados de urgencia.

Desde la década de los años 80 que se realizó la primera apendicectomía laparoscópica por los alemanes Semm y Schrieber.^{14,15} se ha popularizado este proceder y algunos¹⁶ lo prefieren al método convencional, sobre todo en las embarazadas,^{17,22} por las ventajas que proporciona la cirugía mínimamente invasiva.

En cuanto a las complicaciones encontradas, al comparar con otras series el porcentaje reportado por el autor es bajo (4.9 %), si se tiene en cuenta que la casuística es menor en comparación a otros estudios.^{3,23} El autor coincide con varios registros en que son más frecuentes estas complicaciones en las colecistectomías (3.9 %) porque es el proceder que más se realiza y, además, por la variedad de anomalías anatómicas de las vías biliares^{3,23-25}, seguido de apendicectomía y salpingectomía para el 0.6 y 0.3 %, respectivamente (Tabla 4).

Como se observa en la Tabla 5, las complicaciones postoperatorias estuvieron relacionadas con infección del sitio quirúrgico, sobre todo del puerto epigástrico (2.6 %), un coleperitoneo por deslizamiento del clip del conducto cístico y un sangrado de la arteria cística que se resolvió por videolaparoscopia fundamentalmente en operaciones urgentes (1.9 %). La mayoría de las complicaciones transoperatorias fueron por desgarramiento de la arteria cística (1.3 %). provocando sangrado profuso, que obligó en algunos casos a la conversión para poder detener la hemorragia; según Hamour, citado por Fernández³, se plantea que ocurre hemorragia importante postcolecistectomía en el 0.54 % de los casos.

Se registró un índice de conversión de 4.9 %; la disección difícil fue la causa más encontrada (2.9 %) en las intervenciones de colecistectomía y apendicectomía, seguidas de hemorragia y bilirragia con el 1.6 y 0.3 %, respectivamente.

Como refleja a Tabla 6 cuando las condiciones anatómicas no son las favorables, sobre todo en los procesos abdominales inflamatorios agudos, la habilidad del cirujano laparoscópico no permite una buena disección o visualización adecuada de las estructuras, lo mejor es no demorar la intervención y realizar una laparotomía para evitar accidentes quirúrgicos que pueden causar intervenciones laboriosas y difíciles o en algunos casos llegarían a ser fatales.

Aunque Fernández²⁵ y Pita Armenteros²³ no hallaron en su estudio relación entre la experiencia del cirujano actuante y la lesión de vías biliares, de forma general se plantea que el índice de conversión varía mucho durante las colecistectomías y es algo superior en el tratamiento de la enfermedad aguda (20-40 %) con respecto a la electiva (1.8-7 %). Schren reportado por Pita Armenteros²³ considera el 13.9 % para los casos agudos y el 3 % para los no agudos. Go y Sfolk registran en 45 CVL el 6 % e igual lo hace Morino en 2 177 CVL realizadas por 48 cirujanos, y en su serie informa solo el 1.51 %. Por lo que en la serie del autor el índice de conversión es aceptable.

CONCLUSIONES

- Los procedimientos videolaparoscópicos se emplearon con mayor frecuencia en el sexo femenino y en edades comprendidas entre 30 y 39 años.
- Las afecciones de la especialidad de Cirugía General predominaron con superioridad de colecistectomía como proceder videolaparoscópico más utilizado.
- No hubo ningún paciente fallecido.
- Se pueden realizar exitosamente intervenciones quirúrgicas de diversas afecciones de la cavidad abdominal por videolaparoscopia, de manera urgente o electiva, en pacientes en edad pediátrica o en la vejez, con un porcentaje bajo de complicaciones y un índice de conversión aceptable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levitt Marc A, Singh K. Minimal Access Surgery[internet]. [Updated Feb 19, 2010]. Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/938198-overview>
2. Georgeson KE, Owings E. Advances in minimally invasive surgery in children. *Am J Surg*. Nov2000;180(5):362-4.

