

Colecistectomía de elección por una incisión cutánea entre 5 y 8 cm

Nuestra experiencia: A propósito de 28 casos consecutivos

Dres. Alberto Estefan¹, Julio Iacopino², Gabriel Dutto², Gerardo Bruno², Edgardo Ramos³, Raúl C. Praderi⁴

Resumen

Una serie de 28 colecistectomías de elección consecutivas y no seleccionadas, fueron efectuadas por una incisión cutánea de 5 a 8 cm.

No se constataron dificultades técnicas insalvables. La incisión sólo se amplió en dos circunstancias: a) emplazamiento inadecuado y b) litiasis coledociana asintomática asociada.

La colangiografía preoperatoria transcística se efectuó en todos los casos.

Consideramos que la ecografía previa para determinar la topografía exacta de la vesícula y del pedículo hepático es fundamental. No hubo complicaciones posoperatorias. A nuestro criterio, esta técnica tiene como indicación fundamental razones estéticas y en cierto modo el respeto a la pared abdominal.

Palabras clave: Colecistectomía. Vesícula.

Summary

A series of 28 consecutive and non-selected elective cholecystectomies were carried out through a 5 to 8 cm cutaneous incision. No unsurmountable technical difficulties were observed. The incision was only widened in two circumstances: a) wrong site and b) associated asymptomatic choledochal lithiasis.

Transcystic per-operative cholangiography was performed in all cases. A previous echography for determination of the exact topography of the gall-bladder and the hepatic pedicle is considered fundamental. There were no post-operative complications.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "3". Prof. Raúl C. Praderi. Hospital Maciel - Facultad de Medicina - Montevideo. Presentado al 42º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este, diciembre de 1991.

1. Profesor Agregado de Cirugía

2. Residentes de Cirugía

3. Jefe de Residentes de Cirugía

4. Profesor de Clínica Quirúrgica.

Correspondencia: Dr. Alberto Estefan. J.H. Figueira 2302. Montevideo-Uruguay.

Introducción

En la cirugía abdominal la colecistectomía es la segunda operación en frecuencia luego de la apendicectomía. Desde que Langenbuch^(1,2) practicó por primera vez una colecistectomía en 1882 por una incisión en "T", numerosas son las incisiones descritas.

En la actualidad, las incisiones más comúnmente utilizadas para efectuar una colecistectomía de elección son: la transversa, la subcostal y la paramediana transrectal. En nuestro servicio la preferencia recae en general sobre las dos primeras aunque se hicieron dos paramedianas transrectales. Pelissier⁽³⁾ utiliza una incisión transversal supraumbilical simétrica de 8 cm reclinando ambos rectos.

La extensión habitual de ambas varía en la cirugía convencional entre 15 y 30 cm.

Las exigencias de la vida moderna y el avance tecnológico actual tienden y posibilitan utilizar incisiones cutáneas menos extensas, pero sin sacrificar la "seguridad de la operación"; principio que consideramos fundamental y prioritario.

El objetivo de esta comunicación es evaluar la colecistectomía de elección efectuada mediante una incisión cutánea que varió entre 5 y 8 cm que ya han sido analizadas por otros autores⁽⁴⁻¹¹⁾.

Material y método

La serie está integrada por 28 pacientes consecutivos. En todos los casos se obtuvo el consentimiento informado. La edad varió entre 17 y 55 años, con una media de 31,2 años, corresponden a 21 mujeres (66,7%) y 7 hombres (33,3%).

Todas las colecistectomías fueron de elección. Los únicos criterios de exclusión fueron: a) diagnóstico de certeza de coledocolitiasis, b) patología extrabiliar asociada (v.g. esofagitis por reflujo, úlcera gastroduodenal, etc.), c) operaciones previas sobre

el hipocondrio derecho (hígado, vías biliares, duodeno, páncreas). La obesidad estaba presente en 25% (7 casos). Todos los enfermos fueron operados por cirujanos con experiencia en cirugía biliar (R.P. y A.E.).

Las patologías que motivaron la colecistectomía de elección fueron: litiasis vesicular sintomática, 24 casos (85,7%), litiasis vesicular y coledociana asintomática 2 casos (7,1%), colestrosis vesicular, 1 caso (3,5%) y pólipo vesicular 1 caso (3,5%).

La incisión cutánea varió entre 5 cm (50% = 14/28), mayor de 5 y menor de 6,5 cm (8,5% = 7/28), entre 6,6 y 8 cm (14,2% = 4/28) y mayor de 10 cm en 2 casos (7,1%) por razones tácticas (litiasis coledociana asociada asintomática diagnosticada por colangiografía transcística).

En 14 pacientes (50%) se efectuó previamente ecografía para determinar la topografía exacta de la vesícula.

El tipo de incisión practicada fue: transversa, 20 casos; subcostal, 7 casos y paramedianas transrectal 1 caso. La elección de la incisión fue hecha en función de la conformación anatómica del reborde costal.

