

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DRENAJE-NO DRENAJE EN COLECISTECTOMIA

(Estudio prospectivo Hospital General San Juan de Dios.
Informe inicial)

EDGAR ARMANDO ARAGON GONZALEZ

CONTENIDO

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
3. MATERIAL Y METODO
4. GENERALIDADES
5. PRESENTACION DE RESULTADOS
6. CONCLUSIONES
7. RECOMENDACION
8. BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

En la historia de la Cirugía, como en la de la práctica médica en general, han habido conceptos y procedimientos que se han considerado inevitables o inherentes a un cuadro clínico, circunstancia dada por su práctica rutinaria o por la aceptación categórica de su uso. Un ejemplo lo ha constituido el procedimiento quirúrgico de Colecistectomía, acompañado de drenaje de Penrose, para asegurar la salida de cualquier material líquido que pueda producirse (bilis, sangre).

Es interés del presente trabajo contribuir con la práctica quirúrgica, para que el cirujano que dedica el uso u omisión del drenaje en una Colecistectomía, tenga base bibliográfica en que amparar su decisión y para que el paciente intervenido sea beneficiado, evitando heridas que algunas veces son causa directa de morbilidad (Infección, cicatrices antiestéticas, etc.).

El presente trabajo prospectivo, presentado como informe inicial, tiene su fundamento en reportes de países donde el seguimiento de pacientes es posible y fidedigno, y, en el hecho de que autores con amplia experiencia y conocimientos, recomienden la práctica de Colecistectomía sin drenaje.

OBJETIVOS

1. Demostrar que el drenaje en Colecistectomía no es siempre necesario.
2. Determinar la frecuencia y el tipo de complicaciones que se presentan en Colecistectomías drenadas y sin drenar.
3. Sugerir la práctica de Colecistectomías sin drenaje.
4. Actualizar bibliografía sobre el tema Colecistectomía sin drenaje.

MATERIAL Y METODO

Para la realización de este trabajo prospectivo se creó un protocolo, el cual incluye pacientes a las cuales se les practica electivamente Colecistectomía. No se incluyen pacientes a quienes se les exploran las vías biliares. La decisión de dejar o no Penrose se hizo a través de fichas previamente elaboradas y que fueron sacadas un día antes de la intervención. Se adjunta protocolo usado.

Todas las pacientes fueron operadas y seguidas por un mismo servicio. En vista de que este estudio se realiza en la Cuarta Cirugía de Mujeres del hospital General San Juan de Dios, todas pertenecen al sexo femenino.

PROTOCOLO A-1

NOMBRE _____ EDAD _____ REG. CLINICO _____

HISTORIA: _____

COLECISTOGRAMA: _____

COLANGIOGRAMA: _____

DX PRE. OP: _____ DX POST. OP: _____

HALLAZGOS OP. (fecha op) _____
(referencia tamaño y No. aproximado de cálculos) _____

COLANGIOGRAMA PER-OP SI NO

POST-OP.

--USO DE PENROSE SI NO

--1a. movilización Penrose 1 2 3 4 5 6 7 8 9 día post-op.

--PRESENCIA BILIS EN CURACIONES SI NO

--DIA REMOVIDO PENROSE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--ESTUDIO BACTERIOLOGICO _____ ANTIBIOTICO _____
(resultado y lugar donde se tomó) _____

--FIEBRE O FEBRICULA: _____

(referirse a relación con movilización
o extracción de Penrose) _____

COMENTARIO: _____

(complicaciones) _____

FECHA EGRESO: _____

RECONSULTAS (fecha), COMENTARIO: _____

DRENAJE EN COLECISTECTOMIA

GENERALIDADES

El uso de los drenajes intraperitoneales tiene su origen desde los primeros días de la cirugía. Sin embargo la tendencia actual es evitarlos en vista de que se ha demostrado que tienen poca utilidad.

Uno de estos ejemplos lo constituye el uso de drenajes después de Colecistectomía, práctica que ha sido aceptada en la mayoría de centros quirúrgicos. Las indicaciones del drenaje en Colecistectomía se rigen por los mismos principios de los drenajes intraperitoneales.

El cirujano no debe olvidar que si ocurre la salida de algún material al peritoneo, la morbilidad aumenta, pudiendo llegar a producirse la muerte. Es por lo tanto importante para cirujanos, anticiparse a la probabilidad de contaminación peritoneal con material del tracto gastrointestinal. En cada caso operado en el cual exista la posibilidad de derramamiento, la colocación de drenaje debe ser considerada.

