

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO
QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL
HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO
ENERO - ABRIL 2016**

AUTORES:

Bury Macias Jorge Luis, Moretta Urdiales Luigi Oswaldo

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
Médico**

TUTOR:

Dr. Vásquez Cedeño, Diego

Guayaquil, Ecuador

21 de Septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Bury Macías Jorge Luis y Moretta Urdiales Luigi Oswaldo**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**.

TUTOR (A)

f. _____
Dr. Vásquez Cedeño, Diego

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, a los 21 días del mes de septiembre del año 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Nosotros, **Bury Macías Jorge Luis y Moretta Urdiales Luigi Oswaldo**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, “**ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO ENERO - ABRIL 2016**” previo a la obtención del Título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de nuestra total autoría.

En virtud de esta declaración, nos responsabilizamos del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, a los 21 días del mes de septiembre del año 2016

LOS AUTORES

f. _____ f. _____
Bury Macías Jorge Luis Moretta Urdiales Luigi Oswaldo



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Bury Macías Jorge Luis y Moretta Urdiales Luigi Oswaldo**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **“ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO ENERO - ABRIL 2016”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de nuestra exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 21 días del mes de septiembre del año 2016

LOS AUTORES

f. _____ f. _____
Bury Macías Jorge Luis Moretta Urdiales Luigi Oswaldo

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios y a la Providencia que nos acompañaron durante el arduo camino de nuestra formación, por darnos sabiduría y paciencia para afrontar y superar los retos y por su incondicional fidelidad.

Agradecemos de forma muy especial y grata a nuestros padres, por nunca perder la esperanza en nosotros que cumpliríamos éste sueño, por la confianza depositada en nosotros y por el amor y apoyo en los momentos más difíciles.

Inmensamente agradecidos con el Dr. Diego Antonio Vásquez Cedeño, quien con suma paciencia y dedicación, nos guió a lo largo del proceso.

“Ser más para servir mejor”
San Ignacio de Loyola, SJ

Autores

Luigi Oswaldo Moretta Urdiales y Jorge Luis Bury Macías



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Dr. Diego Vásquez Cedeño

TUTOR

f. _____

Dra. Luz Abarca

Tribunal 1

f. _____

Dr. Cley Viteri

Tribunal 2

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN.....	1
DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	2
AUTORIZACIÓN.....	3
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN	5
RESUMEN.....	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	11
MARCO TEORICO	12
CAPITULO 1	13
1.1.1 ENFERMEDAD DE LA VIA BILIAR DE ORIGEN LITIASICO ...	13
1.1.2 COMPLICACIONES DE LA COLELITIASIS	15
1.2 CAPITULO 2.....	19
1.2.1 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMPLICACIONES COLELITIASICAS.....	19
1.2.2 COLECISTITIS AGUDA.....	20
1.2.3 FISTULAS COLECISTODIGESTIVAS Y COLECISTOBILIARES 21	
1.2.4 PANCREATITIS.....	22
1.2.5 COLEDOCOLITIASIS	22
1.3 CAPITULO 3.....	23
1.3.1 COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO	23
1.3.2 COLECISTECTOMIA ABIERTA.....	23

1.3.3 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	25
MATERIALES Y METODOS.....	27
RESULTADOS	29
DISCUSIÓN.....	38
CONCLUSIONES	42
RECOMENDACIONES.....	44

RESUMEN

Fundamento e hipótesis: la colecistectomía laparoscópica ha sido el estándar de oro en cuanto al tratamiento de la enfermedad por colelitiasis; sin embargo, ha igualado e incluso en algunos casos superado el número de complicaciones en el pre, trans y post quirúrgico.

Objetivo: Demostrar que técnica quirúrgica fue la más eficaz en tratamiento de la colelitiasis en el transcurso del tiempo.

Materiales y Métodos: estudio descriptivo analítico, retrospectivo de los pacientes operados por litiasis vesicular, durante el primero de enero hasta el 1ero de abril del año 2016, en el Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo. La información se obtuvo del expediente clínico y un modelo recolector de datos. Se analizaron las variables: edad, sexo, síntomas y signos, diagnóstico definitivo mediante hoja de biopsia, evolución, estadía y complicaciones de los dos métodos quirúrgicos.

Resultados: Fueron operados 153 pacientes; de los cuales 21 correspondieron a la técnica abierta y 132 a la laparoscópica, de los cuales predominaron los pacientes entre 21-40 años, se obtuvo menor porcentaje de complicaciones, mejor evolución del estado del paciente en la laparoscopia, mientras que la cirugía abierta tuvo mayor prevalencia de complicaciones, casos de mala evolución hospitalaria y un fallecimiento debido a inconvenientes propios de su patología, cabe destacar que no hubo mucha diferencia en cuanto a estadía dentro del hospital para el tratamiento de la litiasis vesicular.

Conclusiones: Se demostró que la colecistectomía laparoscópica sigue siendo la mejor vía de abordaje para tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la vía biliar y en este caso de la litiasis, sin embargo se prefiere la técnica abierta como tratamiento de las complicaciones propias del cuadro.

Palabras Clave: litiasis, colecistolitiasis, colecistitis, colecistectomía, laparoscopia, complicaciones

ABSTRACT

Background: Laparoscopic cholecystectomy has been the gold standard in the treatment of cholelithiasis disease; however it has equaled and in some cases exceeded the number of complications in the pre, intra and post surgical.

Objective: To demonstrate that surgical technique was the most effective in treatment of cholelithiasis in the course of time

Materials and Methods: analytical, retrospective study of patients operated for cholelithiasis, during the first of January to open 1st 2016, at the Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo. The information was obtained from medical records and collecting data model. Age, sex, symptoms and signs, definitive diagnosis by biopsy sheet, evolution, stay and complications of the two surgical methods: The variables were analyzed.

Results: 153 patients were operated; of which 21 corresponded to the open and 132 laparoscopic technique, which predominated patients between 21-

40 years, lower percentage of complications, better evolution of patient status in laparoscopy, it was obtained while open surgery had higher prevalence of complications, cases of poor hospital outcomes and death because of their condition inconveniences, note that there was little difference to stay in the hospital for treatment of cholelithiasis.

Conclusions: It was shown that laparoscopic cholecystectomy remains the best approach for surgical treatment of diseases of the biliary tract and in this case of urolithiasis, however the open technique is preferred for treatment of the complications of the box.

Key words: urolithiasis, cholecystolithiasis, cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopy, complications

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades de la vía biliar ocupa un lugar importante dentro de todas las enfermedades quirúrgicas. Aproximadamente el 95% de las enfermedades del tracto biliar están relacionadas con litiasis biliar, la cual se manifiesta por su clínica típica, imágenes y laboratorio alterado. Las enfermedades de origen biliar son motivo de intervención quirúrgica frecuente y ocupa una de las principales causas de morbilidad hospitalaria.

La primera colecistectomía convencional fue realizada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Cakl Johann August Langenbuch, en un pequeño hospital llamado Lazarus Krankenhaus de Berlín, mediante una incisión en el cuadrante superior derecho. Por más de un siglo esta técnica fue la de elección para el tratamiento de la colelitiasis hasta que Kurt Semm (ginecólogo, ingeniero e inventor alemán) experto en el manejo de laparoscopia ginecológica diagnóstica y terapéutica realizó la primera apendicetomía por laparoscopia en 1980 para publicarla en 1983 y familiarizó a ginecólogos y cirujanos generales con sus técnicas.(1)

En la actualidad existen dos alternativas como tratamiento de la litiasis vesicular sintomática, la colecistectomía convencional o abierta y la que se realiza mediante laparoscopia Desde la primera colecistectomía laparoscópica en el mundo realizada hasta la práctica quirúrgica actual, la cirugía laparoscópica se ha establecido como el estándar de oro en la mayoría de los procedimientos quirúrgicos de la vesícula y vías biliares por las ventajas que ésta ofrece sobre la técnica convencional en cuanto

recuperación post quirúrgica, dolor post operatorio, tiempo de estancia hospitalaria realizándose hasta en un 95% de las colecistectomías. Sin embargo a pesar de todas las ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica, no está exenta de complicaciones en el intra y post operatorio del procedimiento, incluso la incidencia de lesiones de lecho biliar por colecistectomía laparoscópica continua equiparando y hasta superando a la técnica convencional lo que hace indispensable el conocimiento para el cirujano sobre las complicaciones más frecuentes de dicho procedimiento y esté preparado para enfrentarlas, así como también deberá conocer que técnica tendrá los mejores resultados como tratamiento y menor prevalencia de inconvenientes y tomar la decisión correcta

Es por ello que planteamos y realizamos el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la eficacia tanto de la colecistectomía laparoscópica como de la convencional por medio de cuál de ellas demuestre menos complicaciones intra y post operatorias en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil”, durante los meses de enero a abril del 2016, teniendo como finalidad mejorar la calidad de atención y reducir las complicaciones de este procedimiento con la elección de la mejor técnica quirúrgica para que el mayor beneficiado sea el personal médico y población ecuatoriana en general.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

1.1.1 ENFERMEDAD DE LA VIA BILIAR DE ORIGEN LITIASICO

1.1.1.1 LITIASIS BILIAR

Se define como la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar o de cualquier nivel de esta vía. Existen tres tipos de cálculos biliares, como son los de colesterol, mixtos (colesterol y carbonato cálcico y pigmentario con abundante bilirrubinato cálcico donde la mayor prevalencia corresponde a los cálculos de colesterol que suponen más del 75%.

