



Colecistectomía Laparoscópica difícil: tratamiento quirúrgico


The surgical management of difficult Laparoscopic Cholecystectomy



Núñez, Bárbara; De Angelis, Blanca; Rodríguez, Eduin

 Bárbara Núñez
banf781985@gmail.com
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Blanca De Angelis
bdeangelis17@gmail.com
Hospital Universitario de Caracas, Venezuela

 Eduin Rodríguez
eduinurr@gmail.com
Universidad Central de Venezuela, Venezuela

Revista Digital de Postgrado
Universidad Central de Venezuela, Venezuela
ISSN-e: 2244-761X
Periodicidad: Cuatrimestral
vol. 12, núm. 1, e354, 2023
revistadpmeducv@gmail.com

Recepción: 15 Enero 2023
Aprobación: 08 Febrero 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/101/1013831005/>

DOI: <https://doi.org/10.37910/RDP.2023.12.1.e354>

©Los autores, 2023



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Cómo citar: De Angelis B, Núñez B, Rodríguez E. Colecistectomía Laparoscópica difícil: tratamiento quirúrgico. Rev. Digit Postgrado.2023;12(1):e354.doi:10.37910/RDP.2023.12.1.e354

Resumen: Objetivo: Caracterizar el tratamiento laparoscópico de pacientes con colecistitis difícil en el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas durante el quinquenio 2017-2021. Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal. Muestra de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionada de la base de datos del Departamento de Historias Médicas del Hospital Universitario de Caracas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS en su versión 26. Resultados: se recolectaron 61 Historias Clínicas con características de colecistectomías laparoscópicas difíciles, el grupo etario más numeroso con 67,19%, fue entre 30-59 años; sexo predominante: el femenino con 85,2%; el 42,62% de los pacientes presentaron a su ingreso: litiasis vesicular simple, el cólico vesicular persistente fue la complicación más frecuente con 31,23%. El 65,57% se ubicó en Grado I según Nassar como hallazgo intraoperatorio más frecuente, y según Parkland el 75,40% en grado I, sin individuos afectados con Grado V. Todos los casos fueron tratados quirúrgicamente (colecistectomía laparoscópica total). Conclusión: el total de los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con hallazgos de colecistectomía laparoscópica difícil, se completó mediante colecistectomía laparoscópica total.

Palabras clave: Litiasis vesicular, Colecistectomía difícil, Laparoscopia.

Abstract: Objective: To characterize the surgical treatment of difficult cholecystectomy in the Chair of Clinical and Surgical Therapeutics "A" / Surgery Service I of the University Hospital of Caracas during the five-year period 2017 -2021. Methods: A retrospective, observational, descriptive and cross-sectional study will be carried out. The sample will be of a non-probabilistic type for convenience, selecting from the list of patients in the database of the Department of Medical Records of the Hospital Universitario de Caracas. The statistical analyzes will be carried out with the SPSS program in its version 26. Results: 61 difficult laparoscopic cholecystectomies were observed, the most frequent age group with 67.19%, was between 30-59 years, the female sex with 85.2% was the predominant one. 42.62% of the admission diagnoses were simple gallstones, followed by persistent gallbladder colic as the most frequent complication with 31.23%. 65.57% represent Grade I according to Nassar as the most frequent intraoperative finding and according to Parkland 75.40% represented by grade I, leaving

Grade V without affected individuals. 100% of the sample were surgically treated by total laparoscopic cholecystectomy. Conclusion: the total number of patients undergoing surgical treatment with difficult laparoscopic cholecystectomy findings was completed by total laparoscopic cholecystectomy.

Keywords: Gallbladder lithiasis, Difficult cholecystectomy, Laparoscopy.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento frecuentemente realizado en todo el mundo por cirujanos generales. En un importante número de casos se efectúa en pacientes mayores con inflamación vesicular, lo que pone a prueba los conocimientos y habilidades del cirujano; es fundamental que este conozca las diferentes alternativas al momento de enfrentarse con un caso complejo.

