

Colecistectomía Temprana vs. Electiva “Controversia”

IBARRA-JIMÉNEZ LE,¹ HARO-GARCÍA L,² CORBALA-FUENTES C,³ FLETES-KELLY A,¹ FLORES-ARELLANO G,¹
IBARRA-CAPACETA L,⁴ AGUILAR-RENDÓN TY⁴

RESUMEN

Objetivo: Establecer diferencias de morbilidad transoperatoria, morbilidad postoperatoria y morbilidad quirúrgica total entre pacientes portadores de colelitiasis crónica agudizada, sujetos a colecistectomía temprana o colecistectomía electiva en colelitiasis crónica. **Material y métodos:** Estudio de cohortes comparativos. Se conformaron 2 grupos de 84 pacientes con colelitiasis crónica; el primero con decisión por colecistectomía electiva y el segundo por colecistectomía temprana; en ambos se estableció seguimiento en el transoperatorio y postoperatorio donde se identificó morbilidad transoperatoria, morbilidad postoperatoria y morbilidad quirúrgica total. **Resultados:** Prevalencia de morbilidad quirúrgica total global con ambos grupos en 5%; morbilidad transoperatoria se presentó en 2 pacientes sólo en colecistectomía electiva; morbilidad postoperatoria y morbilidad quirúrgica total sin diferencias estadísticamente significativas entre cirugía temprana y cirugía electiva ($p < 0.05$). **Conclusiones:** Las relativas ventajas en colecistitis crónica litiasica con cirugía temprana desaparecen en el postoperatorio. Al no evidenciarse diferencia en morbilidad postoperatoria y morbilidad quirúrgica total entre ambos grupos, se contribuye a la controversia de la decisión por colecistectomía temprana o colecistectomía electiva en colecistitis crónica litiasica.

Palabras clave: Colecistectomía, temprana, electiva, controversia.

ABSTRACT

Objective: To establish differences between transoperative morbidity, postoperative morbidity and total surgical morbidity in lithiasic chronic cholecystitis patients under early cholecistectomy or delayed cholecistectomy. **Methods:** Comparative cohort study. Two 84 (lithiasic chronic cholecystitis) patients groups were framed; the first with delayed cholecistectomy decision and the second with early cholecistectomy; follow-up was established into postoperative: total surgical morbidity, transoperative morbidity and postoperative morbidity were identify. **Results:** Total surgical morbidity global prevalence: 5% in both groups; transoperative morbidity was present in just 2 delayed cholecistectomy patients; postoperative morbidity and total surgical morbidity without statistic significance between delayed cholecistectomy and early cholecistectomy ($p < 0.05$). **Conclusions:** The relative advantages in early cholecistectomy whit lithiasic chronic cholecystitis disappear in postoperative. Postoperative morbidity and total surgical morbidity no evident differences between both groups contribute in elective cholecistectomy or delayed cholecistectomy decision at lithiasic chronic cholecystitis controversy.

Key words: Cholecistectomy, early, delayed, controversy.

¹ Departamento de Cirugía General, HGZ N° 3, IMSS, Diplomado en Epidemiología Clínica Mazatlán, Sinaloa, ² Facultad de Medicina, Doctorado en Salud en el Trabajo, División de Estudios de Postgrado e Investigación, UNAM; ³ Departamento de Cardiología, HGZ N° 3, IMSS, Mazatlán, Sinaloa. ⁴ Facultad de Medicina UAS. MIP en HGZ No.3 Mazatlán, Sinaloa.

Correspondencia, observaciones y sugerencias al Dr. Luis Eulalio Ibarra Jiménez, calle Nogal # 213, Fraccionamiento Alameda, Mazatlán, Sinaloa C.P. 82130, teléfono: (669) 9-83-15-41 y (669) 9-83-26-52; correo electrónico: dr_ibarramx@yahoo.com.mx.

Artículo recibido el 19 de junio del 2009.

Artículo aceptado para publicación el 29 de septiembre del 2009.

Este artículo puede ser consultado en Imbimed, Latindex, Periódica y www.hgculiacan.com.

INTRODUCCIÓN

Desde la primera colecistectomía abierta, efectuada el 15 de julio de 1882 por Langenbuch en el Hospital de San Lázaro en Berlín, Alemania, fue años la operación básica durante 105; en pacientes de edad avanzada con algunos factores de riesgo que la requerían de manera urgente, se acompañaban de cifras de mortalidad de 2 a 3%.¹

Es por esa razón de peso el retraso de la cirugía por enfermedad aguda de la vesícula calculosa, siendo la inhabilidad para establecer el diagnóstico definitivo.² Esto apoyaba la idea de la aparición de posibles dificultades técnicas mayores al decidirse intervenir durante el cuadro agudo. Sin embargo, esta misma corriente fue puesta en duda por diferentes autores.²⁻⁶ Actualmente, estas posturas permanecen en la mayoría de los hospitales quirúrgicos y constituyen una controversia sobre el tiempo óptimo para realizar colecistectomía en pacientes con colecistitis crónica litiasica (CCL) en fase aguda, lo que ha dividido opiniones: los que abogan por la cirugía temprana y los que prefieren retrasarla hasta el "enfriamiento" del cuadro agudo y efectuarla de manera electiva.^{3, 5, 6, 7}

