

# Colecistectomía sin Dreno

## Nuestra Experiencia

---

*Dr. José Carlos Alcerro Díaz \**

---

En el Hospital Central del Instituto Hondureño de Seguridad Social y en el Hospital Escuela, la mayoría de los cirujanos utiliza el drenaje (penrose) en el lecho vesicular después de una colecistectomía. La justificación para colocar el drenaje, es que existe el peligro de un derrame biliar o hemático en el post operatorio y que éste líquido saldrá al exterior a través del dreno, evitando así complicaciones como colecciones hemáticas, biliares, abscesos o peritonitis.

El profesor alemán Langenbuck de Berlín en 1882, colocó por primera vez un dreno después de realizar una Colecistectomía.

Spivack, también de Alemania en 1913, describió la "Colecistectomía ideal" y no drenó el lecho vesicular (1) Esta controversia de drenar o no drenar el lecho vesicular existe, desde aquel entonces, hasta nuestros días.

Apareció el dicho de John B. Deaver, "Los cementerios están llenos de pacientes que se les extirpó la vesícula sin dreno"; pero otro autor, Frederick Coller, decía: "La bilis no está educada para salir por los drenos". (2)

Por varios estudios realizados, se ha demostrado, que el solo hecho de colocar un dreno en la cavidad peritoneal, aumenta la morbilidad post operatoria. Este hecho se ha descrito después de practicar esplenectomía.(3). Sin

---

Cirujano General y Vascular  
Instituto Hondureño de Seguridad Social y Hospital Escuela.

embargo algunos cirujanos, siguen pensando que la colocación de un dreno no hace ningún daño, que es inocuo, que no provoca ninguna molestia al paciente, que solo brinda beneficios.

Mencionaremos algunos inconvenientes y complicaciones de observación clínica reportados, en relación al uso del drenaje sub hepático post Colecistectomía: ate-lectasia pulmonar basal (4-5), infección de la herida quirúrgica, infección en el trayecto del dreno (6), dolor al respirar (7); complicaciones que aumentan la estancia hospitalaria, las molestias al paciente y elevan el costo de la intervención quirúrgica.

### MATERIAL Y MÉTODOS.

Este es un estudio retrospectivo, de nuestra experiencia personal en Colecistectomía sin dreno de 1985 a 1988, de 58 casos Operados. En este trabajo solo pudimos incluir 52 casos, porque 6 expedientes clínicos no pudieron ser analizados, por tener datos incompletos. Todos los pacientes fueron operados personalmente o bajo supervisión directa, por un residente de cirugía en formación. Se operaron 40 pacientes en el Hospital Escuela de Tegucigalpa. Los expedientes fueron obtenidos del archivo correspondiente de cada Hospital.

Todas las intervenciones quirúrgicas fueron selectivas, con el diagnóstico clínico, radiológico o ultrasonográfico de Colecistitis Crónica Calculosa. En este estudio se investigó: tipo de incisión utilizada, si se realizó o no

col angiografía trans operatoria, si se suturó el lecho hepático, si se utilizaron antibióticos, complicaciones post opera tonos, hallazgos anatomopatológicos y estancia hospitalaria.

## RESULTADOS.

De los 52 pacientes, 48, pertenecían al sexo femenino (92.3%) y 4 casos al sexo masculino (7.7%). La cuarta década fue en la que se encontró el mayor número de casos, 20, con un 38.5%; y la suma de la tercera y cuarta década, alcanzó el 70% de los pacientes operados. (Cuadro 1)

Sexo	Masculino 4 (7.7%)
	Femenino 48 (92.3%)
Total	52
Edad	11 - 20 0
	21 - 30 16 (31.0%)
	31 - 40 12 (23.0%)
	51 - 60 3 (7.5%)
Total	52

Se utilizó la Incisión media supraumbilical en 31 casos (59.6%) y la Incisión subcostal derecha (Kocher) en 21 casos (40.4). (Cuadro 2)

CUADRO No. 2  
COLECISTECTOMIA SIN DRENO

### TIPOS DE INCISIÓN

Incisión Media supraumbilical: 31 (59.6%)  
Incisión Subcostal (Kocher): 21 (40.4%)

Total 52

Se realizó Colangiografía operatoria transcística selectiva con catéter en 10 casos (19%), en base a los criterios estándar para realizar este estudio radiológico. En todos los casos, las radiografías no mostraron cálculos y se observó un buen paso del medio de contraste al duodeno.

En ninguno de los pacientes se utilizaron antibióticos profilácticos, ni colocación de sonda naso gástrica.