La primera colecistectomía fue practicada el 15 de julio de 1882 por el Dr. Carl Johann August Langenbuch, en el Hospital Lazarus de Berlín, a través de una incisión en el cuadrante superior derecho. Esta técnica se utilizó por más de 105 años como tratamiento de elección ante la litiasis vesicular⁽¹⁾.

El avance tecnológico posterior permitió incorporar la técnica laparoscópica en el tratamiento de las patologías quirúrgicas abdominales y en particular de la patología vesicular litiásica. En 1985, Mühe realizó la primera colecistectomía laparoscópica en Alemania; en 1987, Phillipe Mouret practicó la primera colecistectomía por videolaparoscopia y en 1989, Dubois publicó la primera serie de pacientes operados con esta técnica. En Venezuela, el pionero en la técnica fue el doctor Pablo Briceño Pimentel, en el Hospital Universitario de Caracas, en 1989⁽²⁾

La colecistectomía laparoscópica difícil se refiere a la resección quirúrgica de la vesícula cuando existen algunas condiciones asociadas del mismo órgano, de órganos vecinos o del paciente, que no permiten una disección fácil, rápida y cómoda de la vesícula, y que se traducen en prolongación del tiempo quirúrgico y en aumento del riesgo de complicaciones para el paciente.⁽³⁾

Para constatar el grado de dificultad de la colecistectomía laparoscópica, se utilizó la clasificación de Nassar, la cual cuenta con cuatro grados de dificultad y está basada en la apariencia de la vesícula biliar, la visualización del conducto cístico y la presencia de adherencias. Su importancia radica en clasificar a los pacientes, que pueden presentar mayor tendencia a desarrollar una lesión de la vía biliar por la sumatoria de estos factores⁽³⁾

En la actualidad la colelitiasis es un problema de salud pública mundial, alrededor de un 10 a 15% de la población cursa con esta patología. La prevalencia de esta enfermedad es mayor en países occidentales, sin embargo, en Venezuela, no se cuenta con un registro exacto de este dato. El 20% de esta población presenta síntomas como cólicos vesiculares y tan solo del 1% al 4% presentarán complicaciones como: colecistitis aguda, pancreatitis aguda, coledocolitiasis e incluso íleo biliar.

Esta investigación busca evaluar las circunstancias que hacen que una colecistectomía laparoscópica se pueda considerar como difícil, con el objetivo de dar recomendaciones técnicas que permitan planificar el acto quirúrgico a realizar, es decir, cómo resolver estas dificultades durante la cirugía.

La colelitiasis es uno de los principales motivos de consulta en el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas, que posteriormente requieren intervención quirúrgica. De los pacientes que se llevan a cirugía de manera urgente, cuentan como factores predisponentes para considerarse "difícil": no acudir al centro asistencial para ser evaluado de manera oportuna al inicio de los síntomas, retardo en realizar la operación, fallas en insumos o equipos y escasez de recurso humano en los centros asistenciales al momento de la emergencia, generando como consecuencia la modificación del manejo rutinario. La colecistectomía

difícil representa un reto para el cirujano, sin embargo, si se cuenta con esos elementos, se pueden lograr resultados con menor número de complicaciones.

Antecedentes: En Colombia, en el año 2013, Álvarez et al realizaron un estudio retrospectivo, donde señalaron las opciones de tratamiento en aquellos pacientes cuyas colecistectomías son difíciles, por el grado de inflamación o por las enfermedades subyacentes y que constituyen alternativas de tratamiento viable para la colecistectomía laparoscópica clásica o para evitar la conversión a cirugía abierta. Demostraron la necesidad de una conversión temprana y oportuna antes de tener complicaciones o alteraciones iatrogénicas de la vía biliar u otro órgano vecino.⁽⁴⁾