Las operaciones para las cuales el drenaje provisional se ha recomendado son: a. operaciones sobre el tracto biliar, en las cuales se pueden lesionar canalículos biliares no visibles o en las cuales el cierre de los conductos biliares no sea seguro. b. Anastomosis o aberturas del tracto gastrointestinal cuyas paredes no sean cubiertas adecuadamente por firme serosa; c. En el manejo de pacientes con lesiones pancreáticas inflamatorias severas o traumáticas. No existe acuerdo en el uso profiláctico del drenaje intraperitoneal. Por el contrario, el drenaje de abscesos localizados tiene aceptación general (15).

Tradicionalmente las características de un buen drenaje son: a. ser capaces de establecer un tracto adecuado para garantizar la salida de material. Hay varios factores físicos básicos que deben ser observados para asegurarse que habrá drenaje hacia el exterior. En primer lugar, debe colocarse material adecuado para la formación del tracto. Experimentalmente se ha sugerido el uso de material tipo látex, silicón, hule y cloruro de polivinilo. Látex es recomendado para drenaje rutinario de corto tiempo (16). Los drenajes rígidos que no se acompañan de succión, tienen tendencia a sellarse rápidamente (6), no siendo por lo tanto satisfactorios.

b. Fijación: El cirujano debe estar completamente seguro que los drenajes permanecen en el sitio en el cual se espera desempeñen sus funciones. Se ha sugerido el uso de suturas finas de fácil absorción (catgut 6-0), de tal manera que no interfiera con su retiro (6).

c. Salida del drenaje: Actualmente se aconseja extraer el o los drenajes por una vía diferente a la propia herida quirúrgica (contraincisión).

d. Tiempo de permanencia: Debe de removerse el drenaje, cuando se considere ha cumplido con su propósito. Es raro la permanencia de drenajes por arriba de una semana, tiempo por el cual se espera haya ocurrido la salida de cualquier material. Los criterios para su remoción son diversos, extrayéndose paulatinamente, avanzando una o dos pulgadas por día (6), o bien retirarse de una sola vez cuando su función ha terminado.

e. Cuidados: Los drenajes deben ser manejados con métodos estériles, evitando cualquier contaminación, dada la evidencia de que actúan como doble vía (8).

Los conceptos generales del drenaje intraperitoneal han sido combatidos por diversidad de autores, formulándose conceptos como en el caso del drenaje post-colecistectomía, que ha sido estudiado y considerado por algunos (9) como no necesario, más bien perjudicial (8), y aumenta la morbilidad, tiempo de hospitalización y sensación de malestar por otros (11, 13, 14). Es bien reconocido que un drenaje es una comunicación al exterior que es susceptible de funcionar extrayendo material, así como introduciendo elementos contaminantes (8).

La práctica de Colecistectomía sin drenaje fue introducida por Spivack en 1913 (5). Cada década ha tenido investigadores que pusieron en discusión el uso del drenaje y varios autores así lo hicieron en 1921 (Mayo), 1927 (Desmarest), 1933 (Doberauer), 1961 (Neumann), 1972 (Serafimov). Los pro y contra del drenaje en Colecistectomía han sido motivo de discusión desde entonces, sin existir criterios generales acerca de su uso u omisión.

La mayor parte de literatura consultada, realizando estudios prospectivos en largas series (4, 11, 8, 9), tiene lineamientos en común, donde ponen de manifiesto que el uso de drenaje en Colecistectomía conlleva aumento de hospitalización, febrículas post-op que coinciden con la movilización del penrose, aumento de la sensación de malestar, cicatrices indeseables, etcétera, RECOMENDANDO la colocación de drenaje en Colecistectomía solo en los casos siguientes: a. en pacientes en quienes al momento operatorio se nota tendencia al sangramiento o bien presencia anormal de drenaje biliar; b. en pacientes con Colecistitis agudas supurativas, gangrenosas o perforadas; c. en pacientes debilitados o inmunosuprimidos.

La serie más grande revisada (11) analiza pacientes en quienes se practicó Colecistectomía con o sin exploración de los conductos biliares. Estas operaciones incluso fueron acompañadas -

de procedimientos tales como Hernioplastia y apendicectomía.

