

Cirugía Laparoscópica en el Servicio de Cirugía General N° 4 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

*Juan Bautista Iturrizaga**
*Carlos Benavides Z.***
*Dante Castro N.***
*José De Vinatea***
*Víctor Díaz R.***

*Luis Villanueva A.***
*Luis Ríos G.***
*Roberto Valderrama B.***
*Víctor H. Torres C.***
*Víctor Gálvez****

RESUMEN

El tratamiento quirúrgico de las vías biliares, será tema de comunicación científica constante tanto en congresos, revistas, simposiums, etc., de acuerdo con la aparición de nuevos procedimientos. Actualmente somos testigos y protagonistas de acontecimientos que están sucediendo en los últimos 10 años y que están cambiando los conceptos clásicos del tratamiento Quirúrgico de patologías del Aparato Digestivo.

Es en mérito de estos cambios que comunicamos nuestras primeras experiencias de 157 casos de Cirugía Laparoscópica realizadas en nuestro servicio y de éstos, 153 fueron Colectectomía, una Esplenectomía, una Cirugía de Hernia de Morgagni, una Vagotomía Troncular Bilateral Supra-diafragmática por toracoscopía y otra exploración y biopsia de Tumor Hepático. Asimismo, en uno de nuestros pacientes el estudio ecográfico pre-operatorio reveló, presencia de Polipo Vesicular cuyo estudio anatomopatológico determinó un adenocarcinoma in situ.

Queremos expresar también que además de la mínima acción traumática que sufre el paciente en relación con la cirugía convencional, ha sido sorprendente la recuperación rápida de los pacientes y su reincorporación a sus centros de trabajo debido, fundamentalmente, a la baja morbilidad que ocasiona este procedimiento.

Estamos convencidos que están abiertas las puertas de una nueva era de la cirugía contemporánea.

SUMMARY

Surgical treatment on biliary tract, will be theme of constant scientific communication in congresses, magazines, simposiums, etc. in order with the apparition of new proceedings. We are now deposeders and performers of events that are taking place on the last 10 years and which are changing the classic concepts of the pathologic surgical treatment from Digestive armature.

In merit of this changes, we tell you our first experiences from 157 cases of Laparoscopy surgery, made in our service, and from those, 153 were Cholecistectomy, an esplenectomy, a Morgagni hernia surgery, a Supra diafragmatic troncular bilateral vagotomy by toracoscopy and other exploration and biopsia of hepatic tumour. Therefore, in one patient, the pre-operative ecografy studies exposed polipo vesicular and its study about anatomopatology was an adenocarcinoma in situ.

The minimum traumatic action that patients resist respect with conventional surgery; it has been extraordinary the rapid recuperation to their work centers caused by the low morbidity in this proceeding.

**Jefe de Servicio-Cirugía 2A-Oeste - Hospital Nacional G. Almenara, Lima-Perú.*

***Médicos de Servicio y Asistentes*

****Médico Residente*

I INTRODUCCION

La inquietud del hombre a través del tiempo, ha sido la de explorar lo que encierra en sus entrañas. Esta inquietud se inicia desde tiempos inmemorables; así la historia relata, que por los años 936 a 1013 de la era cristiana un árabe, Albukasin, por primera vez usa luz reflejada para inspeccionar órganos internos. A comienzos del siglo XIX (1805), Philipp Bozzini introduce un endoscopio rígido que denominó fuente de luz. Siguieron posteriormente Stein (1874), Helling, Jacobens, Fevres, Hopkins, Hirschovitz, etc.

En 1973, Semn en Alemania y Mouret en Francia, casi simultáneamente, el primer órgano que extirparon fue el apéndice cecal. A pesar de esta experiencia positiva, es abandonado este valioso aporte y no tuvo mayor difusión de su aplicación.

Posteriormente, la inquietud médica permite buscar métodos no tan traumáticos, ni antiestéticos y ni con hospitalizaciones prolongadas.