Quizhpi, G et al (2017) realizaron un estudio con el fin de determinar la prevalencia de colecistectomía laparoscópica difícil y factores asociados, en el “Hospital José Carrasco Arteaga” de Cuenca -Ecuador-; mediante un estudio analítico de corte transversal, en 369 pacientes intervenidos por técnica de colecistectomía laparoscópica, la prevalencia de colecistectomía laparoscópica difícil fue del 8,7% es decir 32 pacientes. Tomando en cuenta que los factores asociados fueron: edad avanzada, género masculino, antecedente de cirugía abdominal, colecistitis aguda leve, colecistitis aguda moderada, colecistitis aguda grave; se concluyó que la colecistectomía laparoscópica difícil, se relaciona significativamente con todos los grados de colecistitis aguda, el antecedente de cirugía abdominal, el género masculino y la edad avanzada⁽⁵⁾

En Nicaragua (2018), García B. presentó la incidencia de colecistectomía difícil como hallazgo transquirúrgico en pacientes sometidos a cirugía electiva y de urgencia en el periodo de 2017-2018 en el Hospital Alemán Nicaragüense, en un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal, con muestra conformada por 77 pacientes de ambos sexos, obteniendo que la incidencia de colecistectomía difícil fue del 15%, mayores de 50 años, a predominio del sexo femenino. La fibrosis severa del Trígono Cistohepático fue el hallazgo más significativo en el abordaje de la colecistopatía, y el sangrado la complicación más frecuente, seguida de fuga biliar, con un rango promedio de estancia postquirúrgica de los pacientes de 3 a 5 días; el abordaje más frecuente utilizado para estos casos fue la colecistectomía abierta con 58 pacientes, dejando el abordaje laparoscópico con 19 casos.⁽⁶⁾

En el 2019, Ashfaq et al, de un total de 2212 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica (alrededor del 15% se consideraron difíciles), identificó que 213 pacientes (60,7%) ingresaron desde el servicio de urgencias, 18 pacientes (5,1%) se sometieron a colecistostomías de manera preoperatorias, 70 pacientes (19,9%) se convirtieron a colecistectomía abierta. Dentro de las indicaciones para la conversión incluyeron inflamación/adherencia severa 46,3%, anatomía difícil 20,9% y hemorragia 9,0%. Los criterios de conversión incluyeron intervención urgente/emergente, cirugía abdominal previa, colecistitis necrótica / gangrenosa.⁽⁷⁾

Ibrahim et al., en su estudio realizado en 2019, demostraron de manera retrospectiva que el sexo masculino, la edad avanzada, el Índice de Masa Corporal IMC alto y la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) previa se asocian significativamente con una mayor duración de la operación, e intentaron establecer de manera prospectiva con estas cuatro variables una puntuación que determinara el aumento en el tiempo quirúrgico y así predecir una colecistectomía difícil; planteando que se puede explicar claramente al paciente su enfermedad, sus posibles complicaciones durante el procedimiento quirúrgico, riesgo de colecistectomía subtotal o de conversión a cirugía abierta, así como también poder establecer que se puede abordar un paciente según esta puntuación prequirúrgica⁽⁸⁾.

Nassar et al en 2020, incluyó 8755 colecistectomías laparoscópicas de 166 hospitales del Reino Unido, documentaron que el aumento de la edad, la clasificación de ASA, el sexo masculino, la colecistitis litiásica, la vesícula biliar de paredes gruesas, la dilatación de la vía biliar, la necesidad del uso de CPRE preoperatoria y la colecistectomía de urgencia, son predictores independientes significativos de casos difíciles.⁽³⁾

En Argentina en el año 2020; Carriz et al realizaron un estudio descriptivo, observacional y transversal con los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en un período comprendido de 1 año, determinaron

diferencias en el riesgo de tener colecistectomía difícil según conversión a cirugía abierta en pacientes. La presencia de: diagnóstico de litiasis vesicular sintomática, varones, con recuento de leucocitos $> 12.000 \text{ mm}^3$, con IMC > 30 , presencia de colédocolitiasis, y pared vesicular mayor a 3 mm, son factores que aumentan el riesgo de conversión a cirugía abierta en esta serie de pacientes, además indicaron que es factible y seguro utilizar esta puntuación para determinar aquellos pacientes con mayor riesgo de conversión dado que todos los factores independientes identificados no son modificables.⁽⁹⁾