Los cálculos de colesterol se forman a partir del desequilibrio entre la concentración de colesterol y sales biliares más fosfolípidos , la secreción biliar del colesterol aumenta con la edad, el riesgo de cálculos de origen biliar no solo se correlaciona con el colesterol total sérico sino que intervienen otros factores tales como la disminución de la fracción HDL y con el aumento de los triglicéridos también el que haya altas concentraciones de proteínas y lípidos en la bilis intervienen en la formación de cálculos, otra situación ese el barro biliar que por si solo puede originar cólicos y además colecistitis aguda.

Los casos de colelitiasis biliar existen en su mayoría en mujeres con antecedentes familiares de la misma patología(2,3), entre los factores que favorecen la presencia de cálculos de colesterol están:

1. En Chile, países escandinavos
2. Obesidad
3. Perdida rápida de peso

4. Fármacos como los estrógenos, clofibrato, ceftriaxona y somatostatina
5. La edad
6. La falta de motilidad de la vesícula biliar
7. Cirrosis hepática, diabetes mellitus, enfermedad de Crohn, dislipidemias, estados hemolíticos

1.1.1.2 CLINICA

Dentro de las litiasis vesiculares el 80% de ellas son asintomáticas, por lo que se realiza como método diagnóstico con relativa frecuencia una ecografía abdominal. Cuando se producen síntomas son debidos a complicaciones, como cólico biliar, colecistitis aguda, colangitis y pancreatitis aguda.(4)

El primer síntoma de la colelitiasis suele ser el cólico biliar.

Para el diagnóstico de la colelitiasis biliar la prueba más fiable es la ecografía abdominal es el método más usado, también podemos emplear otros métodos diagnóstico como la radiografía de abdomen, pero está en cambio solo nos demostrara los cálculos calcificados.

1.1.1.3 TRATAMIENTO

En general una colelitiasis asintomática no precisa tratamiento urgente sin embargo se ha recomendado que se realice una colecistectomía aun para pacientes asintomáticos que reúnan las siguientes características:

Algunas situaciones especiales como

1. Cálculos mayores a 2.5 cm
2. Singularidades congénitas con calculo
3. Pacientes diabéticos

4. Anemia falciforme porque la colecistitis puede ocasionar crisis hemolíticas más graves
5. Calcificación vesicular (vesícula en porcelana)
6. Población con patología asociada a cáncer de vesícula

1.1.1.4 CIRUGIA:

Tenemos 2 opciones la colecistectomía abierta o convencional o la laparoscópica.

1.1.1.5 TRATAMIENTO MEDICO CON ACIDOS BILIARES:

Se ha utilizado el ácido ursodesoxicólico cerrado para pacientes asintomáticos con cálculos menores de 15mm con vesícula funcionando, el problema de esta opción terapéutica es la alta recidiva, el poco apego del paciente al tratamiento por sus efectos adversos y el coste/efectividad de este.

1.1.1.6 LITOTRICIA EXTRACORPOREA

Para pacientes con litiasis no complicada que presentan cálculos de un tamaño máximo de 20mm, radiotransparentes y con vesícula funcionando pero presenta también complicaciones como cólico biliar y necesitan la realización de una CPRE con esfinterotomía urgente y necesita la toma de ácidos biliares de forma prolongada

1.1.2 COMPLICACIONES DE LA COLELITIASIS

1.1.2.1 CÓLICO BILIAR

Es el principal síntoma de litiasis y es producido por la obstrucción de un cálculo en uno de los puntos del sistema biliar. El dolor aparece cuando se eleva la tensión de la vesícula o la vía biliar producto de la obstrucción por el cálculo generalmente en el conducto cístico lo cual desacomoda el

vaciamiento de la vesícula biliar o en el conducto colédoco lo que hace imposible el drenaje de este.

El dolor que se inicia después de las comidas se manifiesta como un dolor opresivo, continuo y progresivo en hipocondrio derecho o epigastrio se puede irradiar a flanco derecho o espalda se puede acompañar de náuseas y/o vómitos.

La clínica con el ultrasonido confirmará la existencia de litiasis, mientras que su tratamiento será sintomático con analgesia (AINE) y antieméticos.

1.1.2.2 COLECISTITIS AGUDA

Se define como la inflamación de la pared de la vesícula biliar.

Más del 90% de colecistitis se producen por algún lito que obstruye el conducto cístico, el cual produce hipertensión intraventricular en mujeres es causado por E. coli.(5) Existe casos de colecistitis asociados a un mal vaciamiento de la vesícula llamada colecistitis acalculosa que corresponde a un cuadro muy grave, la cual reside en pacientes críticos, traumatizados, grandes quemados, tras cirugía biliar, pacientes con nutrición parenteral prolongada, circulación extracorpórea, pacientes con SIDA, diabetes mellitus aterosclerosis sistémica pacientes infantiles con anomalías del tracto biliar o con determinadas enfermedades sistémicas (E. coli, Klebsiella, Estreptococo del grupo D, Estafilococos y Clostridium).

La colecistitis enfisematosa es una rara presentación de la colecistitis que se caracteriza por la presencia de aire en la vesícula biliar que puede avanzar rápidamente a formas más graves como colecistitis gangrenosa y

posteriormente a una peritonitis junto a una sepsis rápidamente progresiva con alta mortalidad cuyo agente patógeno es *Clostridium perfringens*.

1.1.2.3 CLINICA

Se caracteriza por dolor agudo en hipocondrio derecho irradiado en su mayoría hacia escapula, náuseas vómito y fiebre, aunque este último puede estar ausente en pacientes ancianos, se suele producir tras una ingesta copiosa por obstrucción de un cálculo en conducto cístico.

Hipersensibilidad en hipocondrio derecho que impide la inspiración profunda (Murphy positivo) sin ser habitual la ictericia cuando se produce una colecistopancreatitis o síndrome de Mirizzi (fistulización de un cálculo vesicular al hepático común o al colédoco).

Puede ocurrir perforación vesicular si el dolor se intensifica de forma súbita y la reacción peritoneal aumenta junto con fiebre superior a 39° C y leucocitosis.

Se diagnostica por la clínica más laboratorio el cual suele demostrar leucocitosis en cuanto a la imagenología tenemos la radiografía, pero en menos del 20% se visualiza un cálculo radiopaco. La ecografía es más utilizada pues demuestra además signos indirectos pero la más indicada es la gammagrafía Con HIDA la cual muestra signos directos, salvo si hay colestasis

1.1.2.4 ILEO BILIAR

Al inicio presentado como cólico biliar o episodios de colecistitis aguda por lo que puede pasar inadvertido y ser de difícil diagnóstico. Se define como la obstrucción del intestino por un cálculo de gran tamaño a través de una

fistula o vía anormal expulsado por la vesícula biliar hacia el estómago o al intestino delgado cuya porción más común de obstrucción es a nivel ileocecal.(6)

Es de elevada mortalidad y se encuentra más en pacientes de edad avanzada inicia como un cálculo que genera inflamación perivesicular la cual se adhiere al mismo produciendo una fistula colecistoduodenal los síntomas van conforme el cálculo va avanzando por el tubo digestivo hasta obstruirlo totalmente produciendo síntomas como dolores cólicos intestinales cólicos además de distensión abdominal, vómitos falta de eliminación de materia fecal y meteorismo, deshidratación la manera más apropiada de diagnosticarla es a través de eco o tac abdominal su tratamiento es quirúrgico consiste en la apertura del intestino delgado y la extracción del mismo o exprimir el cálculo en la unión ileocecal y dejarlo ahí para su evacuación con un grave peligro de desgarro.(7)

1.1.2.5 COLECISTOSIS HIPERPLASICAS

Se trata de la proliferación de tejidos y restos de lípidos en la pared de la vesícula biliar pueden ser precursores de pólipos pero estos no generan malignidad.