La colecistectomía se practicó de cuello a fondo en 75% y de fondo a cuello en 25% de los casos. La colangiografía intraoperatoria transcística fue realizada en todos los pacientes.

Litiasis coledociana no sospechada fue demostrada por colangiografía posoperatoria en 2 casos (7,1%). En ambos casos la incisión fue ampliada efectuándose coledocotomía, coledocolitotomía y coledocostomía sobre tubo de Kehr.

El muñón cístico fue ligado con catgut o Pino. El drenaje subhepático no se emplazó en 21 casos (75%). El cierre parietal fue con Poliglictina N° 2 en los planos musculares y 0/1 subdérmica en el cutáneo.

En todos los casos se procedió a la infiltración con Bupiefa a 0,25% de los planos parietales. Se utilizaron instrumentos quirúrgicos convencionales para lograr una exposición adecuada del pedículo hepático. En ningún caso se dejó sonda nasogástrica.

Resultados

En 71,4% (20 casos) fue posible efectuar la colecistectomía con una incisión entre 3 y 8 cm. Las causas en los cuales no fue posible fueron: litiasis coledociana asintomática, 7,1% (2 casos); emplazamiento inadecuado de la incisión, 14,2% (4 casos) y dificultades técnicas, 7,1% (2 casos).

El tiempo operatorio global varió entre 20 minutos y 40 minutos con una media de 30 minutos en las colecistectomías puras. No hubo complicaciones posoperatorias. La internación varió entre 16 horas y 6 días, con una media de 3,4 días para toda la serie excluyendo los enfermos portadores de coledocolitiasis.

El reintegro laboral se situó entre 5 y 14 días, con una media de 8 días.

Discusión

La colecistectomía de elección por una incisión cutánea "mínima" es técnicamente posible sin exponer a un riesgo innecesario a los pacientes. Los resultados de esta serie son comparables a los reportados por O'Dwyer⁽⁹⁾ et al. con incisiones de 5 cm en una serie de 46 casos y por Gubern⁽¹¹⁾ en 41 casos con incisión de 10 cm, pero sólo 30% con colangiografía. Patiño⁽¹⁰⁾ operó 35 enfermos por incisiones entre 4, 5 y 10 cm pero efectuó colangiografía operatoria sólo en 4 casos.

La opción de esta técnica, exige como condicionante ineludible: a) "ambiente quirúrgico" adecuado; b) equipo quirúrgico entrenado y c) ecografía previa para determinar la topografía exacta de la vesícula⁽²⁾.

Esta técnica es una opción frente a la colecistectomía laparoscópica a la cual no nos oponemos como alternativa terapéutica.

Las ventajas de la colecistectomía por minilaparotomía son: a) no requiere un equipo "sofisticado" y de alto costo económico; en efecto, se realiza con instrumentos quirúrgicos convencionales de cirugía biliar; b) posibilita efectuar la colangiografía transcística sin dificultades; c) iguales resultados en términos de: tiempo operatorio, reintegro laboral y complicaciones son similares con ambos procedimientos; d) se realiza por única incisión. Sin embargo el procedimiento tiene un inconveniente: no permite efectuar un correcto examen posoperatorio de toda la cavidad abdominal.

Consideramos que esta operación posee una indicación principal, tal vez la única: la estética.

Bibliografía

1. **Langenbuch C.** Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis. Heilung Berl Klin Wschr 1882; 19:725.
2. **Praderi EC.** Cien años de Cirugía Biliar. Cir Uruguay 1982; 50: 1.
3. **Pelissier EP, Blum D, Girard JF, Meyer JN.** Chole cystectomy par minilaparotomie sans section musculaire: Etude prospective. AFC Contacts 1991; 20: 458.
4. **Goco I, Chambers L.** Mini-cholecystectomy and operative cholangiography. A means of cost containment. Am Surg 1983; 49:143.
5. **Moss G.** Mini-trauma cholecystectomy. J Abd Surg 1983; 66: 66.
6. **Moss G.** Discharge within 24 hours of elective cholecystectomy. Arch Surg 1986; 121: 1159.
7. **Hall RC.** Short surgical stay: two hospital days cholecystectomy. Am J Surg 1987; 154: 510.
8. **Gramatica L; Lada Paul E, Dustaric C, Garibotti F.** Incisiones pequeñas en cirugía biliar electiva. Rev Argent Cirug 1990; 59:172.
9. **O'Dwyer PJ, Murphy R, O'Highins NJ.** Colecistectomía por una incisión de 5 cm. Br J Surg 1991; 5: 77.
10. **Patiño JF, Londoño E, García L.** Colecistectomía "Mini-traumática". Rev Col Cir 1991; 6: 70.
11. **Gubern JM, Carulla J, Minguela J, Valverde J et al.** Initial Experience with Elective Cholecystectomy through Mini Laparotomy. Program and Abstracts 34th World Congress of Surgery ISS/SIC-Stockholm, 1991:258.