

## Factores predictivos relativos al paciente para la conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán

Lizzeth Oropeza Cruz\*

**Antecedentes:** Actualmente de 10 a 15% de la población adulta en los países desarrollados presenta litiasis biliar. En estos individuos el riesgo anual de desarrollar complicaciones que requieren tratamiento quirúrgico se estima entre 1-2%. Hoy en día la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección de la litiasis biliar sintomática y sus complicaciones. Se considera según diferentes estudios, que la falta de identificación del triángulo de Calot y el síndrome adherencial son las principales causas de conversión de colecistectomía laparoscópica (CL) a colecistectomía abierta (CA). A pesar del progreso que ha presentado la técnica de la CL, aún existe una porción sustancial de pacientes en quienes no es posible realizar la colecistectomía laparoscópica y se requiere una conversión a un procedimiento abierto. **Objetivo:** Determinar las características clínicas, anatómicas y bioquímicas relativas al paciente que predicen la probabilidad de conversión de colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta en el HRAEPY. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, transversal, comparativo de casos y controles; se recolectaron los casos de pacientes operados de colecistectomía laparoscópica con o sin conversión a cirugía abierta. La información se obtuvo de expedientes clínicos. Se realizó análisis de las variables epidemiológicas, clínicas, bioquímicas y de imágenes diagnósticas, identificación de la tasa de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta en pacientes mayores de 18 años

de edad, del periodo de octubre de 2013 a septiembre de 2015. **Resultados:** De los 531 expedientes de pacientes que fueron sometidos a CL en el periodo de octubre de 2013 a septiembre de 2015, incluyendo pacientes electivos y de urgencia, se eliminaron 63 pacientes por no contar con historia clínica ni reportes de laboratorio y de imagen completos. En total se incluyeron en el estudio 468 pacientes. 17.09% de la muestra estuvo conformada por pacientes del sexo masculino y 82.91% del sexo femenino siendo en los hombres 8.5% y en las mujeres 20.5%. La edad de los pacientes que participaron en la muestra la distribución normal estuvo entre 40 y 50 años con un promedio de 43 años, una desviación estándar de 14 años y un límite superior en 81 e inferior en 18 años. En cuanto al diagnóstico postquirúrgico 87.39% presentó el diagnóstico de colecistitis crónica leve, 11.54% colecistitis crónica moderada, 0.64% colecistitis crónica severa y 0.43% pólipo vesicular. Del total de los pacientes sometidos a CL, sólo 2.14% presentó complicaciones, incluyendo fiebre postquirúrgica e infección en vías aéreas superiores, en comparación con 97.86% que no presentó complicaciones. **Discusión:** Se mostró que la tasa de conversión de CL a CA fue de 1.28%, que de acuerdo con la bibliografía médica universal varía entre 5 y 40% y en América Latina diferentes estudios indican que la tasa oscila entre 0.8 y 11%. De acuerdo con estos resultados podemos afirmar que la tasa de conversión en nuestro

hospital se encuentra en los límites bajos del rango reportado en las publicaciones, que son inferiores a los reportados según Sanabria y cols. en la realización de una revisión en la que obtuvieron una tasa de conversión a cirugía abierta de 3.8% en Harling 2000 y 4.1% en Uludaag 2009. De acuerdo con Domínguez en 2011 la tasa de conversión fue de 13.8% en España. La única causa de conversión de cirugía laparoscópica a abierta fue la falta de identificación del triángulo de Calot (FITC), el resultado que fue similar en el trabajo realizado en 2013 por Gurusamy et al, en el que la razón principal para la conversión

de la colecistectomía laparoscópica fue la inflamación que dificulta la visión del triángulo de Calot. El resto de los pacientes correspondientes al 98.72% de los casos se concluyeron como cirugía laparoscópica. **Conclusiones:** Los factores que se asociaron a una significancia estadística fueron sexo masculino, antecedente de cirugía abdominal previa, tamaño aumentado de vesícula (> 90 x 50 mm en sus ejes mayores), pared vesicular engrosada (> 4 mm), leucocitosis y elevación de fosfatasa alcalina, los cuales demostraron estar presentes en aquellos pacientes en los que hubo necesidad de conversión de CL a CA.