

Colecistectomía por videolaparoscopia. Experiencia sobre 386 casos

Dres. F.J. Weisburd, R. Errera, A. Morganti, F. Falco, F. Mele

Resumen

Presentamos la experiencia en colecistectomía por videolaparoscopia realizada en el Hospital Italiano de La Plata, desde abril de 1991, hasta junio de 1993. La misma se basa en 386 pacientes que fueron intervenidos quirúrgicamente, de los cuales 252 (65%) presentaron litiasis vesicular sintomática, colecistitis aguda en 92 casos (23%), síndrome mínimo de hipertensión biliar en 26 casos (7,5%), síndrome coledociano en 14 casos (4%) y 2 pacientes (0,5%) que ingresaron por una pancreatitis. Todos fueron estudiados por ecografía y se utilizaron como estudios alternativos la colangiografía intravenosa, colangiografía retrógrada endoscópica con o sin papilotomía, tomografía axial computada.

En nuestra experiencia fueron convertidos 9 pacientes (2,33%), teniendo un índice de morbilidad de 16% y una mortalidad de un paciente (0,25%). Se reoperaron 2 pacientes (0,5%). El promedio de días de internación en nuestra casuística fue de 2,5 días por paciente, con un rango entre 1 y 28 días. El sexo femenino preponderó con 258 pacientes (67%), contra 128 del sexo masculino (33%). Incorporamos para esta estadística 12 pacientes pediátricos. Analizamos nuestra experiencia y la comparamos con otras estadísticas.

Palabras clave: Colecistectomía. Laparoscopia.

Summary

We have presented the experience of laparoscopic cholecystectomy which has been done at Hospital Italiano de La Plata, from april 1991 until june 1993. From a total of 386 patients who were undergone surgery, 252 (65%) have presented gallstone symptoms; 92 of them (23%) acute cholecystitis; 26 patients (7,5%) have presented minimal hypertension biliary syndrome; 14 (4%) of them, have presented obstructive jaundice, and 2 patients (0,5%) with pancreatitis. All patients were studied by echographic means; and as

alternative diagnosis different methods were used: intravenous cholangiography, endoscopic retrograde cholangiography, either papilotomy or not, axial computerized tomography.

From a total of 386 patients, 9 of them were converted.

The morbidity rate was 16%, and mortality one 0,25%, two patients (0,5%) were reoperated on.

Average days spent at hospital were two and half days, with a range from one to twenty eight.

From the total group of patients, 258 (67%) were female, 128 (30%) male, and 12 pediatric patients (3%).

Our experience was examined and compared with other statistics.

Introducción

Desde abril de 1991, y luego de aprender esta técnica quirúrgica con el Prof. Dr. F. Dubois en París, y con el Prof. Dr. Marescaux en Estrasburgo, Francia, comenzamos a realizar en el Hospital Italiano de La Plata, la colecistectomía por videolaparoscopia.

Hemos realizado desde esa fecha hasta junio de 1993 la cantidad de 386 colecistectomías en pacientes portadores de litiasis vesicular.

La experiencia acumulada y el desarrollo tecnológico permitió aumentar las indicaciones de esta técnica y extenderla hacia otras patologías: hernioplastias, apendicectomías, colónicas, toracoscopías, etc.⁽¹⁻³⁾.

Material y método

Hemos operado 386 pacientes en el transcurso de 27 meses, cuyo motivo de ingreso se discrimina en la tabla 1.

La edad de los pacientes osciló entre los 8 y 93 años, siendo la media de 42,7 años. Destacamos que 12 pacientes fueron de población pediátrica, es decir menores de 14 años.

67% de los pacientes fueron del sexo femenino (258), mientras que los restantes 128 (33%) fueron del sexo masculino.

El promedio de días de internación fue de 2,5 por paciente, con un rango entre 1 y 28 días.

Hospital Italiano de La Plata. La Plata, Buenos Aires.

Rep. Argentina.

Presentado como tema libre al 44º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este 5-10 de diciembre de 1993.

Correspondencia: Hospital Italiano de La Plata. La Plata. Buenos Aires, Argentina.

Tabla 1. Motivo de ingreso

Litiasis vesicular sintomática	252	(65%)
Colecistitis agudas	92	(23%)
Síndrome mínimo de hipertensión biliar	26	(7,5%)
Síndrome coledociano	14	(4%)
Pancreatitis aguda	2	(0,5%)

Las patologías concomitantes que presentaron los pacientes se indican en la tabla 2.

