



11209
31
Lej

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

MEXICO, D. F.

COLECISTECTOMIA CON INCISION MENOR DE
8 CMS. EN COLECISTITIS AGUDA:
ESTUDIO COMPARATIVO CON INCISION
CONVENCIONAL.

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN:
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. JAVIER LOPEZ SOLIS

25631

ASESOR: DR. DAVID JUAREZ CORONA



IMSS

TESIS CON
LLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1999



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

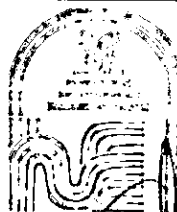
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

COLECISTECTOMIA URGENTE CON INCISIÓN MENOR
DE 8 CENTIMETROS EN PACIENTES CON COLECITIS
AGUDA. ESTUDIO COMPARATIVO CON INCISIÓN
CONVENCIONAL MAYOR DE 8 CENTIMETROS.

No. De registro: 98-695-0006



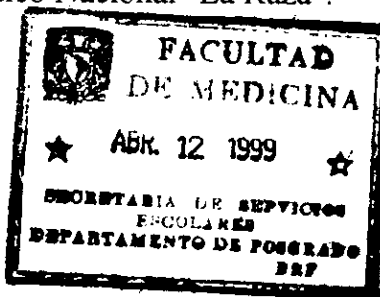
hospital de especialidades

Dr. Arturo Robles Paramo
Jefe de la División de Educación e Investigación Médica
Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional "La Raza".

DIVISION DE EDUCACION

Dr. José Fenig Rodriguez
Jefe de Cirugia General
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza".

Dr. Javier López Solís
Residente de Cirugia General 4 año (Alumno)
Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional "La Raza".



AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Por haberme elegido el camino de la Cirugía como profesión y la Familia de la cual estoy orgulloso y pertenezco.

A MIS PADRES:

Por su apoyo incondicional para mi formación profesional y personal.

A MI ASESOR DE TESIS:

Por su tiempo empleado para la realización de mi tesis.

A MIS MAESTROS:

Por sus consejos y por transmitirme sus experiencias.

A MIS COMPAÑEROS:

Por los momentos agradables y desagradables que compartimos.

DEDICATORIAS

Con respeto y amor a mis Padres

Roberto López García

Ma. Clara Solís Bautista

Quienes con su amor y sabios
consejos supieron guiar mi edu-
cación y hacer posible mi reali-
zación personal y profesional.

A mis hermanos:

Roberto

Deyanira

Marivel

Rafael

Ignacio

Por el tiempo del cual nos priva-
mos para convivir igual que de --
Memitto.

A mis tias

Sarita

Yoya

y mi abuelito Teodulo
que pasarón a mejor vida estando
lejos de ellos en distancia pero cer-
ca en el corazón descansan en paz.

A mi asesor de tesis:

Dr. David Juarez Corona

Por su tiempo empleo para la realización de mi tesis y por sus consejos durante el primer año de residencia.

A mis profesores en general que -- con sus consejos y transmisión de experiencias tuvieron que ver en mi formación como Cirujano General.

RESUMEN

Título: COLECISTECTOMIA URGENTE CON INCISION MENOR DE 8 CENTIMETROS EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA, ESTUDIO COMPARATIVO CON INCISION CONVENCIONAL MAYOR DE 8 CENTIMETROS.

Objetivo: Eficacia de la colecistectomía por minilaparotomía en el tratamiento de la colecistitis aguda versus colecistectomía convencional.

Pacientes y métodos: en el HGZ-29, México, D.F., del 1 de Octubre de 1997 al 1 de Octubre de 1998, se realizó un estudio comparativo, observacional, prospectivo, longitudinal, de causa-efecto incluidos pacientes sometidos a colecistectomía urgente con colecistitis aguda, diagnosticado clínicamente por laboratorio y ultrasonografía, formando dos grupos, Grupo I: Incisión menor de 8 centímetros y Grupo II: mayor de 8 centímetros; estudiándose sexo, edad, días de estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico, complicaciones y mortalidad.

Resultados: En el HGZ-29 el 41% de pacientes sometidos a colecistectomía simple se realizó en forma urgente. Se estudiaron 130

pacientes, en 2 grupos, Grupo I: convencional 69 casos, sexo femenino 66.6%, sexo masculino 33.3%, edad promedio 50.9 (+-18.5); grupo II: Minilaparotomía, 61 casos, sexo femenino 81.0%, masculino 18.0%; edad promedio 43.5 (+-16.9), $p=0.2252$; diagnósticos del grupo I: predominio

el Hidrocolecisto, total=69. Grupo II: Predominio colecistitis aguda, total=61; Incisión Grupo I: promedio 14.4 (+-2.8) cm; Grupo II: 5.6 (+-1) cm; tiempo quirúrgico grupo I: 21.7% (15 casos). Grupo II: 1.6% de complicaciones (1 caso) $p=0.9856$; días de estancia hospitalaria, del grupo I: promedio 5.8 (+-4.1) días, grupo II: 2.2 días (+-0.6) $p=0.3678$.

Discusión: La poca aceptación se relaciona con la pobre exposición del campo quirúrgico; en nuestros casos la exposición fue adecuada, el inconveniente, no se puede realizar exploración manual de la cavidad abdominal. Nuestros resultados muestran reducción del tiempo quirúrgico, días de estancia hospitalaria y complicaciones.

Conclusion: La colecistectomía por minilaparotomía puede realizarse en el paciente con colecistitis aguda en forma temprana o urgente.

Palabras Clave: Colecistectomía Convencional, Minilaparotomía y minicolecistectomía.

SUMMARY

Title: URGENT CHOLECYSTECTOMY THROUGH A LESS 8 CENTIMETRES INCISION IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS, COMPARATIVE TRIAL VERSUS CONVENTIONAL CHOLECYSTECTOMY.

Objective: Cholecystectomy efficacy with minilaparotomy cholecystitis versus conventional cholecystectomy.

Patients and Methods: At the HGZ-29, México, D.F. from October, 1 the 1997 to October, 15 the 1998. A prospective, observational, longitudinal, comparative with analysis cause-effect study, done in patients with acute cholecystitis operated urgently; the diagnostic was done clinically, and by clinical laboratories studies and ultrasonography; Patients were divided in two groups Group I: Incision less than 8 centimetres and Group II: incision longer than 8.1 centimetres, the studie points were sex. age, days of hospitalary stay, incision size, complications and mortality.