En 2020 Ortiz J., presentó un análisis retrospectivo de 604 colecistectomías hechas por un mismo equipo quirúrgico en un lapso de 11 años en México, encontrando que en su mayoría eran mujeres con diagnóstico de colecistitis crónica calculosa, conversión a cirugía abierta en solo dos casos y un caso de lesión de la vía biliar, con un promedio de tiempo operatorio de 38 minutos y estancia hospitalaria promedio de 35 horas⁽¹⁰⁾.

Por último, en Paraguay (2022), González R et al., del Hospital Regional de Encarnación, llevaron a cabo una investigación sobre la Experiencia Quirúrgica en la Colecistectomía Laparoscópica Dificultosa, a través de un estudio observacional descriptivo, prospectivo de corte transversal en 62 pacientes adultos de ambos sexos, obteniendo como resultado que el 74% de la muestra era mayor de 50 años, predominando la población femenina con el 65%. El 80,6% eran colecistitis agudas y 19,4% colecistitis crónicas, el 74% de las intervenciones fueron de urgencia mientras que el 26% fueron programadas; el tiempo quirúrgico promedio fue 86 minutos; la valoración intraoperatoria del procedimiento más frecuente según la clasificación de Nassar fue el grado III con 64%, seguido del grado IV con un 23%⁽¹¹⁾.

Colecistectomía laparoscópica difícil. Se define como la resección quirúrgica de la vesícula cuando existen algunas condiciones asociadas al mismo órgano, a sus órganos vecinos o al paciente, que no permiten una disección fácil, rápida y cómoda de la vesícula biliar; las consecuencias son: mayor tiempo operatorio y aumento del riesgo de complicaciones para el paciente⁽⁴⁾. Los factores de riesgo más importantes son: sexo masculino, edad superior a 65 años, obesidad, diabetes mellitus, colecistitis aguda y cirugía abdominal previa⁽¹²⁾.

Otras condiciones a tomar en cuenta, son: historia prolongada de enfermedad vesicular, leucocitosis, perfil hepático y signos sistémicos de sepsis; comorbilidades (cirrosis, hipertensión arterial), hallazgos ecográficos de pared vesicular engrosada, líquido perivesicular, vesícula calcificada o escleroatrófica, cálculos grandes o impactados en el infundíbulo del cuello de la vesícula biliar y dilatación de la vía biliar. También: hepatomegalia, alteraciones anatómicas, cirrosis hepática, fístulas colecisto-intestinales, cáncer de vesícula; finalmente, el disponer de insumos, equipos y recursos humanos capacitados para esta labor.

La clasificación de Parkland es una escala que se creó para determinar el grado de inflamación de la vesícula biliar de manera intraoperatoria, logrando una estratificación precisa y confiable⁽¹³⁾ demostrando y valorándose que el diagnóstico de colecistitis aguda, dificultad quirúrgica, incidencia de tasas de colecistectomía subtotal y abierta, leucocitosis preoperatoria, duración de la operación y tasas de fuga biliar, aumentaban significativamente conforme aumentaba el grado de la clasificación⁽¹⁴⁾.

Grado de Severidad	Descripción
1	Apariencia normal de la vesícula. Sin adherencias.
2	Adherencias menores en el cuello o en la parte inferior de la vesícula.
3	Adherencias mayores en el cuello o en la parte inferior de la vesícula.
4	Presencia de: adherencias que oscurecen la mayor parte de la vesícula; grados I y III con anatomía anormal del hígado, vesícula <u>intrahepática</u> o lito impactado (<u>Mirizzi</u>).
5	Presencia de: perforación, necrosis, imposibilidad de visualizar la vesícula por adherencias.