Todos los pacientes fueron estudiados por ecografía previa.

La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) fue utilizada en 18 pacientes (4,5%), en todos los pacientes portadores de un síndrome coledociano y en 4 pacientes portadores de síndrome mínimo de hipertensión biliar. Fue necesario completar con una papilotomía y extracción de cálculos en 12 pacientes (66%), el resto mostró una imagen alitiásica de la vía biliar.

La colangiografía intravenosa fue utilizada en 70 pacientes (18%). En un caso se completó con una CPRE con papilotomía, y el otro caso de los 2 pacientes con resultados positivos para litiasis coledociana vistos en este estudio, presentó un esfínter de Oddi desflorado recientemente.

Como norma realizamos lavado previo de la pared abdominal en todos los pacientes con Pervinox (mr).

Preoperatoriamente realizamos 2 gramos de cefalosporina de segunda generación como única dosis de antibioticoterapia.

Sonda nasogástrica colocada en el intraoperatorio y retirada una vez recuperado el paciente de la anestesia. No colocamos sonda vesical, pues enviamos al paciente a orinar previo a la cirugía.

384 pacientes (99,5%) fueron intervenidos quirúrgicamente en la posición descrita por Dubois⁽⁴⁾. A los 2 pacientes restantes se los intervino en la posición americana por ser portadores de artrosis de cadera.

Realizamos en 135 pacientes (34%) colangiografía intraoperatoria. En todas las colecistitis agudas y en aquellos pacientes que teníamos dudas al comprobar que laparoscópicamente el conducto cístico era más ancho que lo normal.

En 124 pacientes (32%) fue necesaria la colocación de un quinto trocar en la posición N3 americana. Los motivos fueron: colecistitis aguda, 89 pacientes; obesidad 14 pacientes, y en aquellos que presentaban adherencias múltiples con dificultad en la visualización del pedículo, 11 pacientes.

Tabla 2. Patologías concomitantes

Hipertensión arterial	54
Gastritis aguda	18
Diabetes	12
Obesidad (mayor de 110 kg)	14
Accidente cerebro vascular	2
Hernia inguinal	9
By-pass coronario	5
Esofagitis	3
Operaciones de abdomen superior	5
Artrosis de cadera	2
Hepatitis B	2
Hepatitis C	1
Debilidad mental	1
Amaurosis congénita	1
Mieloma múltiple	1
Embarazo de más de 3 meses	1
Total pacientes	131

Se dejaron drenajes en 132 pacientes (34%). En todos los portadores de colecistitis agudas (92 casos) y en todos aquellos en los cuales la dificultad estuvo dada por las múltiples adherencias con hemorragia y por sangrado del lecho hepático (40 casos).

Los pacientes portadores de litiasis vesicular sintomática, no fueron convertidos.

En las colecistitis agudas se convirtieron 9 pacientes (2,33%), 8 por dificultades en el reconocimiento y acceso al pedículo hepático luego de no más de una hora de comenzada la laparoscopia. El restante por presentar una fístula colecistoduodenal.

La hemorragia del lecho hepático se presentó en 23 pacientes (6%), la cual fue resuelta por electrocoagulación y taponaje hemostático.

La hemorragia de la arteria cística se presentó en 5 pacientes (1,4%). La visualización, presión y posterior ligadura con clips de titanio fue la conducta adoptada.

La caída de bilis y cálculos en la cavidad abdominal por ruptura intraoperatoria de la vesícula biliar fue otra de las contingencias. Si los cálculos eran menores de 3 mm de diámetro se dejaron. Los mayores de 4 mm fueron retirados. Debimos ampliar la incisión umbilical en 49 casos (12%) por cálculos que eran mayores de 2 cm de diámetro, o por litiasis

Tabla 3. Morbilidad

Reoperados	2
Abscesos del lecho hepático	8
Bilirragias	12
Hematomas de las incisiones	23
Dolor más allá del 4º día	4
Onfalitis	13
Total pacientes	62

múltiple. La morbilidad fue de 16%, 62 pacientes (tabla 3).

2 pacientes debieron ser reoperados: por lesión del hepático derecho en un caso y por litiasis coledociana no descubierta en el acto quirúrgico en el otro.

Estos pacientes fueron intervenidos con cuadros de colecistitis aguda.