Results: At the HGZ-29 to 41% of patients cholecystectomy simple was done urgently. 130 patients were studied in two groups, group

I: Conventional incision 69 cases, feminine 66.6%, masculine 33.3% mean age 50.9 (+-18.5) years, group II: Minilaparotomy 61 cases, feminine 81.0%, Masculine 18.0, mean age 43.5, (+-16.9). years with $p=0.2252$. Diagnostics: Group I: predominate the hydrocholecyst, total=69; Group II: Predominate the acute lithiasic cholecystitis, total=61. Incision group I: 14.4 cms (+-2.8), group II: 5.6 cms (+-1). Surgical time Group I: 91.8 minutes (+-32.3), group II: 81.7 (+-16.9) $p=0.8945$. Complications group I: 21.7% (15 cases), group II: 1.6% (1 case) $p=0.9856$. Intrahospitalary stay group I: 5.8 (+-4.1) days, group II: 2.2 (+-0.6) $p=0.3678$.

Discussion: The no acceptance to minilaparotomy is the reduced exposition to the surgical area. In our cases the exposition was adecuated, the inconvenient : is imposible explore the abdominal cavity. Our results shown less: surgical time, hospitalary stay and less complications.

Conclusion: cholecystectomy with minilaparotomy can be done in acute cholecistitis, in a sooner way or urgent with a better postoperative evolution.

Key words: Conventional cholecystectomy, minilaparotomy and minicholecystectomy.

INTRODUCCION

La enfermedad litiasica del tracto biliar, representa un problema mundial de salud¹. Desde 1882 la colecistectomia se considera el standar de oro para el tratamiento de la colelitiasis². Una de las complicaciones mas comunes de la enfermedad litiasica biliar es la colecistitis aguda,³ que representa un incremento tanto en la morbilidad como en la mortalidad de los pacientes ya sean jóvenes o viejos³⁻⁵. La edad representa una influencia directa en la gravedad, de la colecistitis ya que esta asociada a una mayor dificultad diagnostico y terapéutica, sin embargo existen otros múltiples factores de riesgo en los pacientes con enfermedad aguda^{10,11}.

La colecistitis aguda es causa común de dolor abdominal agudo en las salas de emergencia^{12,13}, en la serie de Glenn¹⁴, se presento en 1439 pacientes de los 8077 que se sometieron a colecistectomia en un periodo de 43 años; en los Estados Unidos, se considera que entre el 10 y 20% de las personas, tiene colelitiasis,¹⁵⁻¹⁷ debido a esto se practican unas 500 000colecistectomias anuales en ese país,¹⁵ delos cuales una tercera parte corresponden a colecistectomias urgentes por colecistitis aguda¹⁷.

El tratamiento quirúrgico está envuelto en una controversia entre la operación inmediata o retrazada¹⁸, los estudios controlados con resultados favorables demuestran que la colecistectomía inmediata debe ser practicada en todos los casos¹⁹⁻²¹.

Recientemente la colecistectomía por laparoscopia ha reemplazado a la colecistectomía abierta en el tratamiento de la colelitiasis,³ este es un procedimiento recientemente descrito y desarrollado por varios cirujanos para el tratamiento electivo de la colelitiasis²³; sin embargo se considera controversial su utilidad en colecistitis aguda²⁴. Un procedimiento alternativo es la colecistectomía por minilaparotomía, descrita a finales de la década pasada²⁵ y que ofrece las ventajas de la cirugía de invasión mínima y también las de la cirugía convencional, ya que no requiere de tecnología mayor como la laparoscopia²⁸⁻³⁵.

PACIENTES Y METODOS

Mostrar la eficacia de la colecistectomía por minilaparotomía, en el tratamiento de la colecistitis aguda comparada con la convencional; se trata de un estudio observacional, pròspectivo, longitudinal, comparativo, con análisis de causa-efecto, realizado en el Hospital General de Zona No. 29 del IMSS en la ciudad de México, D.F., en el periodo comprendido del 1 de Octubre de 1997 al 15 de Octubre de 1998; se incluyeron pacientes sometidos a colecistectomía urgente con colecistitis aguda en todas sus variedades, diagnosticado clínicamente por dolor en hipocondrio derecho con o sin antecedente previo de cuadro agudo de vía biliar, que presenten además náuseas y vòmito, signos abdominales de irritación, taquicardia; y por Laboratorio Clínico: Elevación de cuenta leucocitaria por arriba de los 10 000; de Gabinete por ultrasonografía de hígado, vesícula, vía biliar y páncreas; sin límite de edad que ingresen durante el periodo descrito descartándose a los que cursaron con cualquier tipo de pancreatitis, coledocolitiasis, ictericia y cáncer. Se colocaron en dos grupos, Grupo I: con incisión mayor de 8 centímetros (colecistectomía convencional), grupo II: con incisión menor de 8 centímetros (Colecistectomía por Minilaparotomía).

Se estudiaron en ambos grupos la edad, el sexo, los días de estancia intrahospitalaria, el tiempo quirúrgico, la longitud de la incisión, las complicaciones y mortalidad. El procedimiento quirúrgico fue similar a la colecistectomía simple, solo difirió el tamaño de la incisión menor de 8 centímetros, y que no se seccionaron los músculos rectos, sino se separaron en forma roma.

RESULTADOS

El 41% de los pacientes sometidos a colecistectomía simple, se desarrollaron en forma urgente por colecistitis aguda. Se estudiaron 130 pacientes, formados en 2 grupos, Grupo I: Colecistectomía convencional 69 casos, 66.6% del sexo Femenino, y 33.3% del Masculino; promedio de edad 50.9 (+-18.5) con un rango de 19-91 años y en el Grupo II: colecistectomía por Minilaparotomía 61 casos, 81% del sexo femenino y 18% del Masculino, con un promedio de edad 43.5 (+-16.9), rango de 19-90 años; (ver cuadros I y II), $p=0.2252$.

CUADRO I

EDAD

n=130

Grupo I Colecistectomía Convencional	50.9 (+-18.5)	p=0.2252
Grupo II Colecistectomía (Minilaparotomía)	43.5 (+-16.9)	

En cuanto a diagnósticos en el Grupo I: predominó el Hidrocolecisto con 23 casos, piocolecisto 22, colecistitis aguda litiasica 17, vesícula gangrenada 7, (total=69); en el Grupo II: predominó la colecistitis litiasica aguda 32 casos, hidrocolecisto 16, Piocolecisto 13 (total=61 casos), Ver gráfica 3. En el Grupo I: el promedio en centímetros de la incisión fue de 14.4 (+2.8), con un rango de 9-20 centímetros, en cambio en el Grupo II fue de 5.6 (+1) con un rango de 4-8 centímetros de longitud (ver cuadro II, gráfica 4).