Estos autores concluyen recomendando no usar drenaje en - Colecistectomía, a menos que existan razones para ello, (anotadas en párrafo anterior).

PRESENTACION DE RESULTADOS

TABLA No. 1.

	No.	%
Colecistectomías		
Sin drenaje	13	56.52
Con drenaje	10	43.47
TOTAL	23	

El presente estudio se hace con pacientes electivas. Comprende únicamente Colecistectomía.

TABLA No. 2. Hallazgos Patológicos

	DRENAJE	
	SI	NO
Colecistitis Crónica		
Calculosa	8	10
Acalculosa	2	3
TOTAL	10	13

TABLA No. 3 Reporte Anatomopatológico	DRENAJE	
	SI	NO
Inflamación Crónica	10	12
Inflamación sub-aguda		1
TOTAL	10	13

Todas las piezas fueron analizadas anatomopatológicamente.

TABLA No. 4		COMPLICACIONES		
TIPO	SIN DRENAJE		CON DRENAJE	
	No.	%	No.	%
Inf. Urinaria	1	4.3		
Arritmia Cardíaca	1	4.3		
TOTAL	2	8.6		

Las complicaciones post-op presentadas fueron Infección Urinaria y arritmia cardíaca, habiéndose presentado en 2 pacientes a los cuales no se le dejó drenaje.

TABLA No. 5	
Colecistectomía	Colangiograma Operatorio
Drenada	9
Sin drenar	8

La Colangiografía per-operatoria se practicó en pacientes drenados y no drenados. Su interpretación fue normal en todos los casos presentados.

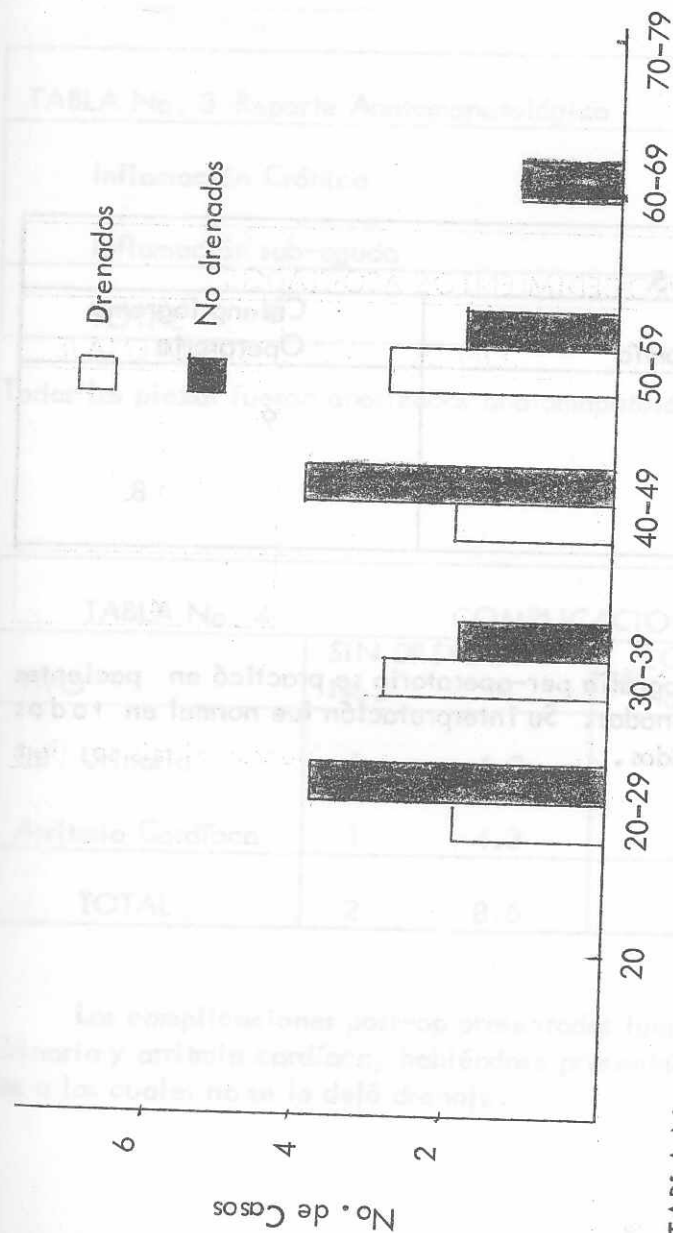


TABLA No. 6 Distribución por edad de Pacientes Drenados y no Drenados.