En todos los casos, se cerró el lecho vesicular, con sutura continua de catgut crómico 3 ceros, y en la mayoría, para controlar los puntos sangrantes, se utilizó el electro cauterio previo al cierre del lecho vesicular.

Antes de cerrar la pared abdominal, se hizo una revisión meticulosa, para ver si se observa sangrado o derrame biliar del lecho, de las ligaduras de la arteria cística o del conducto cístico y de las áreas de disección. Luego se cerró la pared abdominal en forma convencional, sutura de puntos separados del peritoneo, aponeurosis y piel.

Los resultados de anatomía patológica fueron los siguientes: Colecistitis Crónica Calculosa 43 (82.7), Colecistitis Crónica Alitiásica 6, Colecistitis Crónica Alitiásica y Colesterolosis 2, y Colecistitis Crónica Alitiásica y Adenomiosis 1. (Cuadro 3)

CUADRO No. 3  
COLECISTECTOMIA SIN DRENO

### ANATOMIA PATOLOGICA

Colecistitis Crónica Calculosa:	43 (82.7%)
Colecistitis Crónica Alitiásica:	9 (17.3%)
C.C. Alitiásica	6
C.C.A. + Colesterolosis	2
C.C.A. + Adenomiosis	1
Total	52

Se presentaron 4 complicaciones post-operatorias; 3 pacientes con fiebre no mayor de 38°, en las primeras 48 horas, que luego desapareció sin tratamiento alguno; uno de estos casos tuvo tos, síntoma que ameritó el uso específico de un antitusivo. La otra complicación, fue, un rash alérgico, posiblemente al uso del antiséptico utilizado para la limpieza de la pared abdominal, complicación que no tiene relación alguna con el acto quirúrgico en sí.

Podríamos resumir diciendo, que solo tuvimos 3 complicaciones menores post- operatorias, después de una Colecistectomía sin dreño, que representa un 5.7% de morbilidad. Estas complicaciones no tuvieron relación con la Colangiografía operatoria, porque se observó de una manera similar en ambos grupos. (Cuadro 4)

CUADRO No. 4  
COLECISTECTOMIA SIN DRENO  
COMPLICACIONES

Fiebre post operatoria	Rash	3 (5.7%)
Alérgico		1
		4 Casos (7.77%)

En relación a la estancia hospitalaria, el 50% de los pacientes (26) estaban en su casa al tercer día de la cirugía; si sumamos 14 casos, que fueron dados de alta al cuarto día, podríamos decir que el 77% (40 Casos), estaban en su casa al cuarto día. (Cuadro 5)

CUADRO No. 5 COLECISTECTOMIA SIN DRENO ESTANCIA HOSPITALARIA	
DIAS	No. Casos
1 - 3	26 (50%)
4 - 6	24* (46%)
6 o más	2 (4%)
<b>52</b>	

\* 14 casos fueron dados de Alta al 4to. día.

#### COMENTARIO

La Colecistectomía, es un procedimiento quirúrgico muy frecuente en los Servicios de Cirugía. Algunos cirujanos drenan rutinariamente el lecho vesicular después de la Colecistectomía, otros lo hacen selectivamente y algunos no lo drenan.

La literatura tiene muchos trabajos comparativos, entre el uso y el no uso de drenos después de una Colecistectomía. Varios de ellos concluyen que no existe una diferencia significativa entre usar un drenó (no más de 48 hrs.), y no usar drenó. Sin embargo, está claro, que el uso innecesario de drenos, o el uso prolongado de los mismos (más de 48 hrs.), aumentan las molestias del paciente, las complicaciones y el costo del procedimiento quirúrgico.

El uso del drenó en el espacio sub hepático después de la cirugía biliar ha sido una tradición, pero su efectividad

raramente ha sido evaluada. La literatura reporta, que los drenos colocados en el hecho sub hepático han fallado para drenar colecciones de bilis y provenir peritonitis (7 8 9 10 13). En 1967 se realizó una entrevista a 100 cirujanos de Estados Unidos, y el 93% de ellos respondieron, que dejaban el drenó sub hepático, por temor a un derrame biliar en el post-operatorio que produjera una peritonitis; sin embargo esta complicación tiene una incidencia del 0.4%.