Sus principales variaciones son la adenomiomatosis y colesterosis.

1.1.2.6 COLEDOCOLITIASIS

Se produce por migración o formados en el mismo colédoco, cursan con cólico o pueden ser sintomáticos se diagnostican por medio de la ecografía abdominal, la colangiografía (de elección) y la CPRE como método diagnóstico y también tratamiento pues permite la extracción del cálculo y la esfinterotomía.

1.1.2.7 COLANGITIS

Se trata de la infección de la vesícula biliar por coledocolitiasis estenosis y tumores de la vía biliar también puede ser ocasionado por Citomegalovirus o Criptosporidios como ocurre en el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida

La vía infecciosa es portal, aunque puede ocurrir infección ascendente desde el duodeno o vía sistémica a través de la arteria hepática.

Encontramos como cuadro clínico la triada de Charcot: ictericia, dolor en hipocondrio derecho y alza térmica.

Existe otra forma más grave que es la colangitis aguda toxica que se presentan en ancianos de 70 años caracterizado por la pentada de Reynolds: triada de Charcot más shock y obnubilación. (4,8)

Su método diagnostico se basa en la clínica y en la existencia de la Triada de Charcot.

1.2 CAPITULO 2

1.2.1 TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COMPLICACIONES COLELITIASICAS

Generalmente la colecistectomía está indicada para pacientes sintomáticos pero pueden llevarse a cabo en aquellos que no presentan síntomas y que reúnan criterios o situaciones en las que podrían desarrollar complicaciones posteriores como los que tienen cálculos mayores de 2.5 cm los que asocian colecistitis aguda, en pacientes jóvenes o infantes por su mayor expectativa de vida y los que tengan microlitiasis También en pacientes asintomáticos en

la que su patología pueda presentar en un futuro cambios neoplásicos como pólipos, vesícula en porcelana, vesícula no funcionante o calcificada.

Dentro de las complicaciones que puede presentar la colelitiasis y que ameritan tratamiento quirúrgico tenemos:

1.2.2 COLECISTITIS AGUDA

Se define como la inflamación de las paredes de la vesícula biliar presentándose un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal, más agudizado en hipocondrio derecho mostrando hipersensibilidad que imposibilita la inspiración profunda (signo de Murphy), el dolor es irradiado a escapula con frecuencia, además el paciente puede presentar náuseas, vómitos, alza térmica ausente en la mayoría de pacientes ancianos y leucocitosis debido a la presencia obstructiva de un cálculo o barro biliar en la vesícula, esta clínica se suele manifestar luego de una comida copiosa en casi la totalidad de pacientes se ha encontrado enclavado un lito en el conducto cístico. (9)

El método diagnóstico más utilizado es la ecografía por su accesibilidad, gran sensibilidad y especificidad, aunque la técnica estándar e oro es la gammagrafía que estaría indicada si la primera prueba no fuera concluyente.

Su tratamiento es quirúrgico mediante colecistectomía laparoscópica en pacientes que tengan un cuadro evolutivo inferior a 72 horas y no tengan plastrón, la colecistectomía convencional o abierta se vuelve urgente cuando se presente peritonitis difusa, empiema hydrops vesicular o que el cuadro empeore tras el esquema farmacológico y médico.

Hay que tener en cuenta dos casos en los que urge tratamiento quirúrgico como la colecistitis enfisematosa frecuentemente ocasionado por Clostridium donde la vesícula se llena de aire que se asocia a un componente séptico más fulminante.

La colecistitis alitiasica, la cual se manifiesta en pacientes críticos de terapia intensiva y los grandes quemados o también producto de la nutrición parenteral.(10)

1.2.3 FISTULAS COLECISTODIGESTIVAS Y COLECISTOBILIARES

Se trata de la comunicación o fistulización con el duodeno o colon debido a un lito o por complicación de una colecistitis aguda provocando obstrucción si este llega al duodeno y se impacta provocaría el síndrome de Bouveret y si se impacta en el íleon terminal (íleo biliar).

La presencia de aire en vías biliares es lo característico en esta patología (aerobilia)

El tratamiento consiste en la extracción del cálculo con enterotomía o empujándolo de manera distal para luego semanas más tarde realizarse una colecistectomía como tratamiento definitivo.

Hay ocasiones en la que se producen fistulas colecistocolédocales llamándose Síndrome de Mirizzi donde un cálculo se enclava en el infundíbulo o en el cístico produciendo compresión extrínseca de la vía biliar está indicada la colecistectomía, la coledocoplastia sobre tubo e Kehr o si falla, la derivación bilioentérica.

1.2.4 PANCREATITIS

La incidencia esta aumentada en pacientes ancianos, de sexo femenino de ciertas razas como nativos americanos, pacientes en estado de gestación con obesidad o los que pierden peso de manera rápida, consumidores de estrógenos, antibióticos como ceftriaxona; clofibrato, octreotido, nutrición parenteral; con patologías asociadas como hipertrigliceridemia, anemia hemolítica, cirrosis, resección ileal.(11)

Se produce por una obstrucción a la salida de líquido pancreático mediante un lito de un tamaño no inferior a 5 mm que vaya al colédoco recorriendo el conducto cístico, también puede ocurrir por microlitiasis o barro biliar de hecho se ha categorizado en una gran cantidad de pacientes esta condición como causa idiopática de pancreatitis aguda, también están confirmados en aquellos que tengan colesterosis de la pared vesicular.

1.2.5 COLEDOCOLITIASIS

De aquellos pacientes con colelitiasis con sintomatología aguda el 12% presentaron alguna obstrucción en el conducto colédoco a causa de un lito enclavado en esta vía que migraron desde la vesícula, no es infrecuente tampoco la formación *de novo* de un cálculo en este mismo conducto.

El cuadro producido por la coledocolitiasis está caracterizado y puede producir cólico biliar, ictericia obstructiva, colangitis ascendente o pancreatitis, aunque pueden cursar también sin síntomas otra menos común pero también presente es la cirrosis biliar secundaria, como método diagnóstico ante la sospecha clínica se debe realizar una ecografía abdominal y confirmarse con una colangiografía o ecoendoscopia.

La colangiografía retrograda endoscópica (CPRE) es la indicada si ya hay confirmación ecográfica de la coledocolitiasis la cual permitirá la extracción del lito y la esfinterotomía endoscópica.(11,12)

La colangiografía percutánea se ha utilizado como alternativa para descomprimir en el caso que la vía biliar se encuentre demasiado dilatada.

1.3 CAPITULO 3

1.3.1 COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

1.3.2 COLECISTECTOMIA ABIERTA

La colecistectomía abierta es la intervención quirúrgica que se ha utilizado como tratamiento para la colelitiasis o alguna de las complicaciones como la colecistitis aguda cuyo cuadro clínico como ya se ha descrito abarca, Dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda puede ser dolor sordo o bien cólico fuerte post ingesta de alguna comida abundante en grasa, náuseas y vomito e ictericia si la vía biliar esta obstruida por la presencia de un cálculo.

PROCEDIMIENTO

1. Se realiza una incisión, en el lado derecho del abdomen debajo del borde de las costillas técnica de Kocher
2. Se moviliza el Hígado a fin de que se muestre la vesícula biliar
3. Se disecan las venas las arterias y conducto cístico
4. Extracción de la Vesícula con la ligación de los vasos y conductos
5. Colocación de un dren de succión cerrada si hay duda del cierre en el cístico como en el caso de colecistitis gangrenosa
6. Se debe examinar el conducto colédoco para descartar la presencia de litos que provoquen obstrucción.

1.3.2.1 INDICACIONES

Está indicada en una o dos de las siguientes patologías:

1. Colelitiasis
2. Inflamación de las paredes de la vesícula biliar o colecistitis
3. Vesícula de porcelana.
4. Hydrops vesicular
5. Obstrucción de la Vía Biliar

1.3.2.2 CONTRAINDICACIONES

1. Coledocolitiasis.
2. Hipertensión portal pancreatitis aguda.
3. Gastrectomía previa.
4. Embarazo.
5. Obesidad mórbida.