FIGURA 1.
Escala de Parkland

La clasificación Nassar con cuatro grados de dificultad están basados en la apariencia de la vesícula biliar, la visualización del conducto cístico y la presencia de las adherencias. Su importancia radica en clasificar a los pacientes que pueden presentar mayor tendencia a desarrollar una lesión de la vía biliar por la sumatoria de estos factores. A mayor grado de dificultad mayor riesgo de lesión.⁽³⁾

NASSAR	Vesícula Biliar	Pedículo cístico	Adherencias
GRADO I	<ul style="list-style-type: none"> Laxa, sin adherencias 	<ul style="list-style-type: none"> Claro y delgado 	Simple, al cuello y a la bolsa de Hartmann
GRADO II	<ul style="list-style-type: none"> Mucocele Cargado con litos 	<ul style="list-style-type: none"> Con apéndices de grasa 	Simple, hasta el cuerpo
GRADO III	<ul style="list-style-type: none"> Fosa vesicular profunda -Colecistitis aguda -Contraída -Bolsa de Hartmann fibrosa con adherencias al conducto biliar común o con impactación de lito 	<ul style="list-style-type: none"> Anatomía normal Conducto cístico corto, dilatado u oscura. 	Densa, hasta el fondo envolviendo flexura hepática o duodeno.
GRADO IV	<ul style="list-style-type: none"> Completamente oscura Empiema/gangrena Tumor 	<ul style="list-style-type: none"> Imposible identificar 	Densa, fibrosa, envolviendo la vesícula biliar - Duodeno o flexura hepática difícil de separar

FIGURA 2.
Escala de Nassar

Se han publicado muchos estudios que proponen métodos de puntuación preoperatorios para predecir una colecistectomía difícil. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de puntuación carecen de definiciones objetivas de la dificultad encontrada en el momento de una colecistectomía y se correlacionan con diferentes medidas de dificultad intraoperatoria.⁽³⁾

Criterios de conversión. La colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda puede ser técnicamente difícil y está asociada con relativa frecuencia a conversión a cirugía abierta y complicaciones transoperatorias

y postoperatorias⁽¹⁵⁾. La colecistectomía laparoscópica ha desplazado a la colecistectomía abierta, pero a pesar de que se ha adquirido experiencia en el procedimiento y se han fabricado instrumentos de mejor calidad, de 2 a 7% de los casos terminarán en colecistectomía abierta por la seguridad del paciente⁽¹⁶⁾.

El convertir una cirugía laparoscópica no implica que haya ocurrido una complicación, sino que la evita y es un signo de buen juicio quirúrgico. En cuanto a las lesiones de las vías biliares, una de las ventajas actuales es revisar la videograbación del procedimiento para descubrir fallas o evidenciar la causa de la lesión⁽¹⁶⁾.

Objetivo general: Caracterizar el tratamiento quirúrgico de la colecistectomía difícil en el Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas durante el quinquenio 2017-2021.

Objetivos específicos

1. Determinar la prevalencia del tipo colecistectomía difícil por grupo etario.
2. Establecer la prevalencia de colecistectomía difícil por sexo.
3. Clasificar los hallazgos intraoperatorios según la escala de Parkland y Nassar.
4. Identificar las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas como tratamiento de colecistectomía difícil.

El estudio se efectuó con la aprobación del comité de bioética del Hospital Universitario de Caracas, el 6 de julio de 2022.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y de corte transversal. El universo estuvo conformado por pacientes que ingresaron con litiasis vesicular en la Cátedra de Clínica y Terapéutica Quirúrgica "A" / Servicio de Cirugía I del Hospital Universitario de Caracas, durante el periodo de enero 2017 a enero 2021, la muestra fue de tipo no probabilístico por conveniencia, seleccionando del listado de pacientes de la base de datos del Departamento de Historias Médicas del Hospital Universitario de Caracas, evidenciando un total de 61 colecistectomías laparoscópicas, que cumplieron con los siguientes criterios:

1. Criterio de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes llevados a cirugía por cuadro de litiasis vesicular.
- Hallazgos intraoperatorios de la clasificación de Parkland y Nassar.
- Pacientes que hayan requerido realización de colecistostomía, colecistectomía subtotal, colecistectomía, conversión a cirugía abierta o colangiografía intraoperatoria.
- Periodo de tiempo entre enero del 2017 y enero de 2021.