CUADRO II

PROMEDIO EN CENTIMETROS DE LA INCISION

n=130

Grupo I Colecistectomia Convencional	14.4 (+2.8)
Grupo II Colecistectomia por Minilaparotomia	5.6 (+ 1)

En el grupo I: el tiempo quirúrgico fue en promedio de 91.8 minutos, (+32.3) rango de 35-180 minutos y en el Grupo II fue de 81.7 minutos (+16.9), rango de 25-120 minutos. (Ver cuadro III, Gráfica 5). Ver graficas 8y 9 se

observa la relación tiempo quirúrgico-complicaciones y centímetros de incisión-complicaciones.

CUADRO III

TIEMPO QUIRURGICO

n=130

Grupo I colecistectomia Convencional	91.8 (+-32.3) Min.	
Grupo II colecistectomia por Minilaparotomia	81.7 (+-16.9) Min.	p=0.8945

El tiempo quirúrgico fue discretamente menor en el Grupo I: p=0.8945; Las complicaciones observadas en el Grupo I: 21.7% (15 casos) por orden de frecuencia fueron: Infección de herida quirúrgica 6 pacientes, atelectasia 2, fistula biliar 2, neumonía 2, biloma 1, hemoperitoneo 1, choque hipovolemico y defunción 1 (la única defunción ocurrió en este grupo, en un paciente masculino de 81 años de edad, con diagnostico vesícula gangrenada, no diabético, ni obeso, con una incisión de 210 centímetros y tiempo quirúrgico de 110 minutos); del Grupo II 1.6% (1 caso) se limito a un

paciente con infección de herida quirúrgica (ver Gráfica 6). $p=0.9856$ que demuestra que la reducción en el número de complicaciones es bastante significativa. En cuanto a los días de estancia intrahospitalaria en el Grupo I: en promedio fue de 5.8 días (+4.1) rango de 2-25 del Grupo II fue de 2.2 días (+0.6) con un rango de 2-6 días (ver cuadro IV, Gráfica 7).

CUADRO IV

DÍAS DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

$n=130$

Grupo I colecistectomía convencional	5.8 (+4.1) días	$p=0.3678$
Grupo II colecistectomía por Minilaparotomía	2.2 (+0.6) días	

DISCUSION

Apartir de finales de la década pasada, en que han aparecido los procedimientos quirúrgicos de invasión mínima²⁵, el tratamiento de la colecistitis ha modificado su standar de oro³⁶. sin embargo la colecistitis aguda fue considerada una contraindicación de este procedimiento³⁷. La mayoría de las series reportaban un índice de conversión alto así como dificultades técnicas importantes que resultaban ser la causa principal de esta conversión. sin embargo, el número de reportes de colecistectomía laparoscópica para colecistitis aguda empieza a incrementarse con un rango de conversión entre 6.5 y 30%^{24,38,39,40}. Muchos pacientes desde la descripción de la minicolecistectomía, con poca morbilidad en lo que se relaciona a lesiones de vía biliar, pero sobre todo, con una mortalidad prácticamente nula en todos los casos, tratándose de cirugía electiva.²⁵⁻³⁶

En realidad la minilaparotomía para resolver el problema agudo de la vesícula no ha adquirido gran popularidad dado que apenas existe una tendencia a resolver la colecistitis aguda por laparoscopia^{24,25,36,37}. En nuestro estudio incluimos a los pacientes con diagnóstico clínico, de laboratorio y ultrasonido acorde a lo descrito por varios autores^{12,13,15,17}.

En los Estados Unidos, se considera que el 20% de las colecistectomías se practican de urgencia¹³. Nosotros observamos un 41% de colecistectomías urgentes realizadas durante el tiempo de nuestro estudio, lo que representa casi el doble de la estadística de ese país, ellos consideran que existe un incremento en el número de pacientes sometidos a colecistectomía urgente^{41,42}; tal vez, la tendencia este siendo modificada por el manejo quirúrgico inmediatamente después del diagnóstico,^{13,18,19,20} aunque para algunos autores esto siga siendo considerado punto de discusión,^{22,23,24,25} aunque definitivamente se inclina hacia el tratamiento quirúrgico inmediato^{17,256}. En el estudio que realizamos acorde a lo que planteamos en un estudio previo,²¹ realizamos la colecistectomía, inmediatamente después del diagnóstico de colecistitis aguda, muchos de los factores que se relacionan con la poca aceptación de la minilaparotomía se relacionan con una pobre exposición del campo quirúrgico, lo cual definitivamente no está justificado⁴³. En todos nuestros casos la exposición fue adecuada con el inconveniente de no poder realizar la exploración manual de la cavidad, Assalia et al,²⁵ considera que tal vez una de los principales cuestionamientos de la colecistectomía por minilaparotomía deba estar relacionado con el lugar que ocupa en la era de la laparoscopia, argumentando que su

casuística de 67 pacientes, resulta aun una pobre evidencia para determinar la real eficacia de este procedimiento en la colecistitis aguda; el número de pacientes que reportamos nosotros se encuentra equiparable a su reporte, sin embargo, la evidencia de nuestros resultados nos permite pensar que existen factores que benefician éste procedimiento, la reducción significativa en el tiempo quirúrgico, los días de estancia hospitalaria y sobre todo el numero de complicaciones que presentamos al reducir la agresión quirúrgica, permitiendo realizar un procedimiento mínimamente invasivo en pacientes con colecistitis aguda sin contar con una infraestructura tecnológicamente avanzada como lo requiere la laparoscopia⁴³. La mortalidad que obtuvimos en el grupo por minilaparotomía fue de 1.6%, que comparada con el 21.7% de los pacientes con cirugía convencional, es tal vez el dato de mayor importancia para determinar, que la colecistectomía por minilaparotomía puede ser utilizada, técnicamente es confiable y efectivamente reduce la morbilidad, se realizo en todos los casos sin convertir a convencional ninguna incisión con resultados aun mejores, aun incluso en lo que se refiere a lo reportado por otros autores específicamente para colecistectomía urgente en pacientes con colecistitis aguda por minilaparotomía, que fue del 11%²⁵, e incluso menor que algunos pacientes

sometidos a colecistectomía laparoscópica, que fue del 8.5%²³ y del 22% obtenido en otra serie³⁸. Finalmente solo obtuvimos un deceso en el grupo de cirugía convencional que fue un paciente anciano con múltiples riesgos asociados.

