

CIRUGÍA MINILAPAROSCÓPICA EN GUATEMALA

EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 24 CASOS



DR. MIGUEL MARTÍNEZ NOACK *
DR. RODRIGO ZEPEDA HERMAN MACG *
DR. ALVARO FERNANDEZ GARCÍA MACG *

RESUMEN

De Octubre 2009 a Junio 2010 fueron realizadas un total de 24 Cirugías con la técnica Mini Laparoscópica, el 75 % fueron del sexo femenino con una edad promedio de 35 años. 21 casos tenían enfermedad de la vesícula biliar y 3 casos con diagnóstico clínico Apendicitis Aguda, el tiempo quirúrgico en la mayoría de los casos fue de 43 minutos, y solamente hubo una complicación (hemorragia) que fue resuelta con la técnica mini.

En el período post operatorio todos los pacientes recibieron 3 dosis de Ketoralaco o Dexketoprofeno durante su estancia hospitalaria, refiriendo escasos dolor y en casa prácticamente abandonaron su analgesia. Al quinto día post op todos estaban reincorporados a su actividad normal. El 100% de pacientes manifestaron su complacencia por los resultados estéticos.

PALABRAS CLAVE: Cirugía minilaparoscópica, colesistectomía, apendicectomía.

ABSTRACT

From October 2009 through June 2010, 24 operations were done with the Mini Laparoscopic technique, 75 % were female with an average age of 35 years.

21 cases had gallbladders disease and 3 cases had clinical diagnosis of Acute Apendicitis. The operative time in most of the patients were 43 minutes, we had only one complication (hemorrhage) that was solved through the mini laparoscopic technique.

In the postoperative period all patients received 3 doses of Ketoralac or dexketoprofene while they were at the hospital, the patients didn't complain of pain, and they took only one dose of pain medicine at home. All reestablished their normal activities at post operative day 5, and 100% of the patients were happy with the cosmetic results.

KEY WORDS: Minilaparoscopic surgery, cholecystectomy, appendectomy.

* Cirujanos Generales
Cirujanos Minilaparoscópicos
miguelmnoack@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Con el advenimiento de las técnicas de cirugía Laparoscópica desde la década de los ochenta el arte de las ciencias quirúrgicas ha sufrido una transformación tal que revolucionó el tratamiento de muchas enfermedades, repercutiendo esto en grandes beneficios para muchos pacientes que hoy por hoy se han visto beneficiados de esta "nueva era de la cirugía moderna".

Sin embargo, el procedimiento quirúrgico que se ha visto más afectado por la evolución que tomó y que es el primer Estándar de Oro de la cirugía laparoscópica es la colecistectomía. Este procedimiento fue rápidamente aceptado, al principio se operaban Vesículas con cambios inflamatorios mínimos y con el paso del tiempo, ahora que es parte del entrenamiento de todo cirujano, la gran mayoría de los que dominan esta técnica han sido capaces de realizar este procedimiento en casos verdaderamente complejos, que unos años atrás habrían terminado en cirugía abierta y en cambio la cirugía laparoscópica y la experiencia les permitió tener una evolución y recuperación muy rápidas.

La colecistectomía laparoscópica ha permitido que los pacientes tengan un mínimo dolor postoperatorio, menos cicatrices, así como menor estancia hospitalaria con una rápida recuperación a sus actividades.^(1,2)

En estos últimos años, ha habido muchos investigadores, los cuales han buscado mejorar aun más las técnicas de cirugía Laparoscópica, en busca de hacer incisiones más pequeñas o invisibles, menos dolor postoperatorio, y recuperación aun más rápida que la cirugía laparoscópica convencional, tal es el caso de la cirugía por puerto único y cirugía por orificios naturales. Hay otros que han utilizado mini instrumentos que van desde 1.5mm hasta 3.5mm de diámetro, lo que se conoce como cirugía minilaparoscópica^(3,4)

El propósito de este estudio es compartir nuestra experiencia inicial con cirugía minilaparoscópica, y los parámetros que la hacen una alternativa diferente para los pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

De Octubre 2009 a Junio 2010 se hicieron 24 procedimientos minilaparoscópicos con los diagnósticos principales de enfermedad de la vesícula biliar o apendicitis.

Todos los pacientes fueron evaluados por el equipo que realiza este procedimiento.

Todos los pacientes con enfermedad de la vesícula biliar luego de completar sus estudios diagnósticos y ser explicados respecto al procedimiento, fueron programados para cirugía electiva. Se seleccionaron los pacientes que tuvieran vesículas de paredes delgadas o con cambios inflamatorios mínimos para considerarlos candidatos para este procedimiento. Luego en sala de operaciones al introducir el laparoscopio se identificó que la vesícula llenara los requisitos para ser resecada por este método.

En lo que respecta a los pacientes con apendicitis, se les realizó de la misma manera laparoscopia y se verificó que el apéndice tuviera los cambios inflamatorios necesarios para poder ser manipulada con los instrumentos de la mini laparoscopia.