Entre estos estaban la Litotripcia con ultrasonido; la aplicación de sustancias disolventes de cálculos como el Eter-Metil-Terbutílico (EMTB), que se inyecta percutáneamente dentro de la vesícula biliar para disolver cálculos de colesterol; asimismo se emplea la mono-octanoína, etc. Todos ellos tuvieron muchos detractores y fracasaron en sus resultados.

En respuesta a estas críticas, los cirujanos empezaron a realizar operaciones de vías biliares con mini-laparatomías, especialmente en Francia, y después de una experiencia dilatada con esta técnica se redujo las hospitalizaciones prolongadas.

Posteriormente, Mouret en 1987 en Francia (Lyon), quien tenía una gran experiencia en cirugía ginecológica y apéndice cecal, realiza la primera colecistectomía laparoscópica. Seguidamente Francois Dubois en 1988, regla y perfecciona la técnica y la difunde por el mundo; abriéndose de este modo, una nueva etapa de la cirugía contemporánea.

En EE.UU. Reddick, en Nashville y D.O. Ollsen, publican sus primeras experiencias.

Ya en 1990, las tremendas ventajas de esta cirugía disminuye los costos de operación y la reincorporación precoz de los pacientes a sus actividades diarias.

En nuestro Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, la inquietud por esta técnica cala en los cirujanos jóvenes; quienes buscan fuera del país su capacitación en este campo; y con el aprendizaje adquirido,

nuestro hospital se pone a la vanguardia en el IPSS, con la realización de la primera operación con este procedimiento, en Setiembre de 1991; siendo nuestro servicio en donde se realiza la primera COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA, con la participación de los Drs.: Felipe Aguilar, Luis Villanueva, José de Vinatea y Gustavo Salinas. El resultado fue un éxito completo y de este modo se abren de par en par las puertas de una nueva era de la cirugía en nuestro Hospital.

Después de una experiencia de año y medio en nuestro servicio, el grupo de cirujanos que lo conforman, dan a conocer sus experiencias en 150 casos de Cirugía Laparoscópica.

El propósito de esta comunicación es exponer nuestros resultados y ser ustedes, nuestros estimados colegas, quienes juzguen los logros obtenidos.

II MATERIAL Y METODOS

Nuestra casuística comprende 157 pacientes operados con Cirugía Laparoscópica en el lapso de 18 meses (1992-1993).

De estos 157 casos: 153 corresponden a colecistectomía; una a esplenectomía; otra a cura quirúrgica de hernia de Morgagni, una a laparoscopia exploradora por tumor de hígado y una última toracoscopía para vagotomía troncular supradiafragmática por úlcera duodenal.

Para el análisis de nuestros resultados, hemos revisado los datos consignados cuidadosamente en los archivos de nuestro servicio; de las historias clínicas proporcionadas por el archivo General del Hospital y fundamentalmente por el análisis y comentarios que se hacen en el servicio de cada paciente operado por esta técnica.

Asimismo, hemos revisado en forma cuidadosa la bibliografía que sobre este tópico existe, y es realmente sorprendente el avance extraordinario que se ha alcanzado en otros países.

Para obtener una mayor claridad en la exposición, hemos considerado plasmarlos en 14 parámetros de referencia sobre nuestros logros.

De otro lado, como una observación panorámica de lo acontecido en estos 2 últimos años en cirugía de vías biliares, observamos cómo la cirugía laparoscópica está desplazando a la cirugía convencional.