3. Fernández Santiesteban L, Silvera García JR, Díaz Calderín JM, Vilorio Haza P, Loys Fernández JL. Cirugía videolaparoscópica en urgencias. *Rev Cubana Cir [Internet]*. 2003 Dic [citado 2010 Jun 04]; 42(4). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932003000400008&lng=es
4. Vecchio R, MacFayden B, Palazzo F. History of laparoscopic surgery. *Panminerva Med*. 2000; 42:87-90.
5. Anuario estadístico nacional. Disponible en: <http://www.sld.cu>
6. Rodgers BM, Talbert JL. Thoracoscopy for diagnosis of intrathoracic lesions in children. *J Pediatr Surg*. Oct 1976; 11(5):703-8.
7. Michel JL, Revillon Y, Montupet P. Thoracoscopic treatment of mediastinal cysts in children. *J Pediatr Surg*. Dec 1998; 33(12):1745-8.
8. Fujimoto T, Segawa O, Lane GJ. Laparoscopic surgery in newborn infants. *Surg Endosc*. Aug 1999;13(8):773-7.
9. Parker J and Bisits A. Laparoscopic surgical treatment ectopic pregnancy salpingectomy or salpingostomy? *Z J Obstet Gynaecol*. 2005; 37 (1):115-7.
10. Graham A, Henly Ch, Mobley J. Laparoscopic evaluation of acute abdominal pain. *J Lap Surg*. 2005; 1(3):165-168.
11. Vecchio R, Mac Fayden B, Palazzo F. History of laparoscopic surgery. *Panminerva Med*. 2006; 42:87-90.
12. Saccia A. Laparoscopic surgery in abdominal emergencies. *Minerva Chir*. 2006; 50:859-61.
13. Esposito C, Monguzzi G, Gonzalez-Sabin MA. Results and complications of laparoscopic surgery for pediatric varicocele. *J Pediatr Surg*. May 2001; 36(5):767-9.
14. Schreiber JH. Laparoscopic appendectomy in pregnancy. *Surg Endosc*. 1990; 4(2):100-2.
15. Valla JS, Limonne B, Valla V, et al. Laparoscopic appendectomy in children: report of 465 cases. *Surg Laparosc Endosc*. Sep 1991;1(3):166-72.

16. Faife B, Almeida Varela R, Fernández Zulueta A, Torres Peña R, Martínez Alfonso MA, Ruiz Torres J. Apendicectomía por vía videolaparoscópica y convencional: Estudio comparativo. *Rev Cubana Cir*[Internet]. 2006 Jun[citado 2010 Jun 04]; 45(2). Disponible en: http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003474932006000200004&lng=es
17. Charlie CK, Manju M. Approach to the Acute Abdomen in Pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2007;34:389-402.
18. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2007; 131 : 4-12.
19. Charlie C, Kilpatrick, Orejuela FJ. Management of the acute abdomen in pregnancy: a review. *Obstet Gynecol Clin N Am*. 2006; 20:534-539.
20. Nermin H. Laparoscopic management of appendicitis and symptomatic cholelithiasis during pregnancy. *Langenbecks Arch Surg*. 2006; 391:467-471.
21. Vega Chavage GR. Cirugía laparoscópica y embarazo. *Revista mexicana de cirugía endoscópica*. 2004; 5(2) :60 -9.
22. Walsh CA, Tang T, Walsh SR. Laparoscopic versus open appendectomy in pregnancy: a systematic review. *Int J Surg*. 2008 Aug;6(4):339-44.
23. Pita Armenteros LM, Castrillón Álvarez O, Acosta Goedes IC, Gallo Cortés F, Hernández Torres J. Edad, aprendizaje, tiempo quirúrgico y complicaciones en la cirugía videolaparoscópica. *Rev Cubana Cir*.1999;38(3):140-147.
24. Soberón Varela I, Concepción de la Peña AH, Hernández Varea JA, Luna Gozá M, Gallo Cortés F. Resultados de la colecistectomía videolaparoscópica en ancianos. *Rev Cubana Cir*.2007; 46(2).
25. Fernández Santiesteban L, Díaz Calderín JM, Silvera García JR, Vilorio Haza P, Loys Fernández JL. Lesiones de la vía biliar en cirugía laparoscópica: Análisis de 10 años de trabajo. *Rev Cubana Cir*. 2003;42(4): 25 - 29.