CONCLUSIONES

Consideramos, de acuerdo a nuestros resultados comparados a otros autores, se trata de un procedimiento que proporciona menor morbimortalidad, mejor evolución postoperatoria, estancia hospitalaria corta y pronta integración a sus actividades habituales, con el inconveniente de que aun resulta limitado el número de pacientes para iniciar una tendencia que permita el uso de esta técnica, por un mayor número de cirujanos para resolver la colecistitis Aguda en todas sus variantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Roslyn JJ, Bunns GS, Hughes EFX, Saunders-Kirkwod K, Rinner, M.J., Cates, J.A.: Open cholecystectomy: a contemporary analysis of 42,974 patients. Ann. Surg. 1993;218:129-37.
- 2.- Glenn, F., grafe, W.R. Jr,: Historical events events in biliary tract Surgery. Arch. Surg. 1996;93:848-52.
- 3.-Escarce, J.J., Shea, J.A., Chenw, Qian z; Schwartz J.J,: Outcomes of open cjolectomy in the elderly: a longitudinal analysis of 21 000 cases in the laparoscopic era. Surg. 1995;117:156-64.
- 4.- Huber, D.F., Martin, E.W, Cooperman, M.: Cholecystectomy in elderly patients. Ann. J. Surg. 1983;146:719-21.
- 5.- Sullivan, D.M., Hood, T.R., Griffen, W.O.: Biliary tract surgery in the elderly. Am. J. Surg. 1982; 143-218-20.
- 6.- Hafif, A., Gutman, M., Kaplan, O., Winker, E., Rozin, R.R., Skornik, Y.: The management of acute cholecystitis in elderly patients. Ann. Surg.:1991;St 618-52.

- 7.- Glenn, F.: Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older. *Ann. Surg.* 1980; 193:56-9.
- 8.-Glenn, Larry, D.D.: Developing trends in acute cholecystitis and choledocholithiasis. *Surg. Gynec. Obstet*;1980;81 528-32.
- 9.-Glenn, N.F.: Cholecystectomy in the high risk patients with biliary tract disease. *Ann. Surg*;1977:185-91.
- 10.- Ransohoff, D.F., Miller, G.L., Forsythe, S.B., Hermann, R.E.: Outcome of acute cholecystitis in patients with diabetes mellitus. *Ann Int. Med.* 1987;106:829-32.
- 11.- Hickman, M.S., Schwasinger, W.A., Faye, C.P.: Acute cholecystitis in the diabetic. *Arch. Surg.* 1988;123:409-11.
- 12.- Singer, A.J.,Mc Cracken, G., Henry, M.C., Thode, Jr., H.C., Casaing, C.J.: Correlation among clinical laboratory, and hepatobiliary scanning findings inpatients with suspected acute cholecystitis. *Ann. Emer. Med.*: 1996;28:267-72.
- 13.- Janzon, L., Ryden, C., Zedirfeldi, B.: Acute abdomen in the surgical emergency room. *Acta. Chir. Scand.* 1982;148:141-8.

14.- Glenn, F.: Cholecystectomy in the high risk patient with biliary tract disease. *Ann. Surg.* 1977;185:185-91.

15.-Marion, K.F., Doubile, P.: How image the gallblader in suspected cholecystitis. *Ann. Int. Med.* 1988;109:722-9.

16.- Ingelfinger, F.J.: Digestive disease as a natural problem V gallstones. *Gastroenterology.* 1968;55:102-4.

17.- Laing, F.C.: Diagnostic evaluation of patients with suspected acute cholecystitis. *Radiol. Clinic. North. Am.*198321:471-93.

18.- Hidaugo, L.A., Capella, G. P., Figueras, J., Allende, L., Artigas, V., Rius X, Puiglacalle, J.: The influence of age on early surgical treatment of acute cholecystitis. *Surg. Gynecol. Obstect.*,1989;169:393-6.

19.- Vanderciden, V., Sunzel, H.: Early versus delayed operation for acute cholecystitis. A controlled clinical trial. *Am. J. Surg.*;1970:120:7-12.

20.-Mc Arthur, P., Cushieri, A., Sells, R.A., Shields, R.: Controlled clinical trial comparing early with interval cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 1975;62:850-2.

21.- Hurtado, J.L., Araujo, C.E., Juarez, C.O.:Colecistectomia urgente en pacientes con colecistitis aguda. *Cir. Gen.* 1996;18:182-5.

- 22.- Dubois, F., Icard, P., Berthelot, G., Levard, H.: Laparoscopic cholecystectomy. Preliminary report of 36 cases. *Ann. Surg.* 1990;211:60-2.
- 23.- Eldar, S., Sabo, E., Nash, E., Abrahamson, J., Matter, Y.: Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World. J. Surg.* 1997;21:540-5.
- 24.- Zucker, K.A., Flowers, J.L., Bailey, R.W., Graham, S.M., Buell, J., Imbembo, A.L.: Laparoscopic management of acute cholecystitis. *Am. J. Surg.* 1993;165:508-14.
- 25.- Assalia, A., Kopelman, O., Hashimonai, M.: Emergency minilaparotomy cholecystectomy for acute cholecystitis, prospective randomized trial-implications for the laparoscopic era. *World J. Surg.* 1997;21:534-9.
- 26.- Goco, I.R., Chambers, L.G.: "Mini-cholecystectomy" and operative cholangiography: A means of cost containment. *Am. Surg.* 1983;49:143-5.
- 27.- Odwyer, P.J., Murphy, J.J., O'Higgins, N.J: Cholecystectomy through a 5 cms subcostal incision. *Br. J. Surg.* 1990;77:1189-90.
- 28.- Ledet, W.P.: Ambulatory cholecystectomy without disability. *Arch. Surg.* 1990;125:1434-35.

29.-Morton, C.E.: Cost containment with the use of "mini-cholecystectomy" and intraoperative cholangiography. *Am. Surg.* 1985; 51:168.

30.- Mc Dermott, E.W.M., Mc Gregor, J.R., O'Dwyer, P.J., Murphy, J.J., O'Higgins, N.J.:Patient outcome following laparoscopic and minilaparotomy cholecystectomy. *Br. J. Surg.* 1991, 78:1503.

31.- Barnum, J.J., Barkun, A.N., Sampalis, J.S., Fried, G., Taylor, B., Wesler, M.J., Goresky, C.A., Meakins, J.L.: Randomized controlled trial of laparoscopic versus minicholecystectomy. *Lancet*, 1992;340:1116-19.

32.- Mc Cinn, F.P., Miles, A.JG., Uglow, M., Ozman, C., Terzi, C, Humby, M.: Randomized trial of laparoscopic cholecystectomy and mini-cholecystectomy. *Br. J. Surg.* 1995-77,82:1374.

33.- Majeed, A.W., Trog, G., Nicholl, J.P., Smithe, A., Reed, M.W.R., Stoddard, C.J., Peacock, J., Johnson, A.G.: Randomized, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy. *Lancet*, 1996-91,347:989.