2. Criterio de exclusión

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 81 años.
- Pacientes cuya patología sea de etiología oncológica.

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo	Indicador
Edad	Demográfica	Cuantitativa discreta	Grupo etario <20 años 21-29 años 30 -39 años 40-49 años 50-59 años > 60 años
Sexo	Demográfica	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Diagnóstico de ingreso	Clínica	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ○ Litiasis Vesicular. Y sus complicaciones: ○ Cólico vesicular simple, subintrante, persistente ○ Colecistitis aguda.
Hallazgo intraoperatorio	Clínica	Cualitativa nominal	Clasificación de Nassar Grados I = 1 II = 2 III = 3 IV = 4
Hallazgo intraoperatorio	Clínico	Cualitativa nominal	Clasificación de Parkland Grados: 1 2 3 4 5
Conversión	Clínico	Cualitativa nominal	Laparoscópica Conversión abierta
Tratamiento quirúrgico	Clínico	Cualitativa nominal	Colecistostomía Colecistectomía subtotal Colecistectomía total Colangiografía intraoperatoria

Procedimientos

Previa información obtenida de las historias clínicas de los pacientes, se realizó un instrumento de recolección de datos (anexo 1) donde se recabó información de importancia para el estudio tales como: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, cirugía abdominal previa, clasificación de Nassar y Parkland, hallazgo intraoperatorio, abordaje quirúrgico, realización de colecistostomía total o subtotal (CS). Se evaluaron los parámetros descritos en el instrumento y se realizaron los contrastes respectivos por medio del análisis estadístico.

Procesamiento estadístico. A partir de una base de datos realizada en el programa Microsoft Excel, se procedió a exportarla al programa estadístico SPSS 26.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Se analizó mediante estadística descriptiva tales como media, mediana y desviación estándar (variable cuantitativa), frecuencia absoluta y relativa (variables cualitativas). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

Procedimientos

Previa información obtenida de las historias clínicas de los pacientes, se realizó un instrumento de recolección de datos (anexo 1) donde se recabó información de importancia para el estudio tales como: edad, sexo, diagnóstico de ingreso, cirugía abdominal previa, clasificación de Nassar y Parkland, hallazgo intraoperatorio, abordaje quirúrgico, realización de colecistostomía total o subtotal (CS). Se evaluaron los parámetros descritos en el instrumento y se realizaron los contrastes respectivos por medio del análisis estadístico.

Procesamiento estadístico. A partir de una base de datos realizada en el programa Microsoft Excel, se procedió a exportarla al programa estadístico SPSS 26.0 para Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Se analizó mediante estadística descriptiva tales como media, mediana y desviación estándar (variable cuantitativa), frecuencia absoluta y relativa (variables cualitativas). Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

RESULTADOS

TABLA 1.
Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, según grupo etario, Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Grupo etario	n	%
<20 años	2	3,27
20 – 29 años	10	16,39
30 – 39 años	13	21,31
40 – 49 años	12	19,67
50 – 59 años	16	26,22
> 60 años	8	13,10
Total	61	100

En la tabla número 1, se aprecia que el grupo etario más frecuente, con 67,19%, es el comprendido entre 30-59 años.

TABLA 2.
Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, según sexo, Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Sexo	n	%
Femenino	52	85,2
Masculino	9	14,7
Total	61	100

Se puede ver en la tabla 2, que el sexo femenino fue el grupo predominante con un 85,2%, el sexo masculino aportó un 14,7% del total.