1.3.2.3 COMPLICACIONES DE COLECISTECTOMIA ABIERTA

Se clasifican en inmediatas y tardías Las inmediatas son aquellas cuyos síntomas se presentan en las primeras 48-72 horas del período postoperatorio. (12)

Las inmediatas se presentan entre las 48 horas y 72 horas del post quirúrgico entre ellas se encuentran:

1. Peritonitis biliar.
2. Ligadura de la arteria hepática.
3. Hemobilia.
4. Pancreatitis aguda.

5. Hemorragias
6. Ictericia
7. Dehiscencia de la sutura en las derivaciones biliointestinales.

Entre las complicaciones tardías se tienen:

- Iatrogénicas: como estenosis cicatrizal del colédoco.
- Por enfermedad no diagnosticada.
 - Cálculo residual del colédoco.
 - Papilitis u oditis.
- Por técnica defectuosa:
 - Vesícula remanente.
- Otras causas:
 - Complicaciones relacionadas con los drenajes.
 - Ictero postoperatorio tardío.
 - Colangitis supurada aguda obstructiva.
 - Colangitis secundaria esclerosante.
 - Fístula biliar.
 - Colecciones subfreénicas.
 - Suprahepáticas.
 - Infrahepáticas.

1.3.3 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Por muchos años la colecistectomía convencional fue la técnica ideal para el tratamiento de la colelitiasis y sus complicaciones sin embargo en 1987 Phillipe Mouret practico la primera colecistectomía guiada por laparoscopia en humanos en la ciudad de Lyon seguido después de otros en diferentes países llegando hasta a América, desde ese entonces se ha convertido en la

técnica estándar de oro y la preferida en numerosas casas de salud.(12)

INDICACIONES

Posee la mismas indicaciones ya descritas por la colecistectomía convencional.

1.3.3.1 CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones relativas se encuentran la presencia de colecistitis aguda, alguna intervención previa abdominal, coledocolitiasis, enfermedades cardiacas y respiratorias graves y demás que establece la cirugía convencional.(13)

1.3.3.2 COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA LAPAROSCÓPICA

A pesar de que sea la técnica revelación en lo que tiene que ver en cirugía colelitiásica, se han descrito las mismas complicaciones que en la cirugía abierta

Entre las cuales tenemos:

1. Biloma colección de bilis en un espacio localizado como el del Morrison o subfrénico derecho
2. Coleperitoneo es cuando la acumulación de bilis ocupa mas de un espacio producida por fuga ya sea el conducto cístico, cuando hay lesión de conductos accesorios o aberrantes, lesión de manera lateral de la via biliar principal, lesión mayor de la vía biliar
3. Fistula biliar: manifestado por la presencia de bilis en el colector de drenaje autolimitadas y transitorias la mayoría

1.3.3.3 COMPLICACIONES NO BILIARES

1. Lesiones de vasos mayores como la aorta abdominal distal y la arteria iliaca derecha producida por la inserción de un trocar o la aguja de Veress ocasionando en casos graves un hemoperitoneo
2. Lesiones de vasos menores por colocación de trocares laterales siendo los más frecuentes injuriados los vasos parietales

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

1. Cálculos olvidados en cavidad
2. Eventración de los orificios de los trocares

COMPLICACIONES POR NEUMOPERITONEO

1. Enfisema subcutáneo de los orificios de los trocares
2. Infiltración de co2 del epiplón mayor

LESIONES POR DISECCION

1. Injuria arterial la arteria cística y la arteria hepática
2. Injuria del lecho vesicular siendo la complicación más frecuente
3. Injuria intestinal provocada por disección del electrocauterio, tijera o grasping.(14,15)

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, sobre los resultados obtenidos de la eficacia de la colecistectomía convencional versus la colecistectomía laparoscópica, para el tratamiento de la litiasis vesicular, en los pacientes atendidos por dicha enfermedad quirúrgica en el Hospital

Teodoro Maldonado Carbo de la ciudad de Guayaquil, en el período comprendido del primero de enero al primero de abril del año 2016

De un universo de 350 personas que asistieron entre los meses señalados al centro de salud, mediante la fórmula $n = z^2 \cdot xs^2 / d^2$.

La muestra de la investigación quedó constituida por 153 pacientes entre 18 y 65 años que acudieron a consulta de cirugía general o al departamento de urgencia con sintomatología de litiasis vesicular, y que una vez evaluados fueron operados.

Criterios de inclusión: edad mayor de 18 años y menor de 65 años no presentar otra enfermedad que no sea motivo de la cirugía, no presentar riesgo quirúrgico y/o anestésico. Pacientes que presentaban cuadro clínico y criterios ecográficos de colecistitis aguda, pacientes evaluados en la consulta de anestesia y aprobados para la cirugía.

Se excluyeron de la investigación los pacientes que fueron intervenidos por otras causas ajenas a colelitiasis o colecistitis aguda, pacientes que se hayan encontrado en estado de gestación pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años, pacientes que estuvieron diagnosticados de otras enfermedades al momento de la cirugía así como aquellos con riesgo anestésico y/o quirúrgico y que no fueron aprobados para la realización de la cirugía.

Se recolectaron 153 historias clínicas con señalización de los eventos adversos utilizando variables como: edad (años), el sexo, vías de abordajes del abdomen (convencional o videolaparoscópica), datos del transoperatorio (técnica quirúrgica); diagnóstico definitivo (por el informe operatorio y hoja de biopsia); complicaciones postoperatorias, tratamiento farmacológico,

(antibioticoterapia,), estancia en la hospitalización (horas), número de fallecidos si los hubiere y causas del deceso.

A todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente se les solicitó su consentimiento informado para la intervención y para participar en la investigación, explicándosele los objetivos y la forma de realización.

Los datos obtenidos fueron procesados mediante el programa estadístico Microsoft Excel. Los resultados se presentan en tablas mediante números absolutos y porcentaje y el cálculo se realizó mediante chi cuadrado.

RESULTADOS

De acuerdo con los datos recogidos en base a un universo de 350 personas que asistieron a la casa de salud para ser intervenidos por colecistectomía se obtuvo una muestra de 153 pacientes colecistectomizados de los cuales el 13,73 % (21 pacientes) se les realizó la técnica abierta o convencional y el 86,27% (132 pacientes) se les realizo laparoscopía (tabla 1.).

Tabla 1. Número de pacientes.		
PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS		
Pacientes que se realizaron colecistectomía convencional	21	13,73%
Pacientes que se realizaron colecistectomía laparoscópica	132	86,27%
Total de pacientes (muestra)	153	100%

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016.

En lo que respecta a la variable edad de 21 pacientes en los que se realizó colecistectomía abierta el 52% de ello se sometieron a la operación entre los 41-60 años de edad, mientras que de los 132 pacientes en los que se optó realizar laparoscopia la mayoría de ellos 55 pacientes (41,67%) se realizaron la cirugía a la edad de 21- 40 años de edad, demostrando así que la colelap obtuvo mayor prevalencia en pacientes más jóvenes que los que se realizaron cirugía abierta, con una gran significancia estadística $p < 0.05$ (Tabla 2.).

Tabla 2. Distribución de pacientes por edad según técnica quirúrgica

EDAD	C. Abierta	% CA	Colelap	% Colelap	Valor p
18- 20	1	5%	18	13,64%	1,8418E-197
21-40	5	24%	55	41,67%	$p < 0.000$
41-60	11	52%	42	31,82%	
61-65	4	19%	16	12,12%	
TOTAL	21	100%	132	100%	

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

De acuerdo a la variable del genero se obtuvieron 8 pacientes de sexo masculino (38,10%) y 13 pacientes de sexo femenino (61,90%) que se sometieron a colecistectomía abierta versus n3 pacientes varones (32,58%) y 89 mujeres (67,42%) que se realizaron colelap con gran significancia significativa $p < 0.005$ (Tabla 3.).

Tabla 3. Distribución de pacientes de acuerdo al sexo según técnica quirúrgica realizada

SEXO	C. Abierta	% CA	Colelap	%Colelap	Valor p
Masculino	8	38,10%	43	32,58%	6,0563E-132
Femenino	13	61,90%	89	67,42%	p<0.000
TOTAL	21	100%	132	100,00%	

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

De los pacientes que fueron operados por colecistectomía abierta todos presentaron los signos y síntomas clínicos descritos en la tabla característicos del cuadro colelitiasico.