A continuación, observemos los siguientes cuadros:

OPERACIONES DE VESICULA BILIAR EN 1991

100 casos

Colecistectomía Convencional (electiva) por Colecist. Crónica	62 casos	62%
Colecistectomía Convencional (no elect.) por Colecist. Aguda.....	34 casos	34%
Colecistectomía Laparoscópica (elect.) por Colecist. Crónica.....	04 casos	4%

OPERACIONES DE VESICULA BILIAR EN 1992

218 casos

Colecistectomía Convencional (electiva) por Colecist. Crónica.....	99 casos	45.49%
Colecistectomía Laparoscópica (elect.) por Colecist. Crónica	67 casos	30.5 %
Colecistectomía Convencional (no elect.) por Colecist. Aguda.....	48 casos	22.0 %
Neoplasia de la vesícula Biliar.....	04 casos	2.2 %

CIRUGIA CONVENCIONAL Y LAPAROSCOPICA EN VESICULA BILIAR Y DE OTRAS PATOLOGIAS EN LOS 5 PRIMEROS MESES DEL AÑO 1993

129 casos

Colecistectomía Laparoscópica (elect.) por Colecist. Crónica.....	82 casos	58.99%
Colecistectomía Convencional (elect.) por Colecist. Crónica.....	36 casos	25.88%
Colecistectomía Convencional (no elect.) por Colecist. Aguda.....	21 casos	14.89%
Esplenectomía Laparoscópica (Esferocitosis).....	01 casos	0.71%
Cura Quirúrgica de Hernia Morgagni.....	01 casos	0.71%

Como podemos observar, nuestros primeros 4 casos de cirugía laparoscópica, lo realizamos en el año 1991; posteriormente, en el año '92 con mayor experiencia, se realiza de los 218 casos, 67 colecistectomías laparoscópicas y en los cinco primeros meses del presente año, la colecistectomía laparoscópica pasa al primer lugar como procedimiento quirúrgico de esta patología. Asimismo esta técnica se amplía para otras patologías como observamos en el último cuadro.

Cuadro Nº 1
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
153 CASOS (1992-1993)

SEXO	TOTAL	%
Femenino	108	70.58
Masculino	45	29.41

III RESULTADOS

El estudio de nuestros 157 pacientes por cirugía laparoscópica lo plasmamos en 14 datos.

Siendo la colecistectomía laparoscópica la de mayor volumen (153 casos), nuestro estudio se va a referir preferencialmente a ella y las otras cuatro, sólo lo exponemos como un avance más en esta cirugía.

En el Cuadro N° 1 observamos una alta incidencia en el sexo femenino de esta patología como lo refieren las estadísticas mundiales.

En el Cuadro N° 2 hemos encontrado alta incidencia entre la tercera y sexta década; siendo de 30 a los 50 años (55%) las edades de mayor frecuencia y donde la actividad y la productividad del hombre es intensa.

Cuadro N° 2 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
EDAD	TOTAL	%
21 a 30 años	12	7.84
31 a 40 años	34	22.22
41 a 50 años	50	32.67
51 a 60 años	29	18.95
Más de 61	28	18.30

El diagnóstico definitivo de los casos estudiados, fue durante el acto operatorio y en el post-operatorio.

En el Cuadro N° 3 encontramos en 5 pacientes colecistitis aguda y en 18, sub-agudas. Habiéndose realizado la operación indicada sin contratiempo alguno. Consideramos que tanto en los procesos agudos y sub agudos no hay contraindicaciones para aplicar esta técnica, salvo en casos excepcionales, como una gangrena vesicular o perforación con peritonitis.

Cuadro N° 3 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO	TOTAL	%
Agudo	05 casos	03.26
Subagudo	18 casos	11.76
Colecistitis Crónica	126 casos	82.35
Otros (Polipo Vesicular Esclero-Atr.)	4 casos	02.61

Cuadro N° 4 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
OPERACIONES	TOTAL	%
Cole-Lap Pura	136	88.88
Cole-Lap mas	17	11.11
Liberación de Adherencias	10	
Hernia Umbulical	04	
Hernia de Morgagni	01	
Eventración Abdominal	01	
Conversión de Cole-Lap a cirugía convencional	05	

En el cuadro N° 4 observamos que en el 89% de pacientes se realizó colecistectomía laparoscópica ideal. En 17 (11%), se acompañó de operaciones complementarias necesarias por los hallazgos en el acto operatorio. Creemos que por el alto porcentaje de adherencia que se encontró en 10 pacientes, consideramos que esta técnica es un buen procedimiento para los pacientes que tienen síndrome adherencial.