El primer estudio controlado sobre este tema data de finales de 1960, donde se favoreció la cirugía temprana (CT) para CCL agudizada,^{3,6} estudios adicionales apoyaron lo anterior, los cuales mostraron mejores resultados en hallazgos transoperatorios por el edema que se genera en la región y la facilidad técnica para la lisis de adherencias con la consiguiente menor morbilidad en CT.^{2, 3, 4, 6, 8}

Por consiguiente, los estudios realizados para colecistectomía abiertas vs. laparoscópicas han reiterado marcadamente las complicaciones inherentes al proceso laparoscópico, y por ende la falta de estudios en Latinoamérica donde se describan de manera honesta dichas complicaciones.⁹⁻¹¹

El presente estudio está dirigido para reiterar la corriente que apoya la decisión por cirugía temprana en colecistitis crónica litiasica agudizada.¹²⁻¹⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de cohortes comparativos realizado de marzo de 2005 a mayo de 2006 en el Hospital General de Zona N°3 del IMSS en Mazatlán, Sinaloa. Se constituyeron 2 grupos con pacientes adultos de ambos sexos: el primero, incluyó 84 pacientes portadores de CCL agudizada corroborada por examen clínico, presencia de leucocitosis en fórmula blanca y ultrasonografía con imagen compatible de CCL agudizada, en quienes el cirujano responsable decidió por CT; el segundo, incluyó 84 pacientes con CCL corroborada por ultrasonografía sin datos de agudización y el cirujano responsable decidió cirugía electiva (CE). Se excluyeron pacientes portadores de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada y pancreatitis secundaria a litiasis biliar previa a la cirugía. Todos los pacientes fueron abordados por cirugía abierta bajo anestesia

general intubada. La exéresis de la vesícula fue con la técnica habitual; en ambos grupos, el manejo de lecho hepatovesicular posterior a la exéresis se manejó con esponja hemostática (gelfoam) y con colocación de tubo de caucho tipo penrose sobre el hiato de Winslow, durante el transoperatorio el manejo antibióticos básicamente fue con 1 gr. de ampicilina por vía parenteral, siendo similar en ambos grupos.

Posteriormente al egreso hospitalario, se estableció seguimiento a las 2 semanas en el Servicio de Consulta Externa de Cirugía General. En todos los pacientes se identificó morbilidad transoperatoria (MTO), morbilidad postoperatoria (MPO) y morbilidad quirúrgica total (MQT), a partir de lo referido en expedientes clínicos. Para el análisis se aplicó prueba de X cuadrada y exacta de Fisher.

RESULTADOS

Dentro del grupo de CT, el 75% lo constituyeron pacientes del sexo femenino, mientras que en CE fue del 94%. Para el sexo masculino fueron 25 y 6% respectivamente para cada grupo ($p < 0.001$). En lo que respecta a edades el rango fluctuó entre los 20 y 69 años en el grupo de CE y para el grupo de CT de 20 a 89 años (**Cuadro 1**).

Cuadro 1. Número de casos distribuidos por sexo y grupos de edad

Grupos de Edad	Cirugía Electiva		Cirugía Temprana	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
20-29	2	15	2	7
30-39	2	26	1	24
40-49	1	22	2	6
50-59	-	9	5	13
60-69	-	7	4	5
70-79	-	-	7	4
80≥	-	-	-	4
TOTAL	5(6%)	79(94%)	21(25%)	63(75%)

La MTO en CE se presentó en dos pacientes; sección de colédoco en uno y botadura de ligadura de cístico en otro. CT no presentó casos de morbilidad transoperatoria. La MPO en CT se presentó en cinco pacientes: tres con infección de herida quirúrgica en el tercer día que mejoró con debridación y lavado de la misma y dos con dehiscencia parcial de sutura que requirió colocación de puntos totales: en CE dos pacientes por fístula biliar, uno a partir de sección de colédoco que pasó inadvertida y otro por botadura de la ligadura del cístico el cual mejoró espontáneamente al séptimo día ($p = N.S$).

La MQT de igual manera no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (**Cuadro 2**). La prevalencia de MQT global en pacientes con CCL en el grupo de estudio fue de 5%.

