

Colecistectomía laparoscópica: experiencia inicial

Dres. Raúl Morelli¹, Jorge Bermúdez¹, Gustavo Veirano²

Resumen

La colecistectomía laparoscópica se está convirtiendo rápidamente en el procedimiento de elección para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática.

Desde diciembre de 1990 hasta agosto de 1991 hemos intervenido 79 pacientes. El tiempo operatorio fue de 84 minutos.

Se realizó colangiografía intraoperatoria en 61% de los pacientes. En el 3.8% se realizó conversión a abierta. La morbilidad fue del 2.5%. No hubo mortalidad. El 83% de los pacientes fueron dados de alta antes de las 24 horas de la operación. El retorno al trabajo varió de los 5 a los 30 días.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica. Colecistectomía
Colangiografía laparoscópica
Patología vía biliar

Summary

Laparoscopic cholecystectomy is rapidly becoming the procedure of election for treatment of symptomatic vesicular lithiasis. Between December 1990 and August 1991 the authors operated on 79 patients. Operatin gime was of 84'. Intraoperative cholangiography was carried out in 61% of the patients. Conversion to open surgery took place in 3.8%. There was no mortality. 83% of the patients were discharged from hospital before the first 24 hours after the operation were due. Return to work varied from 5 to 30 days.

Introducción

La colecistectomía ha sido realizada por más de 100 años desde que la descubrió por primera vez Carl Langenbuck en el Berliner Krankenhaus. Los detalles técnicos de este procedimiento han cambiado poco

con la excepción de los materiales de sutura y electrobisturí.

Mouret en Lyon, Francia, en 1987 fue el primero en realizar una colecistectomía laparoscópica que fue un desafío para demostrar que la cirugía laparoscópica era capaz de realizar intervenciones de creciente complejidad oponiéndose a la cirugía clásica.

En mayo de 1988 Dubois, en París, comienza con la técnica y publica su primer trabajo en mayo de 1989^(1,2).

En junio de 1988⁽³⁾, Mc Kernan y Saye en Marietta, Estados Unidos, realizan la primera colecistectomía laparoscópica en Estados Unidos y Reddick y Olsen lo hacen en setiembre de 1988 en Nashville⁽⁴⁾.

La difusión y el auge de la colecistectomía laparoscópica fue explosivo y es tema de congresos y publicaciones en todo el mundo.

En nuestro país comenzamos (J.B.) con la técnica en diciembre de 1990 y nuestro trabajo expondrá la experiencia en estos ocho primeros meses.

Creemos que esta nueva técnica tiene ventajas sobre la técnica clásica:⁽⁵⁻⁷⁾

- Importante disminución del dolor posoperatorio.
- Disminución de la internación.
- Rápido retorno al trabajo.

Todo esto significa un indudable beneficio económico para el paciente y la sociedad que aún no está documentado⁽⁵⁾.

Sus indicaciones son las mismas que para la colecistectomía clásica:

- Litiasis biliar sintomática aguda y crónica.
- Colecistopatía crónica alitiásica.
- Poliposis vesicular.

Las contraindicaciones son discutidas y a medida que se adquiere más experiencia son cada vez menores.

Podemos señalar actualmente como contraindicaciones absolutas:

- No tolerancia a la anestesia general.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Hospital Británico.
1. Profesores Agregados de Clínica Quirúrgica. 2. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 16 de octubre de 1991.

Correspondencia: Dr. Raúl Morelli. Av. Italia 2569. CP 11600, Montevideo.

- Concomitancia con otra operación del abdomen superior.
- Sospecha de fístula bilio-entérica.
- Sospecha de neoplasma de vesícula.
- No aceptación de la técnica por el paciente.

Como contraindicaciones relativas citaremos varias causas, pero son discutidas y hay autores⁽⁷⁾ que no las consideran como tal.

- Embarazo.
- Trastornos de la crisis.
- Hipertensión portal.

La ictericia tiene que ser estudiada con colangiografía endoscópica retrógrada previa y aclarar su etiología. Si se trata de una litiasis coledociana se realiza la extracción de los cálculos con eventual papilotomía y a las 24 horas se realiza la colecistectomía laparoscópica.