El estudio comprendió pacientes entre las edades 23 y 68 años siendo el promedio de edad 40 años.

TABLA No. 7 PROCEDIMIENTOS ASOCIADOS		
TIPO	CON DRENAJE	SIN DRENAJE
Hernioplastia Umbilical	1	1
Hernioplastia + Pomeroy		1
Pomeroy		1
Biopsia Hepática		1
TOTAL	1	4

La tabla muestra procedimientos que se efectuaron al mismo tiempo que la Colectomía.

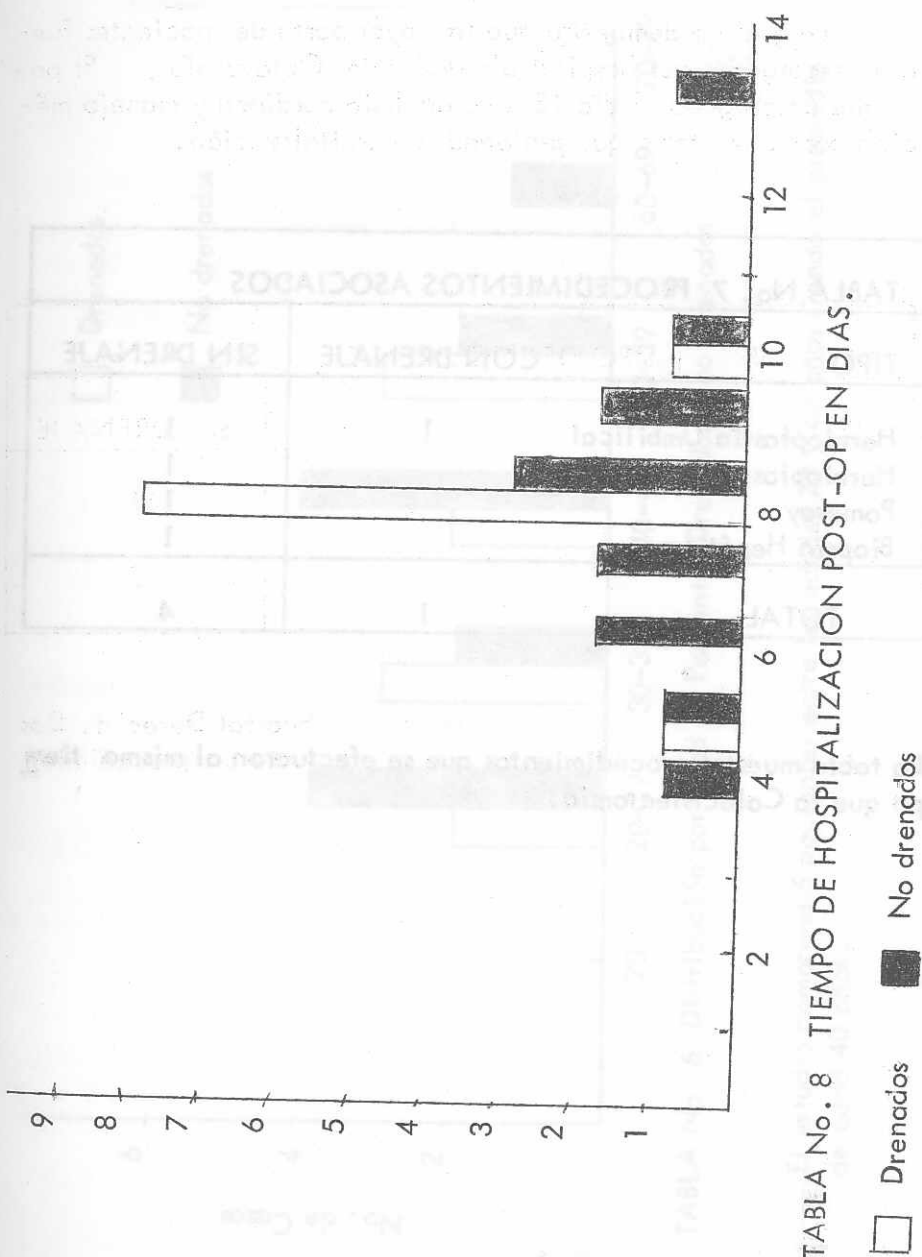


TABLA No. 8 TIEMPO DE HOSPITALIZACION POST-OP EN DIAS.