Todos los pacientes que al hacer la vista inicial que no llenaran los requisitos para hacerlos con la técnica Mini fueron convertidos a laparoscopia de 5mm.

Técnica Quirúrgica

Para la introducción del trocar umbilical se utiliza la técnica convencional, luego se coloca un trocar de 3 mm en el epigastrio y 2 trocates de 2 mm en el flanco derecho.

Se hace una disección cuidadosa del conducto y arteria císticos. El conducto cístico es ligado con ligadura intracorporea y seccionado y la arteria cística es electrocoagulada.

Luego la vesícula es desprendida de su lecho utilizando instrumento disector (hook) monopolar haciendo hemostasis meticulosa. En caso de sangrado, se controla este y se hace lavado de cavidad con solución salina. Al finalizar la cirugía, se extrae la vesícula a través del ombligo y se cierran las heridas.

En el caso de apendicitis se usan 2 trocares además del umbilical se disecan y coagulan los vasos apendiculares, y luego se liga el apéndice con ligadura intracorporea, extrayendo el mismo por el orificio umbilical, dentro de una bolsa de plástico.

RESULTADOS

De Octubre 2009 a Junio 2010 se operaron 24 pacientes 18 del sexo femenino (75 %) y 6 del sexo masculino (25%), la edad osciló de 13 hasta 65 años con un promedio de 35 años.

El cuadro 1 muestra los diagnósticos encontrados en nuestros casos.

Cuadro 1: diagnósticos encontrados durante procedimientos mini Laparoscópicos.

COLELITIASIS	19 CASOS
COLECISITIS ACALCULOSA	2 CASOS
APENDICITIS AGUDA	1 CASOS
FIBROSIS OBLITERATIVA APENDICE	1 CASO
PERIAPENDICITIS	1 CASO
DUPLICACIÓN VESICULAR	1 CASO
QUISTE OVARICO ROTO	1 CASO

Tiempo Quirúrgico

De los 24 paciente operados, 21 de ellos (87.5%) tuvieron un tiempo quirúrgico menor de 1 hora, con un promedio de 42 minutos, y 3 pacientes (12.5 %) tuvieron un tiempo quirúrgico que varió de 1 a 2 horas con un promedio de 90 minutos, 2 casos por variantes anatómicas que dificultaron la disección, pero que se pudieron completar con la técnica mini Laparoscópica y 1 caso por hemorragia, la cual fue controlada y resuelta con la misma técnica, siendo esta la única complicación en nuestra casuística (4.34%)

Analgesia

Todos los pacientes recibieron fueron infiltrados con anestesia local en las áreas de punción de los trocares transoperatoriamente, y en

el postoperatorio todos recibieron 3 dosis de analgésicos (ketoralaco o dexketoprofeno).

Todos los pacientes refirieron que prácticamente no sintieron dolor durante su estancia en el hospital, esto les permitió levantarse rápidamente.

Luego del egreso la mayoría de los pacientes tomaron 1 dosis de analgésico, abandonando este, refiriendo que lo no necesitaban.

Actividad y Resultados Cosméticos

Todos los pacientes se incorporaron a sus actividades entre el 4 y 5 día postoperatorio sin mayores dificultades y en capacidad de realizar la mayoría de sus actividades.

Con relación al resultado cosmético el 100% de pacientes manifestaron su complacencia por el resultado visto al 10 día post operatorio

DISCUSIÓN

Después de la primera colecistectomía laparoscópica en el año 1980, la cirugía laparoscópica sufrió gran difusión y aceptación. Día a día se sigue expandiendo en busca de dar mejores resultados para los pacientes desde todo punto de vista⁽⁶⁾.

Con relación a la cirugía minilaparoscópica, después de más de 10 años de estarse realizando existen algunos autores que han encontrado ventajas importantes con esta técnica estudiando variables como tiempo quirúrgico, dolor postoperatorio, recuperación postquirúrgica, cosmesis, costos, comparaciones entre esta técnica y la técnica de orificio único, comparaciones con la técnica de la cirugía laparoscópica convencional con orificios de 5mm y 10mm^(5, 6,7,8,9,10).

Existen aun controversia acerca de las ventajas de la cirugía laparoscópica, basados en la relación matemática que afirma que la morbilidad quirúrgica de una herida grande, es similar a la suma de varias pequeñas.⁽¹¹⁾ Uno de los factores que se ha estudiado como causa de la morbilidad en heridas es la tensión a lo largo del eje de las heridas operatorias suturadas, concluyendo que las heridas grandes tienen una superficie de tensión un mayor comparada con las incisiones pequeñas debido a que éstas últimas tienen menos superficie de tensión, repercutiendo en menos dolor, menor riesgo de dehiscencias, riesgo

de hernias, menor riesgo de infección y mejor cosmesis.^(12,13,14)