Mientras que los que se realizaron colecistectomía convencional cabe recalcar que la sintomatología fue variada en algunos se presentaron todo el cuadro clínico descrito en la tabla y en otros la mayoría predominando el dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado, pocos tuvieron dolor localizado y tampoco no hubo pacientes asintomáticos con una significancia $p<0.05$ (Tabla 4.)

En cuanto al diagnóstico definitivo después de la cirugía abierta por medio de hoja de biopsia, todos presentaron colecistitis vesicular calculosa (100%) y menor prevalencia presento el diagnostico de hidrocolecisto (19,05%%). Mientras que en los operados por vía laparoscópica todos tuvieron el diagnóstico de colelitiasis sin colecistitis n132 (100%) y en 17 pacientes colecistectomizados (12.88%) además de colelitiasis se presentaron hidrocolecisto contrastando una menor prevalencia frente a la técnica abierta con un valor significativo $p<0.005$. (Tabla 5.)

Tabla 4. Signos y Síntomas presentes antes de la cirugía de acuerdo a técnica

SINTOMAS PRESENTES EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS	C. Abierta	%CA	Colelap	% Colelap	Valor p
Dolor abdominal en hipocondrio derecho sin irradiación	0	0%	17	12,88%	2,1579E-131
Dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado	21	100%	92	69,70%	p<0.000
Náuseas	21	100%	58	43,94%	
Vómitos	21	100%	23	17,42%	
Murphy positivo	21	100%	57	43,18%	
Dispepsia	21	100%	23	17,42%	
Ausencia de síntomas	0	0%	0	0%	

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

Tabla 5. Diagnóstico operatorio obtenido mediante hoja de biopsia

DIAGNOSTICO	C. Abierta	%CA	Colelap	%Colelap	Valor p
Colecistitis vesicular calculosa	21	100%	35	26,52%	7,44537E-29
Colecistitis crónicas	0	0%	0	0%	p<0.000
Hidrocolecisto	4	19,05%	17	12,88%	
Colelitiasis	21	100%	132	100%	
Plastrón vesicular	15	71,43%	26	19,70%	

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

Los que fueron intervenidos por colecistectomía abierta (n=21) en 15 pacientes se realizó anastomosis t-t del colédoco con colocación de sonda de Kehr (71,43%), 3 pacientes se realizaron coledocoduodenostomía (14,29%) y 3 pacientes fueron laparotomizados (14,29%). Sin embargo, en

Tabla 6. Técnica quirúrgica empleada en pacientes colecistectomizados

TECNICA OPERATORIA EMPLEADA	C. Abierta	%CA	Colelap	%Colelap
Colecistectomía convencional y biopsia	18	85,71%	0	0%
Laparatomía exploratoria y biopsia	3	14,29%	0	0%
Anastomosis término- terminal de colédoco y colocación sonda de Kehr	15	71,43%	35	26,52%
Coledocoduodenostomía	3	14,29%	0	0,00%
Colecistectomía laparoscópica y biopsia	0	0%	132	100%

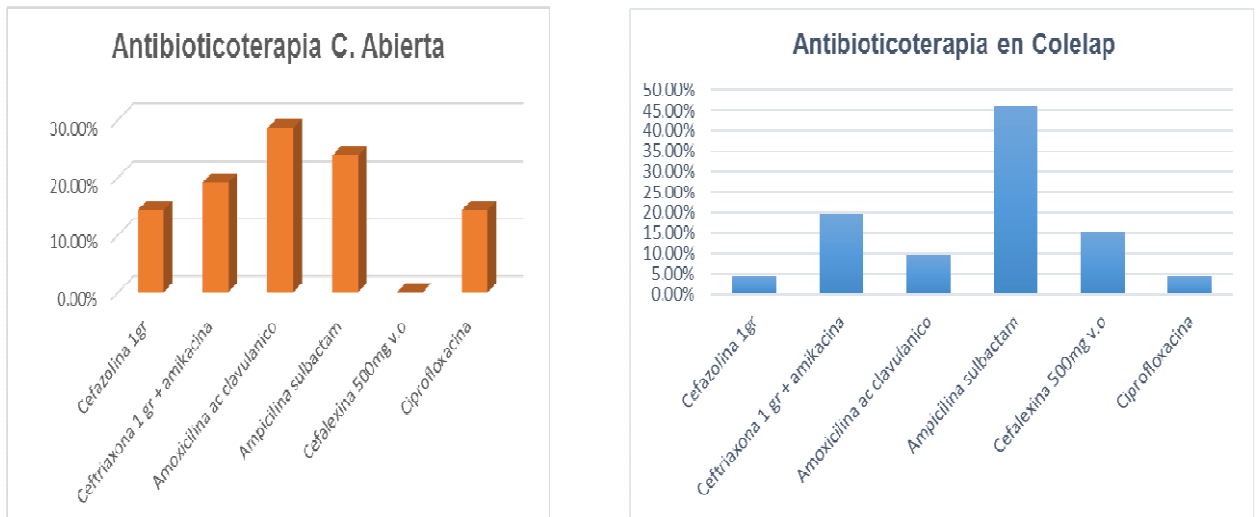
Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

los pacientes que fueron colecistectomizados por vía laparoscópica (n=132) se realizó anastomosis t-t del colédoco en 35 de ellos (26,52%) (Tabla 6.)

En el postoperatorio de la cirugía convencional predominó el uso de Amoxicilina combinada con inhibidor de las beta- lactamasas como Sulbactam en 6 pacientes (28,57%), pocos fueron los que utilizaron (n=3- 14,29%) Cefazolina y Ciprofloxacina y en ninguno se utilizó Cefalexina

En los que fueron intervenidos por laparoscopia la mayoría de pacientes utilizó también ampicilina sulbactam (n=61- 46,21%) se usó cefalexina en 20 pacientes (15,15%) y los antibióticos que menos se utilizaron fueron cefazolina y ciprofloxacina (n=4-4,55%) (Gráfico 1)

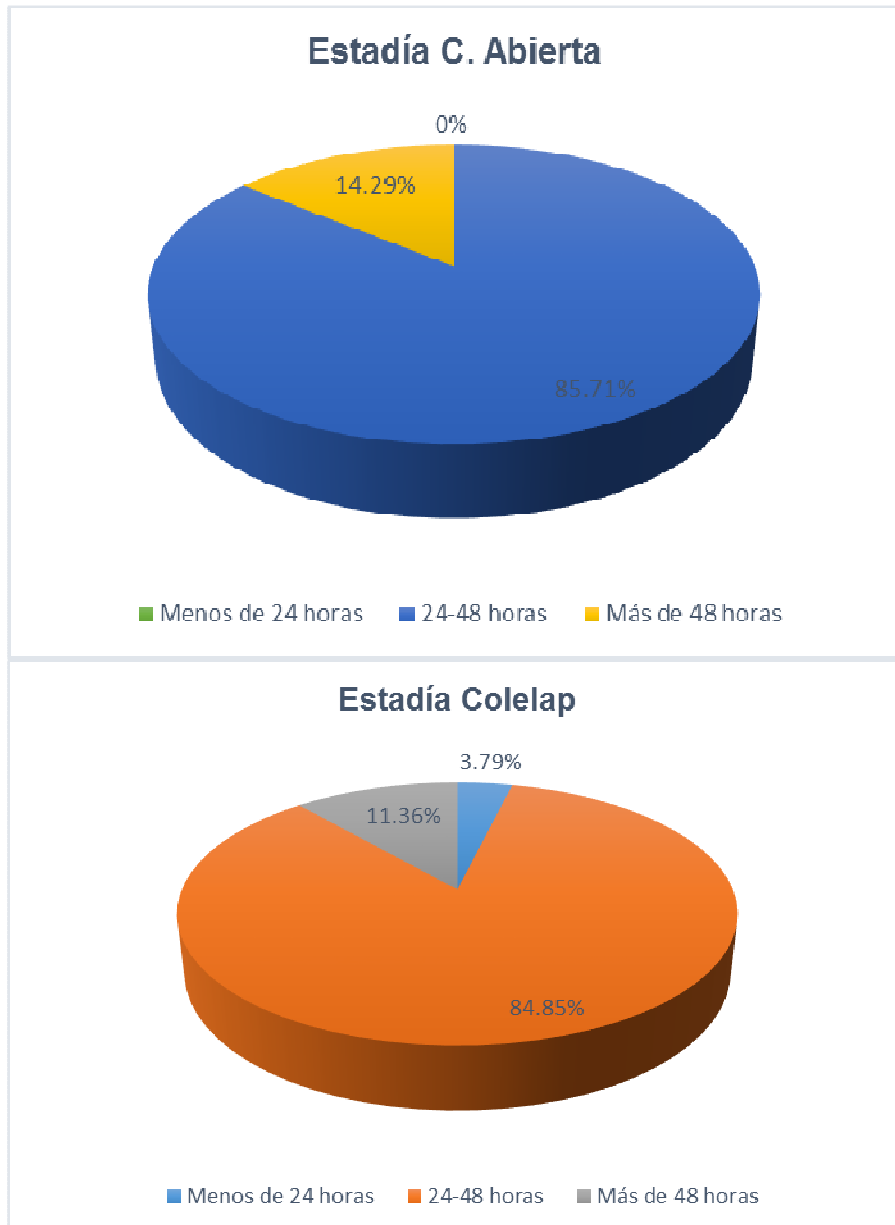
Grafico 1. Antibioticoterapia utilizada en pacientes colecistectomizados



Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

Ninguno que fue sometido a la técnica abierta permaneció hospitalizado menos de 24 horas; sin embargo, 5 pacientes que fueron sometidos a colelap estuvieron menos de ese lapso (3,79%). Fueron 18 pacientes colecistectomizados convencionalmente que permanecieron hospitalizados entre 24-48 horas (85,71%) y 112 pacientes por laparoscopia (84,85%), 3 pacientes se quedaron en el hospital más de 48 horas en la cirugía convencional (14,29%) y 15 pacientes post colelap (11.36%) contrastando con gran significado estadístico $p < 0,005$. (Gráfico 2.)

Grafico 2. Estadía en pacientes colecistectomizados



Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

De los 21 pacientes en los que se optó la vía convencional 18 (85,71%) de ellos tuvieron una evolución favorable 3 tuvieron mala evolución (14,29%) y uno de ellos falleció a causa de una gran sepsis por complicaciones propias de su patología (4,76%)

Mientras que de los 132 pacientes sometidos a colelap todos tuvieron una buena evolución (100%) ocupando una gran significancia estadística $p < 0.0005$. (Tabla 7).

Tabla 7. Evolución de los pacientes que se sometieron a colecistectomía laparoscópica y convencional

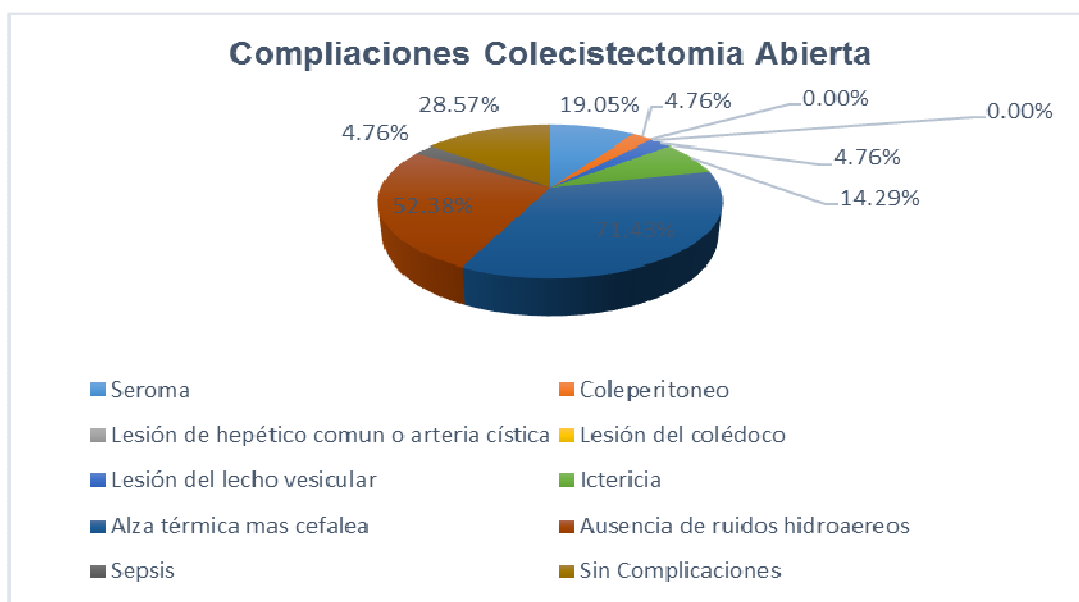
EVOLUCION DE LOS PACIENTES	C. Abierta	%CA	Colelap	%Colelap	Valor p
Mala evolución	3	14,29%	0	0%	2,53349E-22
Buena evolución	18	85,71%	132	100%	$p < 0.000$
Fallecidos	1	4,76%	0	0%	

Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

De los 21 pacientes que se sometieron a colecistectomía abierta, 15 pacientes tuvieron complicaciones post quirúrgicos de ellos todos presentaron alza térmica más cefalea (71,43%); 11 no presentaron ruidos hidroaereos (52,38%); 4 presentaron seroma (19,95%), 1 paciente presentó coleperitoneo y sepsis por lo que falleció (4,76%) y 6 no presentaron complicaciones (28,57%) cabe recalcar que se toman en cuenta complicaciones propias de su cuadro del pre, trans y post operatorio. De los 132 sometidos a colecistectomía laparoscópica, 13 pacientes presentaron alza térmica más cefalea (9,85%); 9 ausencia de ruidos hidroaereos (6,82%); en 2 pacientes hubo lesión del lecho vesicular durante la cirugía (1,52%); en 1 paciente se presentó seroma en la herida otro coleperitoneo con sepsis mínima resuelta (0,76%) y 119 pacientes no tuvieron complicaciones

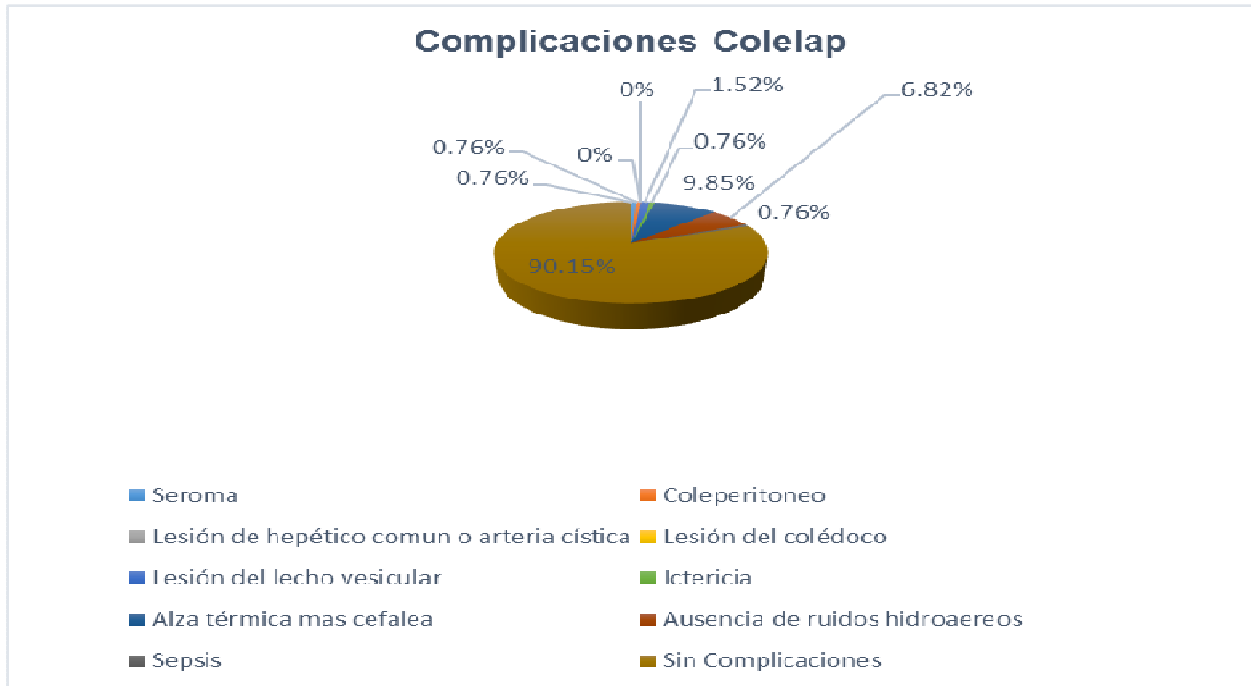
durante el trans y post quirúrgico (90,15%) demostrando una gran significancia estadística en el contraste $p < 0.005$ (Gráfico 3,4.)