□ Drenados ■ No drenados

La gráfica demuestra que la mayor parte de pacientes fueron descargados del hospital alrededor del Octavo día. El paciente descargado el día 13 tuvo arritmia cardíaca y manejo médico post-operatorio que prolongó su hospitalización.

TABLA No. 9 TIPO DE INCISIONES

TIPO	CON DRENAJE	SIN DRENAJE
Subcostal Derecha	8	11
Paramediana Derecha	2	2

El tipo de incisión más usado es el subcostal Derecho. Dos de los pacientes con incisión paramediana tuvieron procedimientos asociados.

INTERPRETACION DE DATOS

1. Debido a que éste es un estudio que aun está en proceso, consideramos que los resultados obtenidos hasta la fecha no son definitivos.
2. La ausencia de complicaciones observadas hasta la fecha - en los casos de Colecistectomía sin drenaje, nos permite continuar dicho estudio con mayor confianza. Las dos complicaciones encontradas (infección urinaria, arritmia cardíaca), consideramos no guardan relación con el procedimiento efectuado.
3. El 46% de los pacientes no drenados egresaron antes del Octavo día, mientras en el grupo drenado únicamente el 12%.
4. Hay aproximadamente el mismo número de pacientes en las décadas comprendidas entre los 20 y 60 años.
5. Los procedimientos asociados no aumentaron la morbilidad de los pacientes colecistectomizados.
6. El tipo de incisión más usado es el subcostal.

CONCLUSIONES

1. La literatura revisada y el presente trabajo contribuyen a demostrar que el uso de Drenaje después de Colecistectomía Electiva no es necesario.
2. La decisión en algunos pacientes de dejar drenaje estará condicionada al criterio del cirujano al encontrar problemas técnicos (hemorragia, laboriosidad, etc.).
3. La omisión de drenaje después de Colecistectomía ha sido investigada, publicada y recomendada extensamente en la literatura. Esta literatura incluye pacientes en quienes además de Colecistectomía se realizaron procedimientos en vías biliares.

RECOMENDACION

Se recomienda en base a la experiencia previa y a los informes de la literatura consultada, la práctica de Colecistectomía Electiva sin drenaje, siguiendo los lineamientos descritos de hemostasia, patología encontrada y estado inmunológico del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. Principles of Surgery, Schwartz, 1980.
2. Operaciones Abdominales, Rodney Maingot, I.
3. Complications of Biliary tract surgery, SGO 110:141, 1960
4. Intraperitoneal Drains and Nasogastric Tubes, in Elective Cholecystectomy, Am J. Surg. Vol 137, June 1979.
5. Cholecystectomy with and without Surgical Drainage, Am. J. Surg. Vol 130 July, 1975.
6. Intraperitoneal Drainage, When and How? SGO, August 1955.
7. Importancia del Drenaje después de Cirugía de Vías Biliares, Surg. Clin. of North América, Vol 62, 1964.
8. Prophylactic Abdominal Drains, Arch. Surg, Vol 105, Aug 1972.
9. A Controlled trial of Drainage after Cholecystectomy, B.J. Surg Vol 63, 278-282, 1976.
10. Routine Drainage in Cholecystectomy, Journal of Surg, Vol 137 March, 1979.
11. Eight Hundred Cholecystectomies, Arch Sug, Vol 110, - Jun 1975.

12. The Surgeon at Work, SGO, 98- 506-507.
13. Cholecystectomy without drainage, SGO, 137, 613-617.
14. Drain Fever, a complication of drainage, after Cholecystectomy, Surgery, 52, 314-317.
15. Intraperitoneal Drains - New England Vol. 287, 1053-1104 1972
16. An Experimental Evaluation of the types of material used for drainage tuber. Br. J. Surg. Vol. 63, 421, June 1976.

Dr. Bernardo Magaña
Asesor.

Dr. [Signature]
Asesor.
Director de Fase III

Dr. César Solís
Revisor.
César Solís Pacheco.

Dr. [Signature]
Director de Fase III

Dr. [Signature]
Secretario
Rolando Castillo R.

Vo. Bo.

Dr. [Signature]
Decano.
Rolando Castillo Montalvo.