Tabla 1. Edad y sexo.

EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 - 9	7	2.2	5	1.6	12	3.9
10 - 19	17	5.5	8	2.6	25	8.1
20 - 29	31	10.1	18	5.9	49	16
30 - 39	53	17.3	19	6.2	72	23.6
40 - 49	49	16	16	5.2	65	21.3
50 - 59	39	12.7	5	1.6	44	14.2
60 - 69	15	4.9	8	2.6	23	7.5
70 y más	12	3.9	3	0.9	15	4.9
TOTAL	223	73.1	82	26.8	305	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 2. Relación entre afecciones por especialidad y tipo de operación.

AFECCIONES POR ESPECIALIDAD	ELECTIVA		URGENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Cirugía general	202	66.2	42	13.7	244	80
Ginecológicas	37	12.1	5	1.6	42	13.7
Obstetricias	-	-	10	3.2	10	3.2
Urológicas	9	2.9	-	-	9	2.9
TOTAL	248	81.3	57	18.6	305	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 3. Relación entre tipo de operación e intervención quirúrgica realizada.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA REALIZADA	ELECTIVA		URGENTE		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Colecistectomía	202	66.2	31	10.1	233	76.3
Esterilización quirúrgica	17	5.5	-	-	17	5.5
Exéresis de quiste de ovario	5	1.6	5	1.6	10	3.2
Hidrotubación y salpingoplastia	15	4.9	-	-	15	4.9
Salpingectomía	-	-	10	3.2	10	3.2
Ligadura de vasos espermáticos	8	2.6	-	-	8	2.6
Apendicectomía	-	-	10	3.2	10	3.2
Lisis de bridas	-	-	1	0.3	1	0.3
Extracción cuerpo extraño vesical	1	0.3	-	-	1	0.3
TOTAL	248	81.3	57	18.6	305	100

Fuente: Historia clínica.

Tabla 4. Proceder quirúrgico y complicaciones.

PROCEDER QUIRÚRGICO	COMPLICACIONES									
	Transoperatorias				Postoperatorias				Total	
	Electiva		Urgente		Electiva		Urgente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Colecistectomía	2	0.6	3	0.9	4	1.3	3	0.9	12	3.9
Apendicectomía	-	-	-	-	-	-	2	0.6	2	0.6
Salpingectomía	-	-	1	0.3	-	-	-	-	1	0.3
TOTAL	2	0.6	4	1.3	4	1.3	5	1.6	15	9

Fuente: Historia clínica.

Tabla 5. Tipo de complicación y tipo de operación.

TIPO DE COMPLICACIÓN	TIPO DE OPERACIÓN					
	Electiva		Urgente		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Infección de sitio quirúrgico	2	0.6	6	1.9	8	2.6
Desgarro de la arteria cística	1	0.3	3	0.9	3	0.9
Desgarro hepático	1	0.3	-	-	1	0.3
Desgarro del pedículo ovárico	-	-	1	0.3	1	0.3
Deslizamiento del clip cístico	1	0.3	-	-	1	0.3
TOTAL	5	1.6	10	3.2	15	4.9

Fuente: Historia clínica.

Tabla 6. Causas de conversión y proceder quirúrgico.

CAUSA DE CONVERSIÓN	PROCEDER QUIRÚRGICO							
	Colecistectomía		Salpingectomía		Apendicectomía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Disección difícil	7	2.2	-	-	2	0.6	9	2.9
Hemorragia	3	0.9	1	0.3	1	0.3	4	1.3
Bilirragia	1	0.3	-	-	-	-	1	0.3
TOTAL	11	3.6	1	0.3	3	0.9	14	4.5

Fuente: Historia clínica.