Cuadro 2. Morbilidad Postquirúrgica Total

	CE	CT	TOTAL
Fístula Biliar	2	-	2
Infección de Herida Quirúrgica	-	3	3
Dehiscencia Parcial de Herida Quirúrgica	-	2	2
TOTAL	2	5	7

CE: cirugía electiva; CT: cirugía temprana

En cuanto a presencia de hallazgos transoperatorios el grupo de CT, hubo mejor abordaje técnico por las adherencias laxas de fácil despegamiento en el 100% (84 pacientes). Mientras que CE presentó fibrosis que dificultó la técnica del abordaje y que alargaron el tiempo quirúrgico en 20 pacientes y el resto (24%); se apreció además menor dificultad técnica por no presentar edema en el área quirúrgica dando menor sangrado en el transoperatorio un total de 64 pacientes (66%) ($p < 0.0001$). (**Cuadro 3**)

DISCUSIÓN

No obstante que la colecistectomía es un acto quirúrgico que se realiza con frecuencia después de las plastias inguinales y apendicetomía, en el presente estudio los

resultados advierten la necesidad de mejorar la técnicas quirúrgica que habitualmente se emplea en este tipo de cirugías cotidianas, ya que es conocido que la prevalencia de su morbilidad debería ser considerablemente menor.^{2, 4, 6, 7, 12, 13} Los hechos encontrados no permiten diferenciar beneficios o aparición de efectos nocivos importantes de decidirse por CT ó CE para colecistitis crónica litiasica agudizada o no. Las aparentes ventajas de CT en CCL agudizada durante el transoperatorio, tienden a desaparecer en el postoperatorio.

CONCLUSIONES

Los resultados de acto quirúrgico parecen atribuirse a la experiencia individual y criterio quirúrgico aplicado por cada cirujano en cada uno de sus casos en particular, y según su tiempo de experiencia quirúrgica.¹⁵⁻¹⁶ Parte de la decisión la establece el paciente, de acuerdo a su conveniencia al momento que el médico tratante ofrece la cirugía. Una vez que el paciente se decide según sus circunstancias, aceptando firmar o no la hoja quirúrgica en el momento de su internamiento al Servicio de Urgencias, la aplicación de la colecistectomía en diferentes momentos permanece sin aclararse. Lo obtenido en el presente estudio abunda más para su controversia.

Cuadro 3. Hallazgos Transoperatorios

CE	%	CT	%
Adherencias firmes y Fibrosis	24.38	Adherencias laxas	100
Edema de la región	0	Edema de la región	100
Abordaje con dificultad técnica	65.62	Abordaje sin dificultad técnica	100
Abordaje con sangrado	24.38	Abordaje con mínimo sangrado	100

P 0.0001 (SE)

CE: cirugía electiva; CT: cirugía temprana

Referencias

- Risucci D, Geiss A, Gellman L, Pinard B, Rosser J. Surgeon-specific factors in acquisition of laparoscopic surgical skills. *Am J Surg* 2001; 181(4):289-293.
- Saltzstein EC, Peacock JB. Early operation for acute biliary tract stone disease. *Surgery* 1983; 94: 704-708.
- Jarvinen HJ, Hastbacka J. Early cholecystectomy for acute cholecystitis. A prospective randomized study *Ann Surg* 1980; 191(4): 501-505.
- Pérez CF, Senties CS, Gutiérrez CM. Colecistectomía y cirugía biliar en el anciano. *Rev Gastroenterol Mex* 1986; 51 (2):93-96,
- Moore EE, Nelly GL, Driver T. Reassessment of simple cholecystectomy. *Arch Surgery* 1979; 114:515-518.
- Vander Linden W, Edlun G. Early versus delayed cholecystectomy; the effect of change in management. *Br J Surg* 1981; 68:753-757.
- Devine RM, Farnell MB, Mucha P. Acute cholecystitis as a complication in surgical patients. *Arch Surg* 1984;119:1389-1393.
- Andren-Sandberg A, Alinear G. accidental lesions of the common bile duct at cholecystectomy. *Ann Surg* 1985; 201: 328-332.
- Morgenstern L, Wong L, Berci G. Twelve-hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era. A standard for comparison. *Arch Surg* 1992;127:400-403.
- Soper NJ. Diagnosis and management of biliary complications of laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1993;165:663-669.
- Williams LF Jr, Chapman WC, Bonau RA, Mc Gee EC Jr RW, Jacobs JK. Comparison of laparoscopic cholecystectomy with open cholecystectomy in a single center *Am J Surg* 1993;165:459-465.
- Rayter R. Bile leaks after simple cholecystectomy. *Br Surg* 1989; 76: 1046-1048.
- Misra MC, Kapur BML. Drains after elective cholecystectomy a prospective study. *Indian J gastroenterol* 1989; 8: 91-92.
- Edlund G. Drains after cholecystectomy. *Ann R Coll England*. 1980; 62:392.
- Ibarra Jiménez LE, Experiencia Quirúrgica en cirugía laparoscópica. *Rev. Med IMSS* 2003; 41 (1): 75-80.
- Bernal Gómez Roberto, Colecistectomía Laparoscópica versus colecistectomía tradicional. *Cir Gen* 2002;24: 286-291.