TABLA 3.
Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, según diagnóstico de ingreso Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Diagnósticos de ingreso	n	%
Colecistitis aguda	13	21,24
Cólico vesicular persistente	19	31,23
Cólico vesicular simple	3	4,91
Litiasis vesicular simple	26	42,62
Total	61	100

En la tabla número 3 se observa que el 42,62% de los diagnósticos de ingreso fue litiasis vesicular simple, la complicación de litiasis vesicular; cólico vesicular persistente, fueron la complicación más frecuente, con 31,23%.

TABLA 4.
Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, hallazgos intraoperatorios según Nassar Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Escala de Nassar	n	%
Grado I	40	65,57
Grado II	8	13,11
Grado III	13	21,31
Grado IV	0	0
Total	61	100

En la tabla número 4, el 65,57% representa el Grado I según la escala de Nassar, el Grado IV no tuvo casos reportados.

TABLA 5.
Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, según hallazgos intraoperatorios según Parkland, Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Escala de Parkland	n	%
Grado I	46	75,40
Grado II	4	6,55
Grado III	4	6,55
Grado IV	7	11,47
Grado V	0	0
Total	61	100

En la tabla 5, según Parkland el 75,40% representa el Grado I, ubicando los hallazgos intraoperatorios grado V sin individuos afectados.

TABLA 6.

Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, según técnica quirúrgica utilizada Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021

Técnica quirúrgica	n	%
Colecistectomía	0	0
Colecistectomía total	61	100
Colecistectomía subtotal	0	0
Colangiografía intraoperatoria	0	0
Total	61	100

En la tabla 6, se puede apreciar que el 100% de la muestra estudiada fue tratada quirúrgicamente por colecistectomía laparoscópica total.

TABLA 7.

Colecistectomía Laparoscópica difícil: manejo quirúrgico, tratamiento definitivo según conversión a cirugía abierta, Hospital Universitario de Caracas. Enero 2017 – enero 2021.

Manejo quirúrgico	n	%
Colecistectomía laparoscópica	61	100
Conversiones	0	0
Total	61	100

En la tabla número 7, se aprecia que el 100% de los procedimientos se completaron por vía laparoscópica.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se realizó con la finalidad de caracterizar los casos de colecistectomía laparoscópica difícil, para ello se contrastaron los hallazgos con la literatura mundial antes referida (referencias ^{3-11, 13-14}), mostrando que el grupo etario más afectado estuvo entre 30-59 años de edad. Por otra parte, no hubo coincidencia con el estudio realizado por Ashfaq, pues no se realizaron conversiones. La cirugía laparoscópica es física y mentalmente demandante, el tener resultados propios de series significativas como la presente, influirá directamente en la toma de decisiones respecto al tratamiento de la litiasis vesicular.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la investigación realizada se pudo conocer que el grupo etario con mayor tendencia de hallazgos intraoperatorios de colecistectomía laparoscópica difícil corresponde a pacientes de edades comprendidas entre 30-59 años, y el sexo femenino fue el predominante.

Los hallazgos intraoperatorios según la escala de Nassar para colecistectomía laparoscópica difícil predominaron en Grado I, seguido del Grado III. Resultados similares se evidenciaron según la escala de Parkland, donde la mayoría se ubicó en Grado I, y algunos pocos en el Grado IV; y sin pacientes en el peor nivel de ambas escalas. Todos los casos de la muestra estudiada fueron resueltos quirúrgicamente mediante colecistectomía laparoscópica total.

Recomendaciones:

- Aplicar escalas predictoras de dificultad de forma preoperatoria, a todo paciente que se decida practicar colecistectomía laparoscópica.
- Realizar estudios de investigación en otros centros del área metropolitana que nos permitan establecer criterios para el diagnóstico de colecistectomía laparoscópica difícil.
- Mantener una línea de investigación en manejo de colecistectomía difícil que permitan desarrollar mejoras en los procedimientos realizados.
- Crear centros de entrenamiento para residentes en formación y cirujanos recién egresados que estimule el desarrollo de habilidades y destrezas en el manejo de colecistectomía difícil.