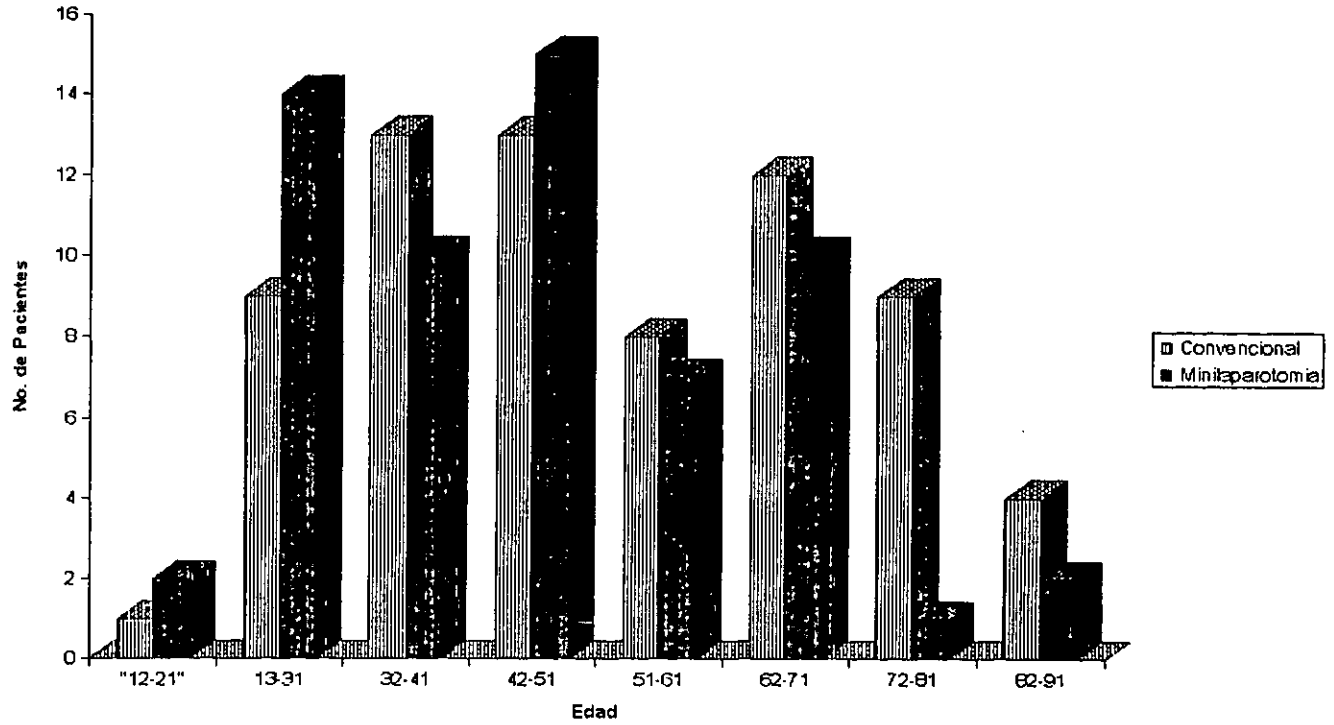
34.- Assalia, A., Schern, M., Kopelman, D., Hashmonai, M.: Minicholecystectomy versus conventional cholecystectomy. A prospective randomized trial-implications in the laparoscopic era. *World J. Surg.* 1993, 17:755-58.

- 35.- Kopelman, D., Schein, M., Assalia, A., Meizlin, V., Hashmonai, M.: Technical aspects of minicholecystectomy. *J. Am. Coll. Surg.*, 1994,178:624.
- 36.-Rattner, D.W., Ferguson, C.,Warsaw, A.L.: Factors associated with successful laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis, *Ann. Surg.* 1993;217:233-6.
- 37.-Cuscheiri, A., Bergi, G., Mc Sherry, C.K.: Laparoscopic cholecystectomy (editorial) *Am. J. Surg.* 1990;159:273.
- 38.- Lo, C., Liu, C., Lai, E.C.S., Fan, S., Wong, J.: Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for treatment of acute cholecystitis. *Ann. Surg.* 1996;223:37-42.
- 39.- Kim, C.K, Goh, P.M.Y., Isaac, J.R., et al.: Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br. J. Surg.* 1994;81:1651-54.
- 40.- Cox, M.R., Wilson, T.G., Luck, A.J. et al.: Laparoscopic cholecystectomy for acute inflammation of the gallblader. *Ann. Surg.* 1993;218:630-4.
- 41.- Kadakia, S.C.: Biliary tract emergencies:acute cholecystitis, acute cholangitis, and acute pancreatitis. *Med. Clin. North. Am.* 1993;77:1015-36.

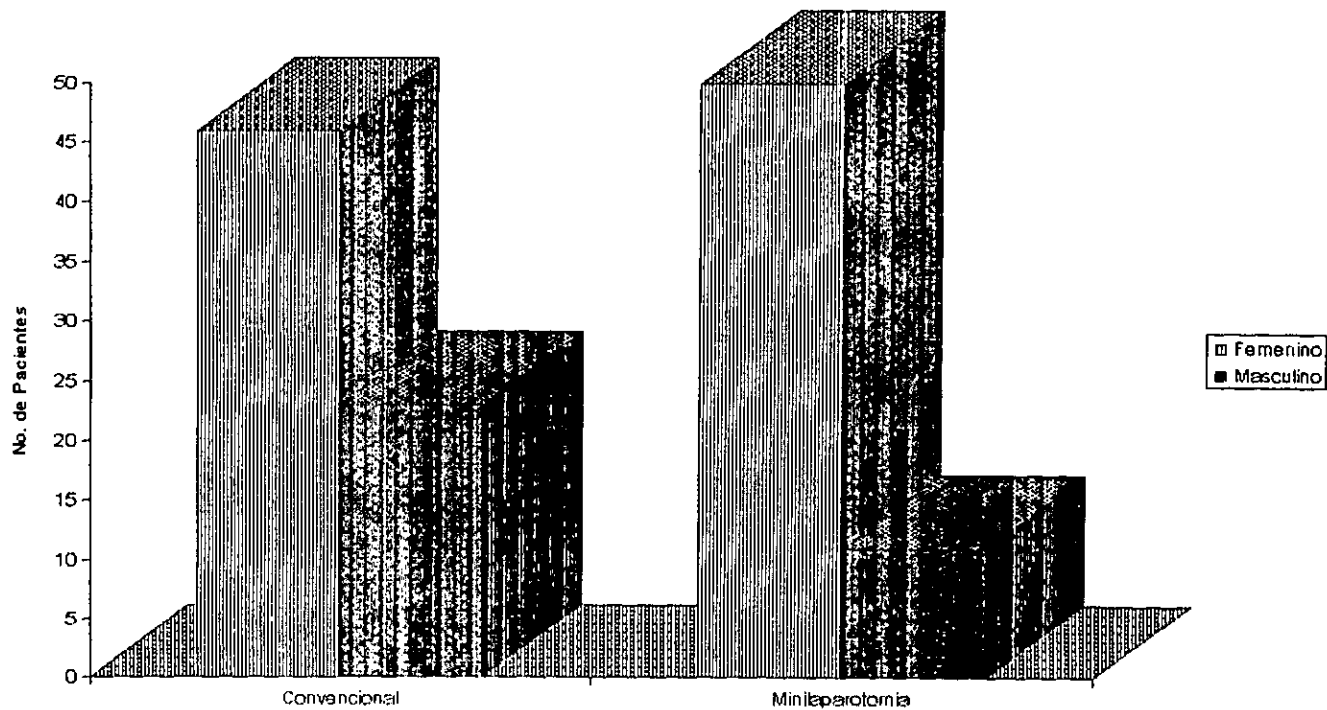
42.- Johnston, D.E., Kaplan, M.K.: Pathogenesis and treatment of gallstones.
N. Engl. J. Med. 1993;328:412-21.