Material y método

Desde el diciembre de 1990 a agosto de 1991 fueron intervenidos 79 pacientes.

No se realizó ningún tipo de selección.

La técnica efectuada fue similar en todos los pacientes y ya fue referida en comunicación anterior⁽⁸⁾, pero queremos destacar algunos detalles técnicos que nos parecen interesantes.

- Se debe trabajar con la mesa bien baja, para que los cirujanos estén bien cómodos maniobrando los instrumentos.
- Es indispensable que el anestesista mantenga una buena relajación durante toda la operación.
- Cuando hay operaciones previas y se sospechan adherencias en la zona umbilical se puede realizar el neumoperitoneo en hipocondrio derecho y luego colocar un trócar de 5.5 mm con una óptica de 5 mm y luego colocar el resto de los trócares bajo visión directa con eventual liberación de adherencias. También se puede realizar la colocación del trócar en la región umbilical por incisión directa ajustando la aponeurosis con un *surget* alrededor del tubo⁽⁹⁾.
- Es necesario visualizar con seguridad la unión del cístico con la vesícula, a diferencia de la colecistectomía abierta en que se reperaba el borde derecho del hepático común en el triángulo de Calot.
- McKernan⁽³⁾ aconseja cuando hay sangrados moderados que no se pueden cohibir, lavar con suero y esperar.
- La disección de la vesícula se hace perfectamente con el electro-bisturí. El laser no es indispensable y hay autores^(5,10) que señalan que se debe deschar.
- En las colecistectomías difíciles creemos que es preferible dejar un sector de la pared vesicular

fulgurado que entrar en la disección dentro del lecho hepático por el peligro que entraña una hemorragia y por lo difícil que es cohibirla en ese lugar.

De los 79 pacientes, 24 (30%) fueron hombres y 55 (70%) mujeres.

Las edades oscilaron entre 14 y 81 años, con una media de 50 años.

62 pacientes (78%) eran portadores de una colecistopatía crónica litiásica, 7 (9%) aguda y 4 (5%) subcrónica, hidrocolecisto.

3 pacientes (4%) presentaban una litiasis asintomática.

3 pacientes (4%) eran portadores de una colecistopatía crónica alitiásica.

Todos los pacientes fueron estudiados con ecografía abdominal. Se trató que los estudios fueran concluyentes en cuanto al estado de la vía biliar principal, las paredes vesiculares y el tamaño y número de los cálculos.

La colangiografía endoscópica retrógrada fue realizada preoperatoria en 1 caso y 2 posoperatoria.

Como operaciones concomitantes se realizó una reparación de eventración y 2 de hernia umbilical.

Se realizó en todos los pacientes terapia con antibióticos profilácticos con una dosis de cefalosporinas de 3ª generación y en todos se colocó sonda nasogástrica intraoperatoria para descomprimir el estómago.

Resultados

El tiempo operatorio fue de 84 minutos pero se debe señalar que en los primeros 24 fue de 98 minutos promedio y en los últimos 55 fue de 77 minutos ($p < 0.05$ de significación estadística).

La indicación de colangiografía intraoperatoria se realizó igual que en la colecistectomía abierta y los criterios manejados fueron 2:

- Sistemática
- Dirigida:
 - Sospecha de litiasis en la vía biliar principal
 - Dudas en la anatomía biliar
 - Dudas en posible lesión de vía biliar

Se intentó en 72% de los pacientes y se realizó en 61%, encontrándose 2 litiasis coledocianas, 2,5% del total de pacientes operados.

Como complicaciones intraoperatorias se señala un sangrado de una rama de la cística que fue cohibido sin problemas.

Se realizó la conversión a abierta en 3 pacientes (3,8%): en 2 oportunidades por dificultad en la disección del pedículo cístico por la presencia de importante componente inflamatorio agudo a lo que se sumó una litiasis coledociana diagnosticada por la colangiografía. Este porcentaje está dentro de los presenta-

dos por autores de mayor experiencia ya que Reddick ⁽⁶⁾ tiene 1.8% en 500 casos, Graves ⁽⁵⁾ 6.9%, Schirmer 8.5% ⁽⁷⁾.