Grafico 3. Complicaciones de Colectomía Abierta



Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

Gráfico 4. Complicaciones de la Colectomía Laparoscópica



Fuente: Tomado de Bury y Moretta, Hospital Teodoro Maldonado Carbo, 2016

DISCUSIÓN

El motivo principal de este estudio es dar a conocer la eficacia del tratamiento entre dos abordajes quirúrgicos para reseca la vesícula biliar, la colectomía laparoscopia y la colectomía abierta en el Servicio de Cirugía General del Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo en el periodo comprendido entre enero 2016 a abril 2016.

En este estudio conformado por 153 pacientes se evidenció que la frecuencia con la que acudían personas del genero masculino afectados por esta patología vesicular fue de 51 que corresponde al 38,64% del valor total en comparación a la población femenina de 81 pacientes correspondiente al 61,36% faltante, lo cual es similar al resultado obtenido en el estudio de

Pérez Guartambel de la Universidad de Cuenca "Complicaciones trans y postquirúrgicas inmediatas derivadas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda en el Hospital Vicente Corral Moscoso", en el cual, de una muestra de 172 pacientes, el 73,8% corresponde al género femenino y 26,2% al masculino. De forma contraria a la información recabada en este estudio y en el de Pérez Guartambel, el estudio realizado por Cayetano Arana realizado en el año 2014, "Prevalencia de complicaciones intraoperatorias en la colecistectomía laparoscópica" en el Hospital Militar Central "Coronel Luis Arias Schreiber", en el cual se evidencia que de una muestra de 135 pacientes, 119 eran de género masculino lo cual equivale al 88,1% del total de la muestra y 16 de género femenino (11,9%).

La tasa de pacientes que sufrieron complicaciones en el tiempo que se encontraron en recuperación postquirúrgica dependió de varios factores que complicaron y prolongaron en algunos casos, la estadía intrahospitalaria. Hay que enfatizar en que entre las complicaciones postoperatorias del paciente colecistectomizado, existen variables de mayor relevancia clínica que otros y es menester distinguirlas para tomar una decisión previo a la elección de la técnica quirúrgica.

Entre uno de esos factores revisados en este estudio esta la técnica quirúrgica empleada, la cual es la variable fundamental por la cual se hizo esta revisión. De un total de 132 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica por diagnósticos de colelitiasis y colecistitis, la cantidad de pacientes que presentaron alza térmica como principal complicación fue de 12 personas que correspondería al 9,09% y de entre ellos, 9 pacientes

presentaron disminución de ruidos hidro-aéreos (6,81%), otro paciente presentó la formación de un seroma (0,76%) y a otro paciente coleperitoneo (0,76%) lo cual coincide con el estudio realizado por Cayetano Arana en el año 2014 en el cual se describen 7 de 135 pacientes con lesión o perforación de vesícula biliar durante el acto quirúrgico lo cual condicione la formación de un coleperitoneo en el postoperatorio. Con respecto a la prevalencia de fallecimientos como peor escenario de complicaciones se obtuvo un valor que representa al 0,75% de la muestra. En los estudios realizados por Cayetano Arana y por Ulloa Gómez y Vega Cuadrado se evidencia asimismo un valor bajo de fallecimientos como consecuencia de las complicaciones postoperatorias. De una población de 356 pacientes (Ulloa y Vega) se obtuvo como resultado 1 fallecimiento correspondiente al 0,28% de la población total correlacionable con la baja cantidad y severidad de complicaciones que tiene la colecistectomía en nuestro estudio.

En el estudio realizado por Ulloa y Vega al igual que en el estudio de Pérez Guartambel, en una población de 356 pacientes y 172 pacientes respectivamente, el tiempo de estadía intrahospitalaria para pacientes que se sometieron a la colecistectomía laparoscópica, arrojó valores que coinciden con aquellos que se recabaron de este estudio. En el primero se evidencio que la estancia hospitalaria fue menor o igual a 3 días y en el segundo, un promedio de 1,67 días, lo cual es relacionable al valor obtenido en este estudio en el cual se obtuvo 112 pacientes que tuvieron una estancia hospitalaria menor a las 48 horas, correspondiente al 84,84% de 132 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica.

Para Ulloa y Vega, los datos que existen en la actualidad no apoyan la decisión de usar antibioticoperapia profiláctica para pacientes con riesgo bajo, pero si hacen énfasis en que la decisión de usar o no usar antibióticos debe ser individual para cada paciente con riesgo medio o alto. En nuestro estudio se evidencio que usar antibioticoterapia como profilaxis y durante la estadía intrahospitalaria indiferentemente del riesgo del paciente, es relacionable a una evolución satisfactoria del mismo, con una tasa del 100% en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica y 85,71% en pacientes sometidos a colecistectomía abierta.

Esta comprobado en algunos estudios ya realizados en otros grupos poblacionales como el realizado por Gil, García y Díaz en el Servicio de Cirugía General del Hospital Juárez de México, al igual que en este realizado en la población ecuatoriana, que la colecistectomía laparoscópica representa una mejor opción al momento de elegir el abordaje quirúrgico para la patología vesicular puesto que a nivel sistémico se genera una menor respuesta lo que se evidencia en breves periodos de recuperación postquirúrgicas, pronta reincorporación a labores de día a día, menor prevalencia de infección de sitio quirúrgico y relativamente poca cantidad de analgésicos.

Este estudio tiene la ventaja de ser el primero en ser realizado en el Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, abordando las complicaciones más frecuentes del trans y postoperatorio y los grupos etarios más afectados.

Una desventaja de éste estudio es el corto periodo de tiempo en el que se tomó la muestra. No se realiza correlación entre las complicaciones y diferentes razas de los pacientes, lo cual puede ser un factor predisponente a desarrollar cierto tipo de patologías en el postoperatorio.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes demostraron síntomas característicos del cuadro colelitiasico de los cuales en aquellos en los que se optó la vía convencional presentaron dolor más agudo, mayor prevalencia de cuadro caracterizado por nauseas, vómitos de dispepsia por lo que acudieron a la emergencia del hospital diagnosticándose en todos ellos colecistitis aguda de origen colelitiasico; mientras en los que se realizó la técnica laparoscópica demostraron menores síntomas de cuadro agudo inflamatorio, menor número de diagnóstico de colecistitis y en todos ellos se confirmó mediante hoja de biopsia la colelitiasis

Solo la colecistectomía laparoscópica demostró tener pacientes que se quedaron menos de 24 horas dentro de la casa de salud aun así no hubo diferencia significativa en cuanto a la estadía entre 24- 48 horas de los pacientes colecistectomizados por las dos vías quirúrgicas, obteniéndose porcentajes parecidos siendo en ambos casos la mayoría de los ingresados; sin embargo el 14,29% de aquellos en los que se optó la vía convencional se quedó más de 48 horas en el área de Cirugía General del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo .

La técnica laparoscópica demostró buena evolución y alta con pronóstico favorable en todos sus pacientes, mientras que la cirugía abierta el 14,28% de pacientes demostró mala evolución por complicaciones y de estos un paciente falleció a causa de una gran sepsis.

Dado que hoy en día se emplea más la colecistectomía laparoscópica y menos la convencional esta se la ha dejado para pacientes que ingresen al hospital con un cuadro colelitiasico complicado razón por la cual de los 153 pacientes estudiados solo 21 de ellos se les realizó esta técnica y de los cuales 15 (71,43%) mostraron complicaciones tomando en cuenta las del momento del pre trans y post operatorio y solo 6 (28,57%) de ellos no presentaron ninguna; mientras que de los 153 pacientes, en 132 se optó la colecistectomía laparoscópica, de los cuales 119 (90,15%) no presentaron complicaciones y 13 (9,85%) si las mostraron.

La colecistectomía laparoscópica dentro de nuestro estudio realizado mediante el seguimiento de los pacientes entre los meses de enero hasta abril del año 2016, sigue siendo el estándar de oro en cuanto a tratamiento quirúrgico de la enfermedad colelitiásica si bien no hay mucha diferencia en cuanto a la estadía hospitalaria esta presenta menor prevalencia de complicaciones, tanto en el pre, trans y postquirúrgico. Sin embargo hay que puntualizar que no todas las historias clínicas del sistema del hospital se encontraban detalladas y no se encontró igualdad en el número de pacientes dentro de las dos técnicas quirúrgicas.