43.- Olsen, D.O.: Minilap cholecystectomy. Am. J. Surg. 1993; 165:440-43.

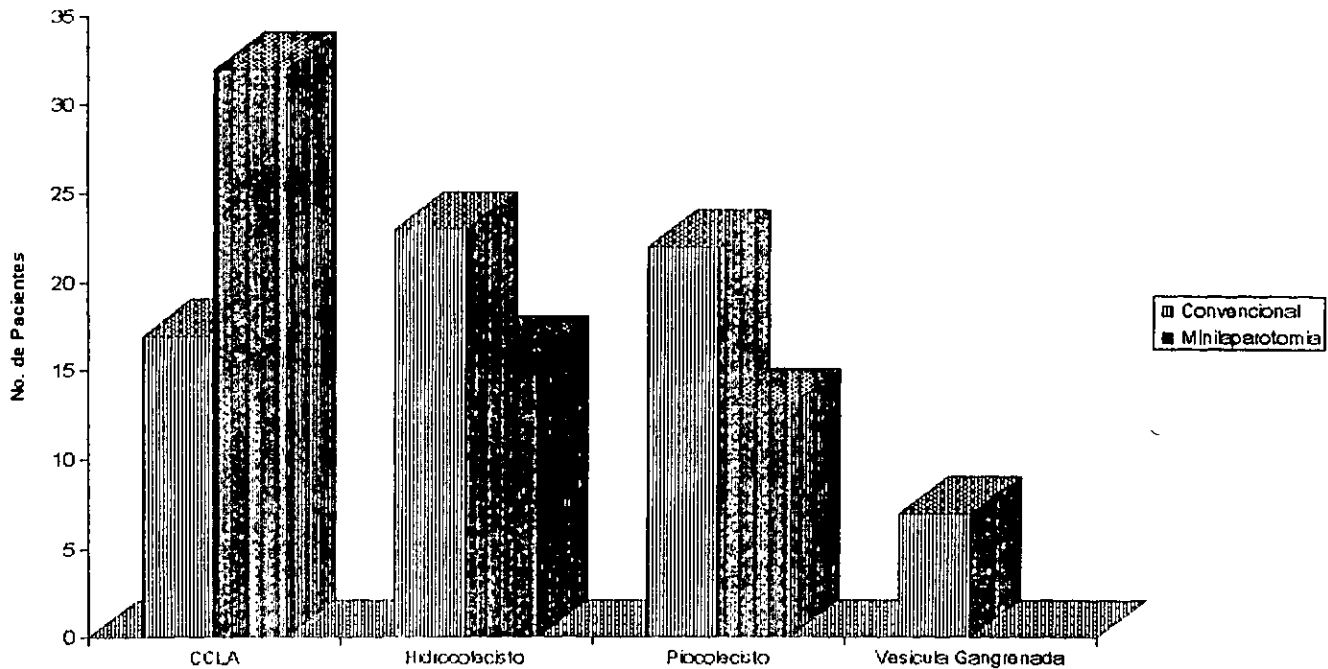
Relación Edad En Grupo Convencional Vs. Minilaparotomía

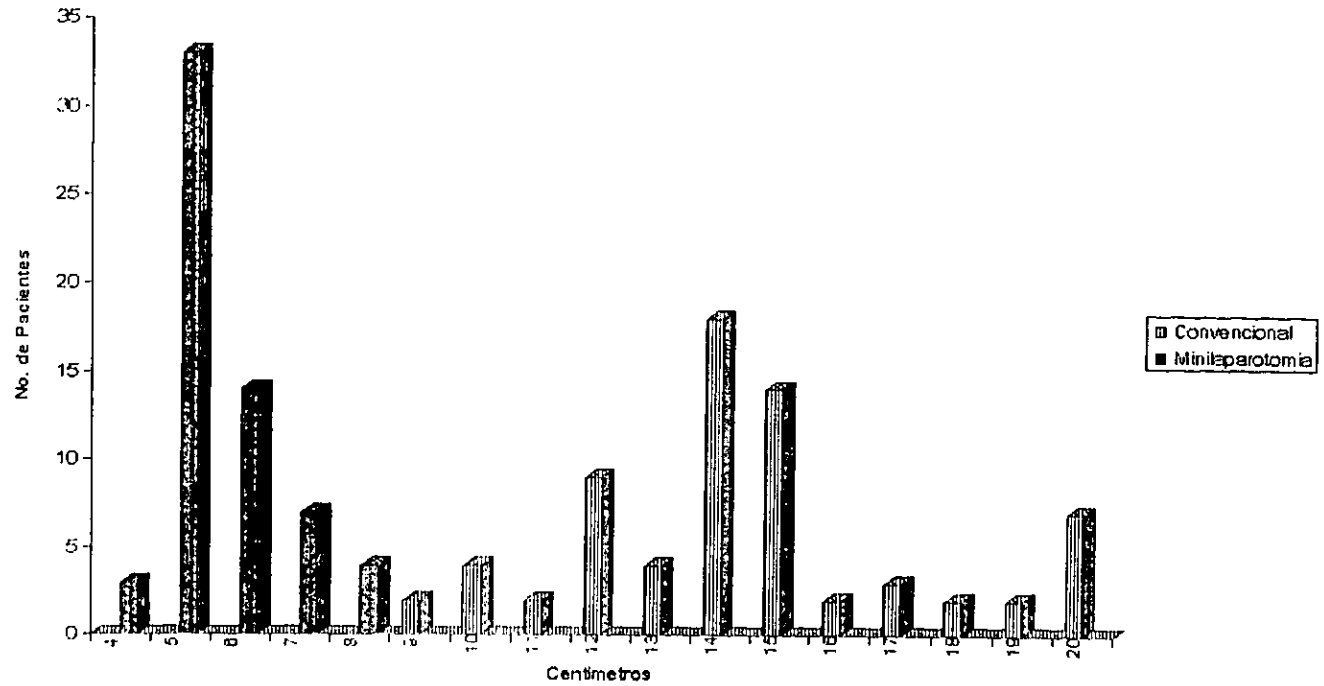


"Prevalencia por Sexo Grupo Convencional Vs. Minilaparotomia"

