

Análisis de una serie personal de 500 colecistectomías con técnica convencional

Dres. Daniel Czarnevicz¹, Ricardo Fernández²,
Gustavo Rodríguez², Raúl Praderi³

Resumen

Se realiza el análisis de una serie personal de 500 colecistectomías, destacándose la baja proporción de litiasis residual (0.4%) y la ausencia de mortalidad. Por último se recalca la importancia de la sistematización técnica y de la colangiografía intraoperatoria.

Palabras clave: Patología vía biliar
Colangiografía
Morbilidad

Summary

The author analyses a personal series of 500 cholecystectomies, pointing out the low proportion of residual lithiasis (0.4%), and absence of mortality. The importance of technical systematization and intraoperative cholangiography is also emphasized.

Introducción

Después de más de un siglo de constantes progresos en cirugía biliar, la colecistectomía se ha convertido en la intervención abdominal con menor morbimortalidad y con los mejores resultados a largo plazo.

En las últimas dos décadas han aparecido otras alternativas terapéuticas para la litiasis vesicular. Estos nuevos métodos, para probar su eficacia y validez tendrán que comparar sus resultados con los de la colecistectomía convencional.

Vemos entonces que estas técnicas alternativas, nos obligan a revisar los resultados que hemos logrado con la colecistectomía, y será éste el objetivo de nuestro trabajo.

Material y método

Se realizó una revisión de la cirugía biliar efectuada por uno de los autores (R.P.) en el período 1980-1989, tanto en el medio hospitalario como extrahospitalario.

El total de las intervenciones sobre la vía biliar fue de 779; de las cuales 120 (15%) correspondieron a patología neoplásica y 595 (85%) a patología no neoplásica. Dentro de estas 595, 502 (84.36%) fueron colecistectomías por litiasis y 93 (15.64%) por otras patologías de la vía biliar (litiasis de la vía biliar principal (VBP), conocida o no en el preoperatorio, quiste hidático, estenosis de la VBP, atresia de vía biliar, colangitis esclerosante).

La incisión empleada en la mayoría de los casos fue una transversa de hipocondrio derecho sin abrir la línea media, salvo en pacientes muy obesos; en algunos casos se empleó una incisión mediana o paramediana (pacientes longilíneos con ángulo xifoideo muy cerrado), y la incisión de Arce (pacientes añosos con paredes complacientes).

En todos los pacientes se realizó colangiografía intraoperatoria, el drenaje subhepático no fue utilizado en forma sistemática, no se les dejó a aquellos pacientes con vesícula péndula y mesocisto largo. Este avenimiento se sacó en algunos casos por contraabertura y en otros por la comisura externa de la herida. Para el cierre de la pared se utilizó ácido poliglicólico y tanza en la línea media cuando ésta fue abierta, se infiltró los espacios intercostales con bupivacaína 0.5% en la mayoría de los casos. El tiempo operatorio promedio fue entre 30-40 minutos y el alta se otorgó entre el segundo y tercer día.

Resultados

La distribución por edad, sexo no mostró diferencias con las publicadas en la literatura.

Las complicaciones parietales como la supuración

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» Prof. Dr. Raúl Praderi. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Montevideo.

1. Asistente. 2. Residente. 3. Profesor de Clínica Quirúrgica. Trabajo presentado como tema libre en el XLII Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, 1 al 5 de diciembre de 1991.

Correspondencia: Dr. Daniel Czarnevicz. Dr. Gastón Ramón 2372. CP 11600 Montevideo.

y hematoma de la herida se presentaron en 7 enfermos (1.5%).

Dos enfermos (0.4%) presentaron litiasis residual; una de las cuales se le había dejado drenaje transcístico por carecer de colangio intraoperatorio y fue reoperado a los 7 días, y el otro fue resuelto por papilomatosis endoscópica.

No hubo lesiones de la vía biliar principal, ni muertes relacionadas con la cirugía.

Comentario

Son pocas las publicaciones sobre series personales que aparecen en la literatura; en nuestro medio Chifflet ⁽¹⁾ publica en 1957 su serie personal sobre 340 colecistectomías.

Los resultados obtenidos en esta serie traducen la importancia que adquiere la colangiografía intraoperatoria realizada en forma sistemática. A pesar de esto, series internacionales ^(2,3) señalan que la colangiografía intraoperatoria no identifica cálculos de la VPB entre 2,3–10%. En nuestra serie de los 2 enfermos con litiasis residual solamente en uno el cálculo pasó inadvertido a la colangiografía; en el otro enfermo ésta no se pudo realizar. Pero no sólo la importancia de la colangiografía radica en la litiasis residual, sino también en la prevención de las lesiones de la VPB, las cuales constituyen la más importante de las complicaciones de este tipo de cirugía. Así, autores como Bismuth ⁽⁴⁾, reportan entre un 0,5–1% de lesiones de la VBP y en la mayoría de los casos, no se realizó colangiografía intraoperatoria.

La mortalidad de la colecistectomía es extremadamente baja, entre 0,5–1% en la cirugía de elección según la literatura ^(2,5). Pero es de hacer notar, que si bien en los estudios multicéntricos, los resultados son

los mencionados, en todas las series personales la mortalidad varía de 0–0,5% ^(6–9).

Conclusiones

De este análisis se puede concluir:

1. Es importante la sistematización técnica del equipo quirúrgico.
2. La importancia de realizar colangiografía sistemática, o en su defecto, ser extremadamente cautelosos en la elección de los casos en los que no se realizará.
3. Vemos que en nuestro medio es posible obtener resultados comparables con los de otros medios más desarrollados tecnológicamente.

Bibliografía

1. **Chifflet A, Praderi LA.** Consideraciones sobre cirugía biliar. Análisis de 470 observaciones. Bol Soc Cir Uruguay 1957; 28(6): 454–65.
2. **McSherry CK, Glenn R.** The incidence and cause of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. Ann Surg 1980; 191:271.
3. **Huguier M, Rostoucher F.** Cholecystectomy: le coût de l'acte opératoire. AFC contacts 1991; 20: 457.
4. **Bismuth H.** Complications du traitement chirurgical de la lithias biliaire. Journées médico chir digest Nice 1982. Actualités digestives medico-chir. Paris: Masson, 1982.
5. **Hess W, Rohner A, Cirenei A.** Malattie delle vie biliari et del pancreas. Padova: Piccin, 1987/1990.
6. **Ganey JB, Johnson PA et al.** Cholecystectomy: clinical experience with a large series. Am J Surg 1986; 151: 352–7.
7. **Guilliland TM, Traverso LW.** Cholecystectomy: modern standards for comparison to alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long-term symptom relief. Surg Gynecol Obstet.
8. **Carpenter WS.** Review of 555 cholecystectomies without drainage. Am J Surg 1978; 44: 200.
9. **Madden JL, Kandalaf S.** The nature and surgical significance of common bile duct stones. Surg Gynecol Obstet 1968; 126:3.