Otro trabajo publicado por Elboim y Col. (11), menciona el uso del ultrasonido después de practicar colecistectomías; y este autor demostró que el 25% de los pacientes colecistectomizados tenían colección subhepática, pero que el 92% de estas colecciones no tenían manifestaciones clínicas y no hubieran sido detectadas sino se hubiera utilizado el ultrasonido. Esta colección asintomática fue más frecuente en pacientes operados por cirugía de urgencia que en pacientes selectivos (40.7% vs. 17.9%), más frecuente cuando no se suturó el lecho vesicular que cuando si se suturó (35.9% vs. 4.1 %), más frecuente después de exploración de vías biliares que cuando no se hizo exploración (38.1% vs. 20.2%) y más frecuente cuando se dejó un drenó en el hecho sub hepático que cuando no se dejó drenó (31 % Vs 0%). En los tres primeros el porcentaje es lógico; y el autor refiere y concluye diciendo, que en relación al uso del drenó, quizá éste actúe como cuerpo extraño que estimula la formación de líquido en el espacio sub hepático, ya que no se encontró ningún caso de colección post Colecistectomía en los pacientes en los que no se dejó drenó.

Nuestra experiencia con la Colecistectomía sin drenó ha sido excelente, con una morbilidad post-operatoria de 5.7%, dada por una complicación menor, como es la fiebre; resultado que coincide con la literatura consultada. Sin embargo quisiera decir que para utilizar ésta técnica, será necesario una cuidadosa y adecuada técnica quirúrgica: identificación de todos los elementos anatómicos (Cirugía "limpia"), disección delicada de los planos quirúrgicos, hemostasia satisfactoria del lecho hepático y de toda el área de disección.

Estará contraindicada esta técnica, en Colecistectomías "difíciles", en presencia de procesos supurativos, cuando existe dificultad para cerrar el lecho hepático, cuando la hemostasia es incompleta o "dudosa", al realizar una colangiografía operatoria por punción directa de la

vida biliar principal, o al realizar otros procedimientos quirúrgicos agregados, a veces no planeados, que tienen que practicarse al momento de la colecistectomía.

Creo que en una Colecistectomía selectiva, no complicada, realizada con cirugía "limpia", no está indicado el uso de un dreno en el espacio sub hepático, más bien, está indicada la Colecistectomía sin dreno.

#### SUMARIO.

Este es un trabajo retrospectivo, de nuestra experiencia personal, en 52 casos de Colecistectomía sin dreno, operados en el IHSS y Hospital Escuela de Tegucigalpa. Los resultados fueron excelentes con una morbilidad post-operatoria de 5.7%, y una estancia hospitalaria reducida a 4 días en el 77% de los pacientes; resultados que disminuyeron las molestias post-operatorias de los pacientes, las complicaciones y el costo hospitalario.

#### BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Gerald Johnson, Robert Gilsdorf. Routine versus Selective Drainage of the gallbladder bed after cholecystectomy. Am. J. of Surgery 1981; 142:651-653.
- 2.- M. J. Playforth y Col. Suction drainage of the gallbladder bed does not prevent complications after cholecystectomy: a random control clinical trial. Br. J. Surgery 1985;72:269-271
- 3.- Cohn LH. Local infections after splenectomy; relationship of drainage. Arch Surgery 1965; 90:230-232.
- 4.- Myers M B. Drain fever, a complication of drainage after cholecystectomy. Surgery 1962; 52:314-317.
- 5.- Cathcart III Robert S. y Col. Should Drains be used in routine Cholecystectomy? Am. Surgeon 1984; 50:482-185.
- 6.- Ronaghan Joseph E. y Col. A statistical analysis of drainage versus non drainage of elective cholecystectomy. Surg. Gynecol. Obstet. 1986; 162:253-255.
- 7- Locker Dany Col. A prospective randomized study of drained and of drained Cholecystectomies. Am. Surgeon 1983; 49:528-530
- 8.- Means R. L. Bile peritonitis. Am Surgery 1964; 30; 583
- 9.- Williams CB. Halpin DS Knox AJS. Drainage following Cholecystectomy. Br. J. Surgery 1972; 59:293-294.
- 10.- Farha George J, Chang Frederic, Mathews Earl h. Drainage in elective Cholecystectomy. AmJ. Surgery 1981; 142:678-680.
- 11.- Elboim Charles M. y Col. Significance of post-cholecystectomy sub hepatic fluid collections. Ann. Surgery 1983; 198:137-141
- 12.- Tobias Sidney. Cholecystectomy without drainage. Am Surgeon 1983; 49:536-538.
- 13.- Hoffman J, Lorentzen M. Drainage after cholecystectomy. Br. J. Surgery 1985; 72:423-427.
- 14.- Budd Daniel c. y Col. Cholecystectomy with and without drainage. Am J. Surgery 1982; 143:307-309.