REFERENCIAS

1. Benítez G, Paris A, Benítez C, Saade R. Cirugía Biliar en Venezuela: La Primera Colecistectomía. Parte 1. Rev Fac Med [Internet]. 2003 [citado el 7 de febrero de 2023]; 26(1):28–30. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04692003000100005
2. Jara G; Rosciano J, Barrios W, Vegas L, Rodriguez O, Sanchez E, et al. Colecistectomía Laparoscópica subtotal como alternativa quirúrgica segura en campos complejos. Cir. Esp. 2017; 95 (8), 465-470
3. Nassar A, Hodson J, Ng HJ, Vohra RS, Katbeh T, Zino S, Griffiths E; Cholest Study Group, West Midlands Research Collaborative. Predicting the difficult laparoscopic cholecystectomy: development and validation of a pre-operative risk score using an objective operative difficulty grading system. Surg Endosc. 2020 Oct; 34(10):4549-4561. Doi: 10.1007/s00464-019-07244-5. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31732855.
4. Álvarez L, Rivera D, Esmeral M, García M, Toro D. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de tratamiento. Revista Colombiana De Cirugía 2013; 28(3): 186-195. <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/articulo/view/306>
5. Quizhpi, E. Prevalencia de colecistectomía laparoscópica difícil y factores asociados en el “Hospital José Carrasco Arteaga”. Biblioteca del Ecuador 2017. (10): 28-31.
6. García B. Incidencia de colecistectomía difícil como hallazgo transquirúrgico en pacientes sometidos a cirugía electiva y de urgencia en el periodo de enero 2017 – 2018 en el Hospital Alemán Nicaragüense. (2017). <https://repositorio.unam.edu.ni/9088/1/98797.pdf>.
7. Ashfaq A, Ahmadieh K, Shah A, Chapital A, Harold K. The difficult gall bladder: Outcomes following laparoscopic cholecystectomy and the need for open conversion. Am J Surg 2016; 212(6): 1261–1264. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2016.09.024>.
8. Ibrahim Y, Radwan R, Abdullah A, Sherif M, Khalid U, Rasheed A, et al. A Retrospective and Prospective Study to Develop a Pre-operative Difficulty Score for Laparoscopic Cholecystectomy. Journal of gastrointestinal surgery: official journal of the Society for Surgery of the Alimentary Tract 2019; 23(4): 690–695. <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3821-y>.
9. Carriz SP, Magris J, Da Rosa J, Garcias L, Gramatica L. Utilidad del score de la colecistectomía dificultosa según conversión laparoscópica. 2020. <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.2816>.
10. Ortiz J. Orozco O. Reporte de 604 casos de colecistectomías por laparoscopia manejados por un mismo equipo quirúrgico. Rev Mex Cirug endosc. 2020, pp 16-19. Vol. 3, N°1.

11. González R, Báez L. Experiencia quirúrgica en la colecistectomía dificultosa. (2022), pp 1-9. <https://doi.org/10.37811/cl>.
12. Tsai S. Prospective Study Of abdominal adiposity and gallstone disease in U.S. men. *Am J Clin Nutr.* 2004; 80(1):38–44.
13. Madni T, Leshikar D, Minshall C, Nakonezny P, Cornelius C. The Parkland grading scale for cholecystitis. *Am J Surg* 2018, 215(4): 625–630. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.05.017>.
14. Madni T, Nakonezny P, Barrios E, Imran I. Prospective validation of the Parkland Grading Scale for Cholecystitis. *Am J Surg* 2019; 217(1): 90–97. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2018.08.005>
15. Domínguez L, Rivera A, Bermúdez C, Herrera W. Análisis de los factores de conversión durante colecistectomía laparoscópica a abierta en una cohorte 52 prospectiva de 703 pacientes con colecistitis aguda [Analysis of factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: a prospective study of 703 patients with acute cholecystitis]. *Cirugía española* 2011, 89(5), 300–306. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.01.009>
16. Brodsky A, Matter E, Sabo A. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: Can the need for conversion and the probability of complications be predicted? *Surgical Endosc.* 2000; 14: 755-760.