RECOMENDACIONES

1. Utilizar una muestra más grande que incluya pacientes de años anteriores.
2. Identificar factores de riesgo que puedan predisponer a complicaciones en el trans y postoperatorio.
3. Discernir en la instancia pre hospitalaria, si el paciente debe ir con medicación antibiótica como medida preventiva a las infecciones de sitio quirúrgico.
4. Evidenciar la alta demanda de pacientes de género femenino para la mayor adecuación de salas para mujeres.

REFERENCIAS

1. Pérez quartambel, J. COMPLICACIONES TRANS y POSTQUIRÚRGICAS INMEDIATAS DERIVADAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA EN EL HOSPITAL VICENTE CORRAL MOSCOSO, CUENCA 2014. UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CENTRO DE POSTGRADOS. 2014;(I):
2. 1. Cayetano arana, C. PREVALENCIA DE COMPLICACIONES INTRAOPERATORIAS EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL MILITAR CENTRAL "CRL LUIS ARIAS SCHREIBER" AÑO 2014. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA. 2016;(I): .
3. Ulloa gomez, F, Vega cuadrado, H. COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 20 AÑOS EN EL HOSPITAL MILITAR MAYOR ALBERTO ALVARADO COBOS, CUENCA, 2015. UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS ESCUELA DE MEDICINA. 2016;(I): .
4. Estepa-Pérez J, Santana-Pedraza T, Estepa-Torres J. Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Sept 1]; 13(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>
5. 1 Kurinchi Selvan Gurusamy, Jessica Vaughan, Rajarajan Ramamoorthy, Giuseppe Fusai, Brian R Davidson Minipuestos versus puertos estándar para la colecistectomía laparoscópica, the Cochrane Colaboration, 1- 3p (2013)
6. Luis Fernando Álvarez, Diego Rivera, Miguel Evaristo Esmeral, Marta Cecilia García, Diego Fernando Toro, Olga Lucía Rojas, Rev Colomb Cir. 2013;28:186-95p (2013) ,
7. Roosevelt Fajardo, José Ignacio Valenzuela, Sandra Catalina Olaya, Gustavo Quintero, Gabriel Carrasquilla, Carlos Eduardo Pinzón, Catalina López, Juan Camilo Ramírez "Costo-efectividad de la colecistectomía laparoscópica y de la abierta en una muestra de población colombiana" Biomédica vol.31 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2011
8. María Luisa Reyes Díaz, Juan Antonio Díaz Milanés, José´ Antonio López Ruiz, Francisco Del Rio Lafuente, Javier Valdés Hernández, Laura Sánchez Moreno, José López Pérez y Fernando Oliva Mompeán "Evolución del abordaje

- quirúrgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugía de urgencias”
Volume 90, Issue 3, March 2012, Pages 186–190
9. Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo, Dr. Juan Carlos Barrera Ortega, Dr. Juan Carlos García Sierra, Dr. Roberto del Campo Abad “Vigencia de la cirugía biliar abierta” Rev Cubana Cir vol.53 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014
 10. Montiel Jiménez Fuertes y David Costa Navarro , “Colecistectomía laparoscópica ambulatoria y control del dolor postoperatorio: presentación de una serie de 100 casos” Rev Cubana Cir vol.53 no.1 Ciudad de la Habana ene.-mar. 2014
 11. Jorge Luis Estepa Pérez, Tahiluma Santana Pedraza, Juan Carlos Estepa Torre “Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular” Medisur vol.13 no.1 Cienfuegos feb. 2015
 12. Dr. José Luis Reguero Muñoz.; Dr. Israel González Moya; Dr. Nelson Camacho Álvarez; Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dra. Milena Silva Pupo “Conversiones en colecistectomía laparoscópica” Archivo Médico de Camagüey;7(3) ISSN 1025-025, 2015
 13. Aníbal Ernesto Ramos Socarrás , Álvaro Candelario Álvarez Pérez , Andrés Lorenzo Mestril , Moraima Emilia Vallés Gamboa, Ruber Luis Gallardo Arzuaga “Factores determinantes de las conversiones en la colecistectomía laparoscópica” CCM vol.18 no.4 Holguín oct.-dic. 2014
 14. Dra. Llipsy Teresa Fernández Santiestéban, Dr. José María Díaz Calderín,
 15. Dr. Jorge Lázaro Loys Fernández “Absceso retroperitoneal secundario a litiasis residual intraperitoneal tras una colecistectomía laparoscópica” Rev Cubana Cir vol.53 no.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2014
 16. Dr. José Luis Reguero Muñoz.; Dr. Israel González Moya; Dr. Nelson Camacho Álvarez; Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dra. Milena Silva Pupo “Conversiones en colecistectomía laparoscópica” Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.
 17. Montiel Jimenez Fuertes y David Costa Navarro, “Colecistectomia laparoscopica ambulatoria y control del dolor postoperatorio: presentacion de una serie de 100casos”, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Marina Baixa, Alicante, España, cir esp. 2015 ;93(3):181 – 186
 18. Maria Luisa Reyes Diaz*, Juan Antonio Daz Milanes, Jose Antonio Lopez Ruiz, Francisco Del Rio Lafuente, Javier Valdes Hernandez, Laura Sanchez Moreno, Jose Lopez Perez y Fernando Oliva Mompean; “Evolucion del abordaje quirurgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugia de urgencias”, Cirugia General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España. Cir esp.2012;90(3):186–190



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Moretta Urdiales Luigi Oswaldo**, con C.C: # **(092031348-3)** autor del trabajo de titulación: **ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPARASCOPICA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO ENERO - ABRIL 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de **septiembre** de **2016**

f. _____

Nombre: **Moretta Urdiales, Luigi Oswaldo**

C.C: **0920313483-3**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Bury Macias Jorge Luis**, con C.C: # **(093075869-3)** autor del trabajo de titulación: **ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO ENERO - ABRIL 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 21 de **septiembre** de **2016**

f. _____

Nombre: **Bury Macias Jorge Luis**

C.C: **093075869-3**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO ENTRE PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL VERSUS LOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA EN EL HOSPITAL TEODORO MALDONADO CARBO EN EL PERIODO ENERO - ABRIL 2016		
AUTOR(ES)	Jorge Luis Bury Macías, Luigi Oswaldo Moretta Urdiales		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Dr. Diego Vásquez Cedeño.		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	21 de septiembre de 2016	No. DE PÁGINAS:	50
ÁREAS TEMÁTICAS:	Colecistectomía laparoscópica, Colecistectomía abierta, Complicaciones de colecistectomía laparoscópica.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	litiasis, colecistolitiasis, colecistitis, colecistectomía, laparoscopia, complicaciones/ urolithiasis, cholecystolithiasis, cholecystitis, cholecystectomy, laparoscopy, complications		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Fundamento: la colecistectomía laparoscópica ha sido el estándar de oro en cuanto al tratamiento de la enfermedad por colelitiasis; sin embargo, ha igualado e incluso en algunos casos superado el número de complicaciones en el pre, trans y post quirúrgico.</p> <p>Objetivo: Demostrar que técnica quirúrgica fue la más eficaz en tratamiento de la colelitiasis.</p> <p>Materiales y Métodos: estudio descriptivo analítico, retrospectivo de los pacientes operados por litiasis vesicular, durante el primero de enero hasta el 1ero de abril del año 2016, en el Hospital de Especialidades Dr. Teodoro Maldonado Carbo La información se obtuvo del expediente clínico y un modelo recolector de datos. Se analizaron las variables: edad, sexo, síntomas y signos, diagnóstico definitivo mediante hoja de biopsia, evolución, estadía y complicaciones de los dos métodos quirúrgicos.</p> <p>Resultados: Fueron operados 153 pacientes; de los cuales 21 correspondieron a la técnica</p>		



abierta y 132 a la laparoscópica, de los cuales predominaron los pacientes entre 21-40 años, se obtuvo menor porcentaje de complicaciones, mejor evolución del estado del paciente en la laparoscopia, mientras que la cirugía abierta tuvo mayor prevalencia de complicaciones, casos de mala evolución hospitalaria y un fallecimiento debido a inconvenientes propios de su patología, cabe destacar que no hubo mucha diferencia en cuanto a estadía dentro del hospital para el tratamiento de la litiasis vesicular.

Conclusiones: Se demostró que la colecistectomía laparoscópica sigue siendo la mejor vía de abordaje para tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la vía biliar y en este caso de la litiasis, sin embargo se prefiere la técnica abierta como tratamiento de las complicaciones propias del cuadro.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0996832743	E-mail: ilbury1001@gmail.com Luigi_moretta92@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Dr. Vásquez Cedeño, Diego.	
	Teléfono: +593-98-274-2221	
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		