



ORIGINAL

Factores prequirúrgicos asociados con dificultades técnicas de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda

Y.E. Izquierdo^{a,*}, N.E. Díaz Díaz^b, N. Muñoz^c, O.E. Guzmán^a, I. Contreras Bustos^a y J.S. Gutiérrez^a

^a Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D.C., Colombia

^b Servicio de Radiología, ESE Hospital El Tunal nivel III, Bogotá D.C., Colombia

^c Servicio de Cirugía, ESE Hospital El Tunal nivel III, Bogotá D.C., Colombia

Recibido el 7 de marzo de 2017; aceptado el 19 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Colecistectomía laparoscópica;
Conversión a cirugía abierta;
Ultrasonido;
Colecistitis aguda

Resumen

Objetivo: Identificar en pacientes con colecistitis aguda (CoA) los factores preoperatorios asociados con el tiempo quirúrgico y con la conversión de colecistectomía laparoscópica (CL) a cirugía abierta.

Método: Se realizó un estudio transversal que incluyó 99 pacientes mayores de 17 años con diagnóstico definitivo de CoA tratados con CL. Se registraron variables prequirúrgicas, como datos clínicos, valores de laboratorio y hallazgos ecográficos como el grosor de la pared de la vesícula, el volumen vesicular y la presencia de: líquido perivesicular, colelitiasis múltiple o barro biliar. Se consideraron medidas indirectas de dificultad técnica de la CL, el tiempo quirúrgico empleado y la necesidad de conversión a cirugía abierta. Se utilizaron las pruebas de ji-cuadrado o U de Mann-Whitney para establecer la relación entre las variables prequirúrgicas y aquellas indicativas de dificultad técnica. Se construyeron curvas ROC (Receiver Operating Characteristic) de las variables con asociación estadística significativa ($p \leq 0,05$ e intervalo de confianza del 95% [IC95%]) para determinar los puntos de corte de mejor rendimiento para predecir la conversión de CL a cirugía abierta.

Resultados: Un grosor de la pared vesicular ≥ 6 mm detectado por ultrasonido tiene una odds ratio de 11,71 (IC95%: 1,38-99; $p = 0,008$), con una sensibilidad del 87,5% y una especificidad del 62,6% para predecir la conversión a cirugía abierta. No hubo relación entre el tiempo quirúrgico y las variables prequirúrgicas evaluadas.

Conclusión: El grosor de la pared de la vesícula biliar detectado por ultrasonido se asocia con la necesidad de conversión de la CL a cirugía abierta en pacientes con CoA.

© 2017 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yeaguirrei@unal.edu.co (Y.E. Izquierdo).

<https://doi.org/10.1016/j.rx.2017.10.009>

0033-8338/© 2017 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cholecystectomy;
Laparoscopic;
Conversion to open
surgery;
Ultrasonography;
Cholecystitis, acute

Preoperative factors associated with technical difficulties of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis

Abstract

Objective: To identify preoperative factors associated with surgical time and conversion of the laparoscopic cholecystectomy (LC) to open surgery in subjects with acute cholecystitis (AC).

Method: We developed a cross-sectional study that included 99 subjects older than 17 years with definitive diagnosis of AC who had undergone to LC. Preoperative variables such as clinical data, laboratory markers and ultrasound findings as wall thickness, the size of the major calculus and the presence of: perivesicular fluid, multiple cholelithiasis, biliary mud or microlithiasis were registered. We consider indirect measures of technical difficulties of LC the total surgical time and the need for conversion to open surgery. We used the square chi and Mann-Whitney U test to establish the correlation between preoperative variables and the technical difficulties of LC. We build ROC curves of the variables with significant statistical association ($p \leq 0.05$ and 95% confidence interval [95%CI]) to determine the cut-off points of better sensitivity and specificity to predict conversion of LC to open surgery.

Results: A gallbladder wall thickness ≥ 6 mm detected by ultrasound has a sensitivity of 87.5% and a specificity of 62.6% with OR 11.71 (95%CI: 1.38-99; $p = 0.008$) for predict conversion to open surgery. There was no relationship between surgical time and the preoperative evaluated variables.

Conclusion: The gallbladder wall thickness detected by the ultrasound is associated with the need of conversion of LC to open surgery in subjects with AC, furthermore this finding could warn the surgeon on the complexity with a particular patient.

© 2017 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La colecistitis aguda (CoA) es el proceso inflamatorio agudo de la pared de la vesícula biliar secundario a litiasis en el 95% de los casos^{1,2}. De acuerdo con las Guías de Tokio 2013 para colangitis y CoA³, se considera diagnóstico definitivo de CoA la presencia concomitante de signos inflamatorios locales en el cuadrante abdominal superior derecho, signos de respuesta inflamatoria sistémica y hallazgos típicos por imagen de CoA.

La imagen de aproximación inicial ante la sospecha diagnóstica de CoA es el ultrasonido (US). El diagnóstico de CoA por ecografía se basa en la combinación de hallazgos ecográficos, dado que no existe un signo patognomónico⁴. Los hallazgos descritos típicamente en la CoA son la presencia de un cálculo biliar impactado o de líquido perivesicular, la sobredistensión vesicular, el engrosamiento o aumento del flujo de la pared de la vesícula, y el signo de Murphy ecográfico positivo⁴. La concomitancia de varios de estos hallazgos ecográficos alcanza una sensibilidad del 88% y una especificidad del 80% para el diagnóstico de CoA⁵.

El tratamiento de elección en la CoA es la colecistectomía laparoscópica (CL), dado el menor dolor posoperatorio, la estancia hospitalaria más corta y, por ende, el menor costo en comparación con el abordaje abierto^{6,7}. Una desventaja de la CL frente a la cirugía abierta es el mayor riesgo de lesión de la vía biliar⁸; de hecho, evitar una lesión iatrogénica es la principal razón para convertir la CL a cirugía abierta⁸⁻¹¹.

La tasa de conversión de CL a cirugía abierta oscila entre el 5% y el 29,4%^{12,13}, y depende de dos tipos de condiciones: las no asociadas al paciente, como la experiencia del cirujano, y las inherentes al paciente, como la inflamación

importante del lecho vesicular que aumenta la dificultad para identificar o disecar las estructuras anatómicas. Definir el impacto de las condiciones previas a la CL es el primer paso para establecer estrategias encaminadas a disminuir la tasa de conversión de CL a cirugía abierta en cada hospital¹³.

El objetivo de este trabajo fue identificar, en pacientes con CoA, los factores preoperatorios asociados a un tiempo quirúrgico prolongado o la conversión de CL a cirugía abierta.

Método

Previo autorización del comité de ética de nuestro hospital, se realizó un estudio observacional, analítico y retrospectivo, por lo cual no se requirió consentimiento informado.

Pacientes

Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes llevados a CL en nuestra institución entre el 15 de septiembre de 2015 y el 15 de octubre de 2016. Se definieron como criterios de inclusión: edad mayor de 17 años y diagnóstico definitivo de CoA de acuerdo con las Guías de Tokio para colangitis y CoA de 2013^{3,14} (tabla 1). Se excluyeron los individuos sometidos a colangiografía intraoperatoria, dado que este procedimiento implica un tiempo quirúrgico adicional no relacionado con dificultades técnicas de la CL. También se descartaron los pacientes operados en un horario entre las 19:00 h y las 6:59 h (horario nocturno), con el fin de evitar un sesgo de confusión relacionado con la prolongación del tiempo de cirugía secundario a fatiga del cirujano. Por

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8824731>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8824731>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)