La Colangiografía Intra-Operatoria, es un procedimiento necesario en la cirugía convencional, si los hallazgos y el cuadro clínico lo amerita. Esta indicación debe también ser tenida en cuenta en lo que respecta a la cirugía laparoscópica.

Cuadro N° 5 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
COLANGIOGRAFIA INTRA-OPERACION (CIO)	Total	%
Si	11	7.18
No	142	92.81

En el Cuadro N° 5, la baja incidencia de este procedimiento (7.18%), se debe a que existió una selección pre-operatoria como lo establece el protocolo en nuestro departamento.

De los 11 pacientes a los que se practicó colangiografía intraoperatoria, en uno resultó positivo, el cual tuvo que ser sometido a una papilotomía endoscópica.

Cuadro N° 6 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
DRENAJES	Total	%
Si	08	5.22
No	145	94.77

El empleo de drenaje en nuestra casuística fue un procedimiento necesario en pacientes en la que se encontró adherencias a nivel del lecho vesicular. Se emplearon drenes semi-rígidos de polietileno, de 4 a 3 mm. de diámetro, como drenes de seguridad; en ninguno de ellos hubo bilirragia.

Las cinco conversiones a cirugía convencional, fueron por hallazgos operatorios de colecistitis crónica complicada, que fueron difíciles de resolver por esa técnica.

Cuadro N° 7 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
CONVERSION A CIRUGIA CONVENCIONAL		
	TOTAL	%
Si	06	3.92
No	147	96.07
Causas de la Conversión:		
Fístula Colecisto-Coledociana (Síndrome de Mirizzi 2)		02 casos
Vesícula Esclero-Atrófica y Exploración de vías biliares		01 caso
Fístula Colecisto-Duodenal		01 caso
Fístula Colecisto-Gástrica		01 caso
Toracoscopia a toracotomía por úlcera duodenal		01 caso

Creemos y recomendamos, que frente a los hallazgos referidos en el cuadro N° 7, lo más adecuado es hacer la conversión para evitar, en primer lugar, su innecesario tiempo operatorio prolongado, y en segundo lugar, ocasionar lesiones yatrogénicas en las vías biliares.

En lo que respecta a la conversión de la toracoscopia a toracotomía abierta, fue debido a que la vagotomía troncular supra-diafragmática no pudo ser realizada por no ser ubicado el vago posterior.

Consideramos que el tiempo operatorio no es de trascendencia en el acto operatorio. Creemos que lo fundamental es la realización de un buen procedimiento quirúrgico que redunde en un resultado positivo.

Cuadro N° 8 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
TIEMPO OPERATORIO	TOTAL	%
= o menos de 60 minutos	39	25.49
61 a 120 minutos	78	50.98
Mayor de 120 minutos	36	23.52

En el cuadro N° 8 encontramos casi en el mismo porcentaje el tiempo operatorio menor de 60 minutos (25.49%) y los realizados en más de 2 horas (23.52%), que es lo usual también en la cirugía convencional, lo que expresa que tanto en una como en la otra, hay casos difíciles y fáciles.

Asimismo, consideramos que hay también una relación entre el tiempo operatorio y la habilidad del cirujano.

Cuadro N° 9 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
REOPERACIONES	TOTAL	%
Si (Litiasis Coledociana) Recuperación Cirugía Convencional diferida	01	0.65
No	152	99.34

En nuestra casuística, (Cuadro N° 9) no hubo ninguna reoperación inmediata por alguna complicación operatoria. El único caso que se anota en el cuadro, fue una reoperación diferida para cirugía convencional en el paciente que se mencionó anteriormente, quien a la colangiografía, reveló presencia de un cálculo en el colédoco. Se consideró que era tributario de una papilotomía endoscópica para la extracción del cálculo con una sonda de Dormia, la que no fue satisfactoria. Esto determinó a realizar una laparotomía para la exploración de vías biliares; no encontrándose durante el procedimiento, lo que sospechamos, creemos la papilotomía endoscópica favoreció la fuga del cálculo hacia el duodeno.