La mortalidad fue de 0%.

La evolución posoperatoria fue excelente en todos los pacientes pues 85% necesitó un calmante menor o ninguno y 92% presentó un vómito o ninguno.

Las complicaciones posoperatorias en la bibliografía consultada varía para Perissat de 4.8% a Reddick con 1%. En nuestra serie fue de 2.5%. Estas consistieron en un hematoma de la pared y una litiasis residual no advertida en el acto operatorio que fue resuelta en el posoperatorio inmediato mediante papilotomía endoscópica. En ningún caso fue necesario realizar una laparotomía en forma diferida.

83% de los pacientes fueron dados de alta antes de las 24 horas luego de la operación. El promedio fue de 25 horas con un mínimo de 14 horas y un máximo de 72 horas.

El retorno al trabajo fue muy variable, pues los trabajadores independientes lo hicieron a los 5 días y los trabajadores dependientes entre los 20 y 30 días.

Discusión

Los datos extraídos de nuestra estadística son comparables a los de estadísticas más numerosas. Ellos confirman que la colecistectomía laparoscópica cumple con todos los requisitos de la colecistectomía abierta y que es tan segura como ésta.

Pero es indudable que la colecistectomía laparoscópica posee ventajas sobre la técnica tradicional ya que se logró una disminución franca del dolor posoperatorio, del tiempo de internación y del retorno al trabajo.

Los casos de conversión a abierta tuvieron un posoperatorio similar al de los sometidos a cirugía abierta de entrada.

Las dos situaciones de litiasis coledociana fueron resueltas sin necesidad de reintervenciones, una antes del alta y otra en el posoperatorio inmediato.

Es un procedimiento efectivo y seguro para realizar la colecistectomía, que permite explorar la VBP y que con más experiencia permitirá resolver la litiasis coledociana en forma laparoscópica.

Es una cirugía que debe ser realizada por cirujanos que hayan practicado cirugía biliar abierta y creemos que su aprendizaje se debe realizar meticulosamente dirigido y aconsejados por cirujanos de experiencia como se realiza en la cirugía abierta. Queremos señalar que como es una técnica recién llegada a nuestro país, hay numerosos rumores sobre morbilidad y mortalidad que no se ajustan a la realidad por lo que es imprescindible que cada grupo que practique esta técnica presente sus resultados.

Bibliografía

1. **Dubois F, Berthelot G, Levard H.** Cholecystectomy par coelioscopie. *Presse Med* 1989; 18(19): 980-2.
2. **Dubois F, Berthelot G, Levard H.** Coelioscopic cholecystectomy: Preliminary report of 36 cases. *Ann Surg* 1990; 211: 60-2.
3. **McKernan JB, Saye W.** Cirugía general laparoscópica. *Med. Assoc Georgia*, 1990; (March): 157-9.
4. **Reddick E, Olsen D.** Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy: a comparison with mini-lap cholecystectomy. *Surg Endosc* 1989; 3: 131-3.
5. **Graves H, Ballinger J, Anderson W.** Appraisal of laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1991; 213: 655-64.
6. **Reddick E, Olsen D.** Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. *Am J Surg* 1990; 160: 485-7.
7. **Schirmer B, Edge S et al.** Laparoscopic cholecystectomy. Treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. *Ann Surg* 1991; 213: 665-77.
8. **Bermúdez J, Morelli R, Veirano G.** Colecistectomía laparoscópica: Comunicación Preliminar Soc Cir Urug 1991 (en prensa).
9. **Hasson HM.** Open laparoscopic. *Laparoscopy*, Phillips JM, Corson SL, Keith L et al. Baltimore: Williams and Wilkins, 1977; 145-9
10. **Corbitt J (Jr).** Laparoscopic cholecystectomy: laser versus electrosurgery *Surg Lapar Endosc* 1991; 1: 85-8.