8 pacientes (2%) presentaron abscesos residuales en el lecho hepático luego del quinto y octavo día del posoperatorio de una colecistitis aguda. Todos fueron resueltos por punción guiada por ecografía en 6 casos, los demás por TAC. Continuando con antibioticoterapia por 5 días posterior al drenaje y modificada de acuerdo al antibiograma.

Bilirragias por el drenaje se presentaron en 12 casos (3%), colecistitis aguda en 8 casos y colecistitis crónica en 4. La misma duró entre 3 y 9 días del posoperatorio y se retiró el drenaje luego del control ecográfico.

23 pacientes (6%) presentaron hematomas en las heridas quirúrgicas, 16 en el ombligo y 7 en alguno de los restantes.

Realizamos solamente un analgésico en el posoperatorio, Supagesic (mr). Solamente en 4 oportunidades, el dolor superó el día de internación y fue necesario analgesia por más días.

13 pacientes presentaron onfalitis (3,5%), pero solamente fue necesario en 4 pacientes el drenaje y apertura de la incisión umbilical, con curas locales. La mortalidad fue de 1 paciente (0,25%), operado por una colecistitis aguda, obeso, hipertenso y cardíaco, que fallece 8 horas después de la operación por un tromboembolismo pulmonar.

El promedio de días de internación fue de 2,5 días por paciente, con un rango entre 1 y 28 días. Debemos considerar que en nuestro Hospital el Servicio de Anestesiología nos requiere la internación el día previo.

Conclusiones

Presentamos nuestra experiencia en el Hospital Italiano de La Plata de 386 colecistectomías por video-

laparoscopia. Las cuales fueron divididas de acuerdo con el motivo de internación en: litiasis vesicular sintomática, colecistitis aguda, síndrome mínimo de hipertensión biliar, síndrome coledociano y pancreatitis aguda.

Todos los pacientes fueron estudiados con ecografía previa con diagnóstico de sus litiasis vesiculares.

La colangiografía intravenosa la usamos en pacientes portadores de síndrome mínimo de hipertensión biliar. También en pacientes con operaciones en hemiabdomen superior y en aquellos en los cuales queremos un mapeo de la vía biliar.

Usamos la colangiografía intraoperatoria en los pacientes portadores de colecistitis aguda y en aquellos pacientes en que laparoscópicamente el calibre del conducto cístico es mayor que lo normal.

Consideramos que es necesario operar las colecistitis agudas antes de las 72 horas de presentado el cuadro. Puesto que las adherencias en este período son más laxas. La punción vesicular en estos procesos debe realizarse una vez separada la vesícula de las adherencias.

Son también las colecistitis agudas, en nuestra experiencia, las que mayor morbilidad y complicaciones presentan. Coincidentemente con publicaciones de otros centros.^(5,6)

La conversión es más común en las colecistitis agudas^(5,6) dependiendo de la experiencia quirúrgica y, para nosotros, debería ser necesario un límite para tratar esta patología. Tomamos como límite una hora para visualizar el pedículo, de no ser posible, se convierte.

Es regla para nosotros, comenzar con una videolaparoscopia, pues es solamente la experiencia del cirujano la que va a determinar la prosecución del método.

La rápida vuelta a las actividades, la falta de dolor, el rápido restablecimiento y la estética que este método propone, también lo indican.

Bibliografía

1. Baird DR, Wilson JP, Mason EM, Duncan TD, Evans JS, Luke JP, Ruben DM, Lucas GW. An early review of 800 laparoscopic cholecystectomies at a university-affiliated community hospital. *Am Surg* 1992; 58(3): 206-10.
2. Donahue JH, Farnell MB, Grant CS, Van Heerden JA, Wahlstrom HE, Saar MG et al. Laparoscopic Cholecystectomy; early Mayo Clinic experience. *Mayo Clin Proc* 1992; 67(5): 449-55.
3. Ferguson CM. Electrosurgical Laparoscopic Cholecystectomy. *Am Surg* 1992; 58(5): 960-2.
4. Dubois F, Berthelot G, Levard H. Cholecystectomy under celioscopy. *Ann Chir* 1990; 44 (3).
5. Phillips EH, Carrol BJ, Fallas MJ, Daykhovsky L. Laparoscopic cholecystectomy in acute Cholecystitis. *Am Surg* 1992; 58(5): 273-6.
6. Ponsky JL. Complications of Laparoscopic Cholecystectomy. *Am Surg* 1991; 161(3): 393-5.