Cuadro N° 10 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
ESTANCIA PRE-OPERATORIA	Total	%
Menor de 1 día	121	79.08
De 1 a 2 días	12	7.84
Mayor de 2 días	20	13.07

Según el Cuadro N° 10 el 80% de nuestros casos, la estancia pre-operatoria fue de menos de un día, estos pacientes ingresaron a hospitalización en el día anterior a las 17 y 18 horas; y al día siguiente fueron operados a las primeras 8 horas. Algunos tuvieron una hospitalización un poco más prolongada, porque eran pacientes procedentes de provincias, y que requerían un estudio selectivo pre-operatorio.

Cuadro N° 11 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
ESTANCIA POST-OPERATORIA	TOTAL	%
Menor de 1 día	22	14.37
Menor de 2 días	61	39.85
Menos de 3 días	48	31.57
Menor de 4 días	13	8.49
Mayor de 4 días	9	5.88

El análisis del Cuadro N° 11 nos permite encontrar coincidencia entre nuestros hallazgos y con la estadística de otros centros de mayor experiencia, ya que se considera como rango aceptable entre 1 a 3 días de estancia post-operatoria. Nosotros encontramos en el 86% este rango entre nuestros pacientes. En nuestros primeros casos, la permanencia post-operatoria fue relativamente alta para este tipo de cirugía debido a que recién estábamos adquiriendo experiencia.

Creemos que con una mejor organización de hospitalización y la transferencia de pacientes a sus domicilios, podría lograrse en menor tiempo de permanencia hospitalaria con este procedimiento.

Dentro de las complicaciones operatorias consideradas (Cuadro N° 12), la acidosis metabólica fue la más delicada, siendo las restantes, de menor cuantía y que no crearon problemas en la recuperación del paciente.

Otras complicaciones menores, fueron en el post-operatorio inmediato, de fácil solución.

Cuadro N° 12 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
COMPLICACIONES	TOTAL	%
Si	06	3.92
Ninguna	147	96.07
COMPLICACIONES OPERATORIAS		
Filtración Biliar		03 casos
Hematoma de Pared		01 caso
Enfisema Subcutáneo		01 "
Acidosis Metabólica		01 "
OTRAS COMPLICACIONES		
Homalgia		03 casos
Vómitos		02 "
Traqueobronquitis		01 caso
Neumonía Basal		01 "

Queremos aquí referirnos a un recurso quirúrgico que muchos cirujanos de nuestro servicio emplearon durante la introducción de CO₂ y fue el neumoperitoneo abierto, para una mayor seguridad, y de esa manera evitar una complicación seria.

Cuadro N° 13 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA 153 casos (1992-1993)		
ALIMENTACION	TOTAL	%
Precoz antes de las 12 horas	131	85.62
Tardía 24 horas	22	14.37

En el 86% de nuestros operados (Cuadro N° 13), la alimentación fue reestablecida antes de las 12 horas, en especial con la cirugía laparoscópica ideal.

Creemos que es importante instruir al paciente en la recepción temprana de sus alimentos, debido a que muchos de ellos resisten ingerir alimentos precozmente, lo que crea un atraso en su recuperación.

Cuadro N° 14
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
153 casos (1992-1993)

MORTALIDAD	TOTAL	%
No	153	100
Si	0	0

Es conveniente aconsejar a los cirujanos generales, que el conocimiento y la experiencia de la cirugía de vías biliares, adquirida con la cirugía convencional, es requisito fundamental para su aplicación en cirugía laparoscópica. En caso contrario, podría ocasionar alta morbilidad y mortalidad.