Si trasladamos este concepto a la cirugía minilaparoscópica, y analizamos la longitud de las heridas y su volumen a través de la pared abdominal en los distintos trocares, en el entendido que esto representa el área de trauma y por consiguiente de dolor, es posible sugerir que la técnica minilaparoscópica es superior a la laparoscópica convencional y que la técnica de cirugía por puerto único debería tener un volumen mucho mayor de trauma y por consiguiente dolor y morbilidad.⁽¹⁵⁾

El uso de técnicas minilaparoscópicas en distintas series reporta tiempos quirúrgicos aceptables, un uso de analgésicos mucho menor, recuperación rápida y excelentes resultados cosméticos. Uno de los grandes impulsores y con mayor experiencia en esta técnica es sin duda el Dr Gustavo Carvahlo, quien reportó ya la serie más grande de casos con el uso de la técnica minilaparoscópica (1000 casos), en su artículo concluyó además que no existe diferencias en cuanto a riesgos entre la minilaparoscopia y laparoscopia convencional⁽¹⁵⁾. Tuvimos la oportunidad de

compartir con el Dr Carvahlo y conocer los detalles de su técnica, lo que nos impulsó a utilizarla.

En nuestra casuística, logramos tiempos quirúrgicos comparables con la literatura, el uso de analgésicos fué prácticamente hospitalario, con una recuperación no mayor de 5 días y los pacientes manifestaron el 100% de satisfacción por los resultados cosméticos.

La técnica Mini Laparoscópica en el paciente adecuado y dominando la técnica quirúrgica es segura, con excelentes resultados en cuanto a recuperación y cosmesis en pacientes que son elegibles para esta. Es indispensable el conocimiento del uso de técnicas de sutura intracorporea por parte del cirujano, y los costos de materiales para poder realizar este procedimiento podría ser más bajo comparado con la cirugía Laparoscópica convencional aunque averiguar esto no fué uno de los objetivos de nuestro estudio.

Por último consideramos que esta técnica quirúrgica es una buena opción para pacientes con enfermedad de la vesícula biliar que será operados electivamente ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tronassen E, Reiertsen O, Andersen OK, Kjaersgard P. *Laparoscopic and open cholecystectomy: a prospective, randomized study.* Eur J surg. 1993; 159:217-221
2. Berggren U, Gorth T, Grama D, et al. *Laprosopic vs open cholecystectomy: hospitalization, sick leave, analgesia and trauma responses.* Br J Surg. 1994; 81:1362-1365.
3. Novitsky Yuri, Kercher K, Cserniach D, et al. *Advantajes of Mini Laparoscopic vs Conventional Lparaoscopic Cholecystectomy: Results of a Prospective Randomized Trial.* Arch Surg 2005, 140 1178-1183.
4. Hosono S, Osaka H. *Minilaprosopic vs Conventional laparoscopic Cholecystecomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.* J Laparoendoscopic & Advanced Surg Techniques, 2007. 17; 191-199.
5. Franklin ME Jr, Jaramillo EJ, Glass JI. *Needlescopic cholecystectomiyy: lesson learned in 10 years of experience.* J Laparoendoscopic Surgery, 2006; 10:43-46.
6. Ngoi S.S., Goh P, Kok K, et al. *Needlescopic or Minisite cholecystectomy.* Surgical Endoscopy, 1999, 13; 303-305.
7. Ecs Lai, Fok M, Chan Ash. *Needlescopic cholecystectomy: prospective study of 150 patients.* Hong Kong Med J 2003,; 9: 238-42.
8. Hosono Shunsuke, Osaka Hirohisa. *Minilaparoscopic vs Conventional Laparoscopic Cholecystectomy: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials.* Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques 2007;17:191199.
9. Novitsky Yuri, Kercher Kent, Czerniach Donald, et al. *Advantages of Mini- Laparoscopic vs Conventional Laparoscopic Cholecystectomy: Results of a Prospective Randomized Trial.* Arch Surg 2005;140:1178-1183
10. Carvalho Gustavo, Silva Frederico, Silva José, et al. *NEEDLESCOPIC Cliplless cholecystectomy as*

- an efficient, safe, and Cost effective alternative with diminutive scars. The first 1000 cases. Surg Laparosc Endosc Percutan tech. 2009;19:368 -372.*
- 11 Morrow Se, Newman Kd. *Current Management of Apendicitis. 2007;Semin Pediatr Surg 16: 34-40.*
 - 12 Kurzer M, Belsham PA, Kark AE. *Tension-Free mesh repair of umbilical hernia as a day case using local anesthesia. Hernia; 2004, 8: 104-107.*
 - 13 Marwah S, Marwah N, Sing M, et al. *Addition of rectus sheath relaxation incisions to emergency midline laparotomy for peritonitis to prevent fascial dehiscence. World J Surg 2005; 29: 235-239.*
 - 14 Blinman T. *Incisions do not simply sum. Surg Endosc. 2010; 24:1746-51.*
 - 15 López de Carvahilo G, Totti L. *Can mathematic formulas help us with our patients. Surgical Endosc 2010; 25:336 337.*