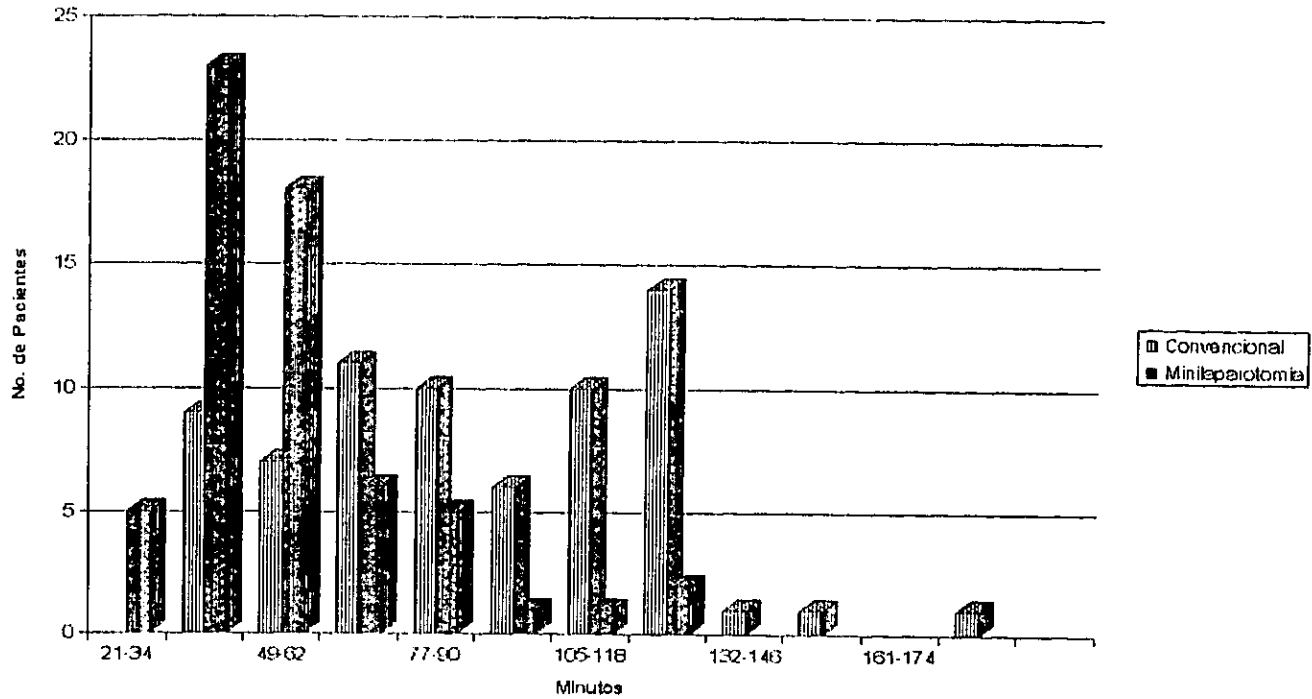


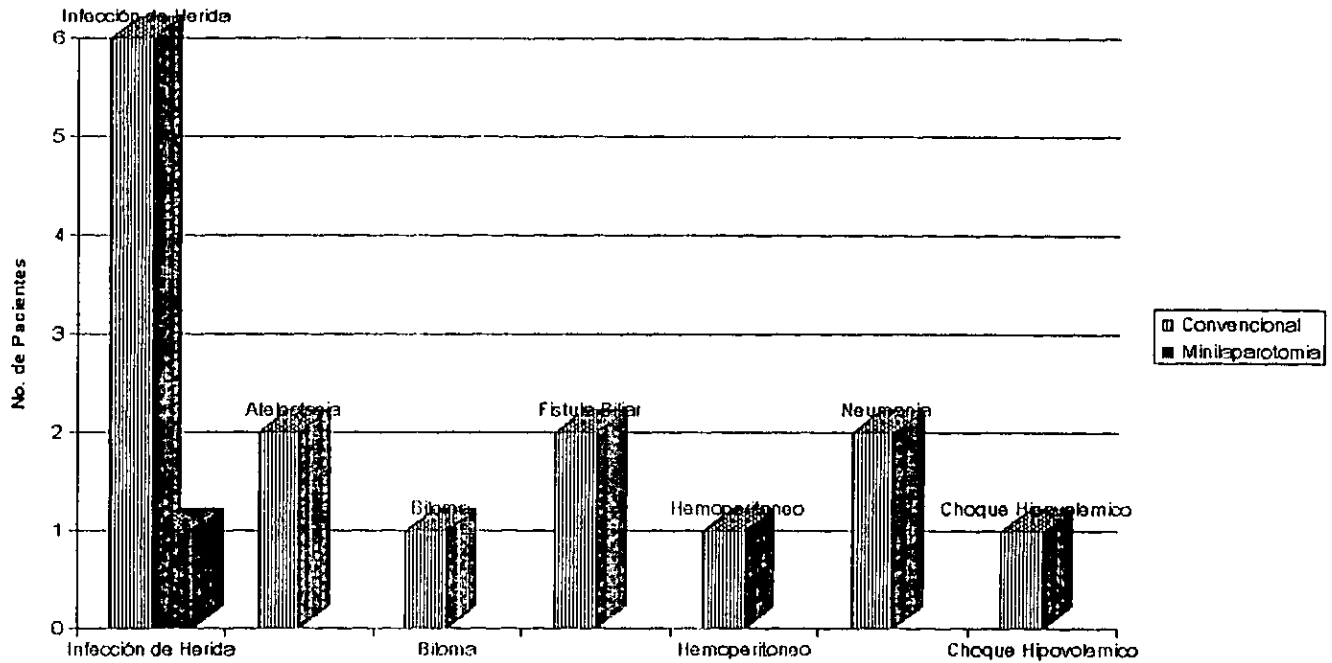
"Diagnosticos del Grupo convencional Vs. Minilaparotomia"