Cuadro N° 15
CIRUGIA LAPAROSCOPICA EN OTRAS
PATOLOGAS
(1992-1993)

Vagotomía Truncular Supradiaphragmática por Toracoscopía	1 caso
Esplenectomía Laparoscópica	1 "
Cura Quirúrgica de Hernia de Morgagni	1 "
Exploración y Biopsia de Tumor Hepático	1 "

De los 153 pacientes de cirugía laparoscópica, 4 correspondieron a operaciones por diferentes patologías, como se observa en el cuadro N° 15.

La cirugía laparoscópica en nuestros días, está avanzando en forma extraordinaria, abarcando otras patologías diferentes a las vías biliares.

Nosotros estamos en ese camino y creemos que con la adquisición de instrumentos adecuados para la cirugía de otras patologías, permitirán adquirir mayor experiencia con patologías quirúrgicas, gástricas, intestinales, pancreáticas, colónicas, etc.

El presente cuadro expresa un avance de esta intención que creemos que, con un tiempo prudencial, podremos realizar operaciones más complejas con esta técnica.

IV DISCUSION

La Colelitiasis es una enfermedad muy frecuente en la sociedad actual, cuya incidencia es mayor conforme avanza la edad, y la colecistectomía sigue siendo la operación de más alta incidencia en los Hospitales Generales.

Se calcula que en los EE.UU. de Norteamérica, más de 20 millones de adultos, adolecen de enfermedad vesicular, realizándose anualmente un promedio de 500 mil colecistectomías (2) (11).

En nuestro medio también existe una alta incidencia; así lo expresan las estadísticas mensuales y anuales en nuestro servicio.

La regla de oro del tratamiento de la Colelitiasis, aceptada universalmente, es la colecistectomía. Pero la inquietud médica ha ideado una serie de procedimientos no quirúrgicos para tratar esta enfermedad, como el uso de disolventes de cálculos de colesterol; la litotricia percutánea; el uso de ultrasonido, etc.; todos ellos sin resultados satisfactorios (9).

En los últimos 5 años, la colecistectomía convencional, ha sido cuestionada por ocasionar una considerable morbilidad y prolongadas hospitalizaciones y que económicamente repercuten en la Institución.

Para evitar estos inconvenientes, se ideó la mini-laparatomía o incisiones pequeñas, que ocasionaban menos molestias. Asimismo, en este quinquenio también es donde se desarrolló una nueva técnica de la colecistectomía, que es la laparoscópica; y de este modo se inicia un nuevo capítulo en la historia de la cirugía contemporánea.

En nuestro Hospital, esta técnica la estamos aplicando desde hace año y medio, y lo iniciamos en el año 1991, en la que se realizó 4 operaciones de 100 casos de Colecistitis Crónica. En el siguiente año, 67 cole-lap de 218 colecistectomías, y en el año 1993, en los 5 primeros meses se realizó 82 cole-lap (59%) de 129 Colecistectomías.

Notamos pues una curva ascendente en el empleo de la colecistectomía laparoscópica, desplazando a la cirugía convencional a cifras reducidas.

Esta experiencia adquirida en el lapso de 18 meses, nos motivó a la realización de la presente comunicación, analizando el resultado de 153 casos de cole-lap y 4 de otras patologías, como la úlcera péptica, bazo, hernias internas como procedimiento de diagnóstico.

V RESULTADOS

Nuestros resultados son los siguientes:

Predominó el sexo femenino (70%); la edad tuvo una variación de 23 a 91 años; siendo la tercera y sexta década, la de mayor predominancia (79%). En el 18% de los casos, fue por colecistitis aguda y subaguda. Creemos que la colecistectomía laparoscópica en casos agudos no es una contraindicación, salvo casos especiales. De los 153, en 17 (11.1%) se realizó además de la colelap., operaciones complementarias, entre ellas las de mayor incidencia, la liberación de adherencias.

La Colangiografía intraoperatoria se realizó en 11 casos (7.18%). Creemos que este procedimiento debe ser empleado más frecuentemente, para evitar litiasis residual, por demasiada confianza en el estudio selectivo pre-operatorio (6).

Es importante consignar aquí que a pesar del estudio pre-operatorio selectivo, se encontraron patologías biliares complicadas, que indujo al cirujano a realizar una conversión a cirugía convencional para evitar lesiones iatrogénicas intra-operatorias. Tuvimos dos casos de Síndrome de Mirizzi, tres fístulas bilio-digestivas, y una esteroartrítica. En cuanto al tiempo operatorio, en el 25% fueron menos de 60 minutos y en la misma proporción, más de 60 minutos. Creemos que el tiempo operatorio no debe limitar al cirujano para realizar una operación ideal.

En la serie de Reddick (10) (12) el tiempo en sus primeros 25 casos, fue de 95 minutos, con una estancia hospitalaria de 1.96 días. En la serie de Peters (8) el tiempo operatorio en sus casos iniciales, fue de 122 minutos, y ahora es de 38 minutos. No tuvimos ningún tipo de reoperación inmediata por complicación; pero sí una reoperación diferida por litiasis residual.

El tiempo de permanencia pre-operatoria, fue menos de 24 horas en el 80% de los casos.

Asimismo, en el 14.27% de los operados, permanecieron menos de 24 horas en hospitalización.

Consideramos que estos dos últimos hallazgos, nos permite recalcar las ventajas económicas que favorecen a la Institución.

En cuanto a las complicaciones (5), fueron de mínima cuantía y de poca trascendencia en nuestros pacientes, siendo la acidosis metabólica por hipercapnia, la más delicada.

La alimentación fue reestablecida precozmente antes de las 12 horas en el 86%.

No tuvimos ninguna mortalidad.

Nuestra experiencia también abarcó a otras Patologías (4), diferente a las vías biliares, y cuya realización es propósito mediato de nuestro servicio.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- R.W. BAILEY et al Laparoscopic Cholecystectomy Am. Surg. 214-531, 1991.
- 2.- A CUSCHIER (Escocia), F. Dubois (Francia), P. Mourat (Francia), H. Becker G. Bues (Alemania), The European Experience with Laparoscopic Cholecystectomy. American Surg. 1991. 161: 385.
- 3.- A Cuschiesi minimal Acces surgery and future of interventional Laparoscopy, American J. of surgery, 1991. 161: 404.
- 4.- B. DALLEMAGANE et al Laparoscopic Nissen Fundoplication surgical Laparoscopy and Endoscopy 1991. 1: 138.
- 5.- GABNETO UJ Mc GEE GE. HATTEN LE. et al Justification for routine Cholangiography during Laparoscopy Cholecistectomy surg. Laparoscopia Endoscop. 1991. 1: 89.
- 6.- JEFFREY PONSKY complications of Laparoscopy Cholecistectomy. American J. surgery 161: 393, 1991.
- 7.- H.M. LAZARAS: Pneumoperitoneum mode safe or Reliable or Laparoscopic surgery.
- 8.- PERISSAT J. COLLET D., BELLIARD R. Gacestrones Laparoscopy Treatment Cholecistectomy and Lithotripsy and surgery Endosc. 1990. 4: 1.
- 9.- PETERS JH. ELLISON EC JONES JT et al safety and Efficacy of Laparoscopic Cholecistectomy A. prospective analysis of 100 casos. An surg. 213:3, 1991.
- 10.- REDDICK, EJ OLSEN DQ Laparoscopic Cholecistectomy Clinical up date 1990. N° 31 - Jan.
- 11.- REDDICK, EJ. OLSEN DO. Laparoscopic Cholecistectomy Clinical up date 1990. N° 31-Jan.
- 12.- REDDICK, EJ. OLSEN DO. Laparoscopy for the general surgeon Laparoscopic Cholecistectomy and apendicectomy Karl Storz Grubh company Tuthengen west Germany 1990.
- 13.- J.M. SACLOER Elective diagnostic Laparoscopy AM. J. surg. 1991. 161: 326.