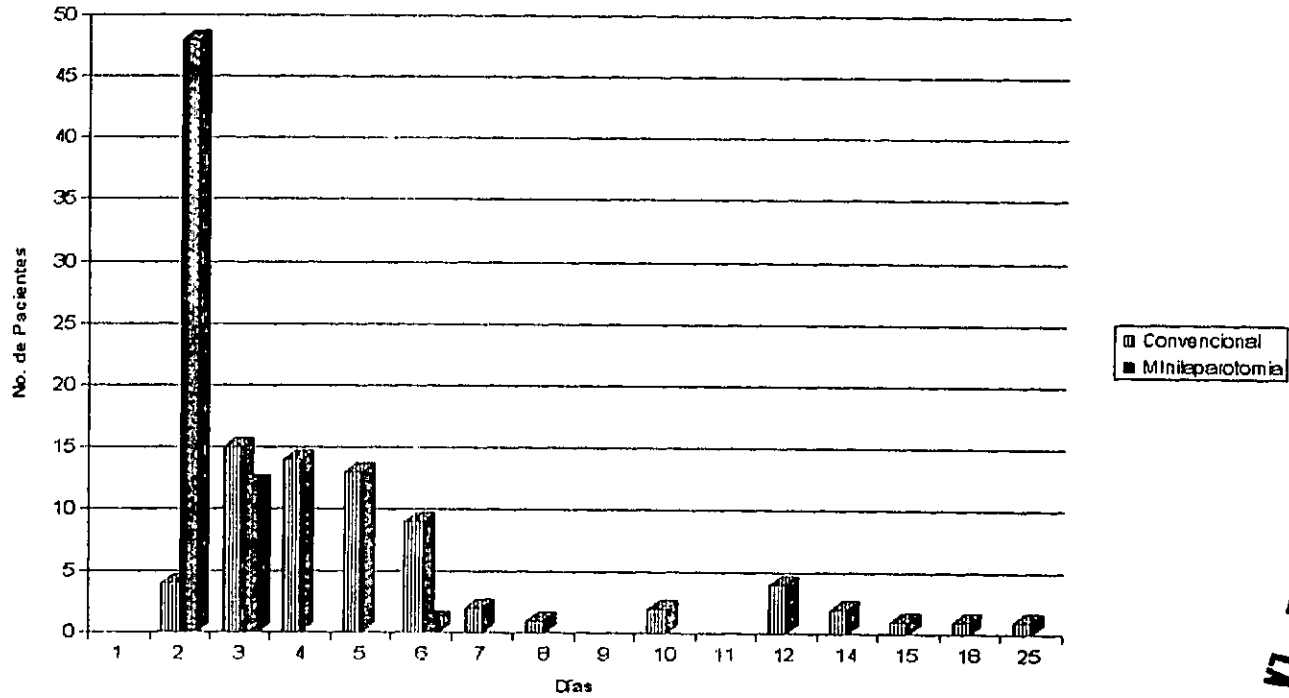
"Centímetros de Incisión Grupo Convencional Vs. Minilaparotomía"

"Tiempo Quirúrgico Grupo Convencional Vs. Minilaparotomía"



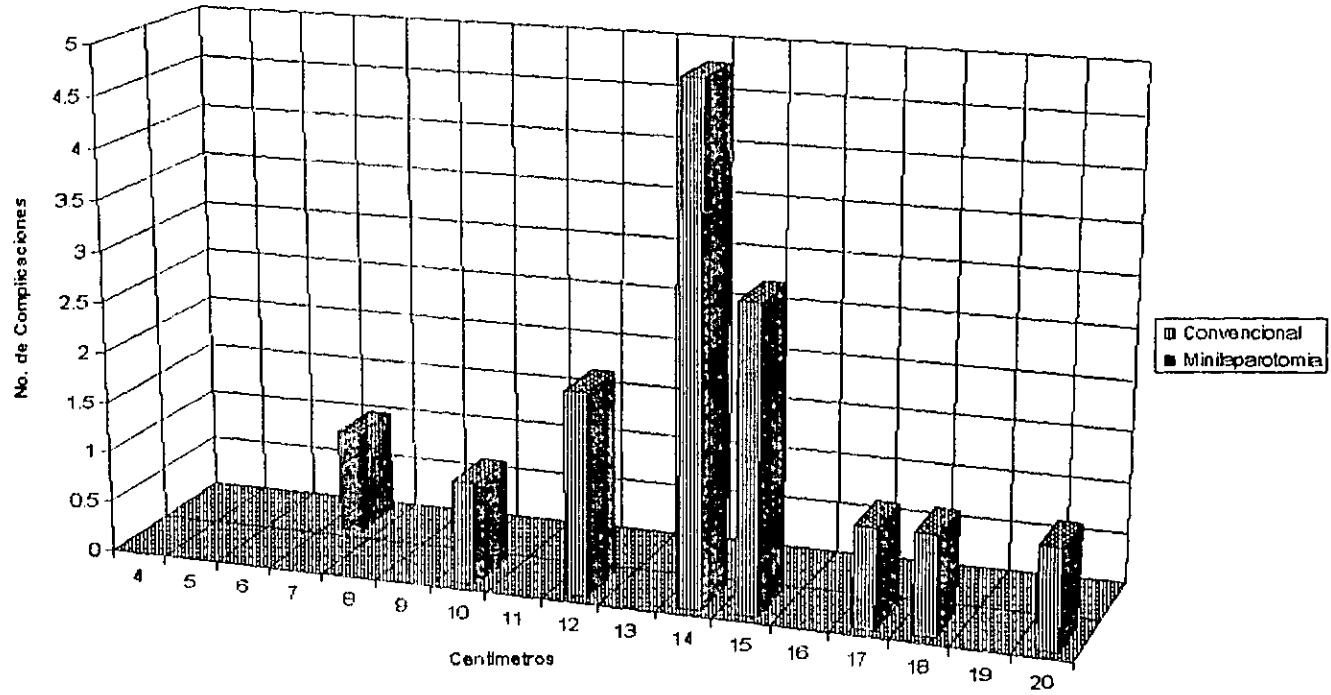
"Complicaciones Grupo Convencional Vs. Minilaparotomía"

"Días de Estancia Hospitalaria Grupo Convencional Vs. Minilaparotomía"



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

"Relación Centímetros Vs. Complicaciones"



"Relación Tiempo Quirúrgico-Complicaciones"

