

## ARTICULO ORIGINAL

# Colecistectomía laparoscópica. Experiencia con 504 casos

Dres. Juan Domínguez, Diego A. Lentino, Juan E. Bruni, Roberto Delbene

## Resumen

*En el período comprendido entre febrero de 1991 y julio de 1993, se efectuaron 504 colecistectomías laparoscópicas en pacientes con litiasis vesicular, coledociana y colecistitis aguda. Los rangos de edad oscilaron entre 8 y 85 años, con una media de 48 años, de los cuales 218 eran de sexo masculino y 286 de sexo femenino, con una mortalidad de 0,16% (un paciente fallecido 6 horas posteriores con marcapasos cardíaco). En caso de sospecha clínica de litiasis coledociana, se efectuó C.R.E. y 48 hs. posteriores se realiza la colecistectomía laparoscópica. En 8 oportunidades debió convertirse a técnica convencional por dificultades en la disección de hilio, esclerosis inflamatoria y fístula colecistoduodenal. En ningún caso fue necesario reintervenir. No hubo lesión de la vía biliar. A medida que fue creciendo nuestra experiencia, las contraindicaciones relativas fueron disminuyendo, quedando solamente las absolutas para cualquier cirugía.*

**Palabras clave:** Colecistectomía. Laparoscopia.

## Summary

*Between February 1991 and July 1993, 504 laparoscopic cholecystectomies were carried out in patients with gall bladder and choledochal lithiasis, and acute cholecystitis. Ages ranged between 8 and 85 years; with a media of 48; 218 males and 286 females. There was a 0,16 mortality. (One patient died 6 hours after the procedure with a heart pacemaker.) Whenever choledochal lithiasis was suspected, CRE was carried out, and laparoscopic cholecystectomy was performed 48 hours later. In 8 cases conventional technique had to be adopted due to difficulties in hilum dissection, inflammatory sclerosis and cholecystoduodenal fistula. No reoperations were needed. There was no lesion of the biliar vine. As our experience grew, relative counterindications decreased; only those absolute ones for any surgery remain.*

Presentado como tema libre al 44º Congreso Uruguayo de Cirugía. Punta del Este. 5-10 de diciembre de 1993.  
Correspondencia: Clínica Basterrica, Juncal 3002, Buenos Aires, República Argentina.

## Introducción

La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en pacientes con patología biliar benigna. En el corto tiempo transcurrido desde su inicio en 1987 por Mauret<sup>(1)</sup> y difundida por Dubois<sup>(2)</sup> se afianzó en la faz técnica e instrumental y fue ampliamente aceptada por los cirujanos, disminuyendo paulatinamente las contraindicaciones relativas.

Son indiscutibles los beneficios que surgen del mínimo trauma quirúrgico que implica una rápida recuperación, menor tiempo de internación, muy buenos resultados cosméticos y precoz reintegro laboral<sup>(3)</sup>.

## Material y método

Desde febrero de 1991 hasta julio de 1993, fueron operados por el mismo equipo quirúrgico en este Centro, 504 pacientes con diagnóstico de colelitiasis, coledocolitiasis y colecistitis aguda según la técnica preconizada por Dubois.

218 pertenecían al sexo masculino (43,45%) y 286 (56,55%) al sexo femenino, con edades que oscilaron entre 8 y 85 años, con una media de 48 años.

Además de los estudios clínicos, de laboratorio y radiológicos habituales, se realizó ecografía hepatobiliopancreática para diagnóstico y para determinar la morfología vesicular y ductal. En nuestros primeros casos realizamos colangiografía I.V. con Bilisegral (R).

En las colecistopatías asociadas a síndrome coledociano o sospecha de litiasis de la vía biliar principal, se efectuó colangiografía retrógrada endoscópica (C.R.E.) y extracción de litos con o sin papilotomía 24 a 48 horas previas a la colecistectomía laparoscópica<sup>(4,5)</sup>.

Se realizaron 45 C.R.E., 29 (64%) por sospecha de litiasis hepatocoleodociana con 4 positivos (13,8%) y 16 (36%) casos por síndrome coledociano, entre los cuales 14 eran litiasicos (87,5%) y 2 (12,5%) tenían un síndrome de Mirizzi.

Seis pacientes requirieron colangiografía intrao-

peratoria transcística debido al diámetro aumentado de la vía biliar principal, no hallándose alteraciones.

En las colecistitis agudas con vesícula agrandada, a tensión, practicamos la punción percutánea evacuadora bajo visión laparoscópica, lo que nos facilitó las maniobras de disección. Se operaron 2 pacientes con antecedentes de gastrectomía subtotal y 6 con dermoilectomía.

## Resultados

En los 504 operados hubo una mortalidad de 0,16% que correspondió a un caso (paciente de 83 años de edad con colecistitis aguda con antecedentes de cardiopatía isquémica severa y con un marcapaso cardíaco, que falleció a las 6 horas del posoperatorio).

Se convirtieron 8 casos (15,86%), 6 por dificultad en la disección del hilio (todos con diagnóstico de colecistitis aguda), 1 por fístula colecistoduodenal y 1 por "vesícula en porcelana". Las dificultades intraoperatorias más frecuentes se debieron a apertura accidental de la vesícula con derrame del contenido (bilis, pus, cálculos) a la cavidad, sangrado del lecho vesicular, movilización y salida de clips de arteria cística, intensas adherencias inflamatorias por pericolecistitis, pero todas ellas fueron solucionadas satisfactoriamente en el mismo acto quirúrgico.

Dejamos drenaje tubular (catéter de polivinilo K30) en las colecistitis agudas y en casos con sangrado difuso del lecho vesicular, que se retiraron en 24 a 48 horas.

Las complicaciones posoperatorias fueron omalga (15 casos), supuración umbilical (4 casos), 1 bilirragia en una colecistitis aguda, que cedió espontáneamente al quinto día posoperatorio y en la cual la C.R.E. mostró indemnidad de la vía biliar principal<sup>(6)</sup>.

Un hematoma subhepático que se drenó por T.A.C. al décimo día, 2 pancreatitis leves y 3 litiasis residuales resueltas por endoscopia en el posoperatorio.

No hubo lesiones de la vía biliar principal y no fue necesario reintervenir a ningún paciente.

## Discusión

La colecistectomía por video celioscopia es en la actualidad el procedimiento de elección para tratar la patología biliar benigna avalado por innumerables publicaciones científicas mundiales. Sus ventajas se basan en el mínimo trauma quirúrgico que determina un rápida recuperación con menor tiempo de hospitalización<sup>(7)</sup>, precoz reintegro laboral y muy buenos resultados cosméticos<sup>(5)</sup>.

Creemos que la ausencia de lesiones quirúrgicas de la vía biliar principal se debió fundamentalmente a una precoz movilización del bacinete por sección del peritoneo visceral sobre el mismo, prolongado a ambos lados de la vesícula paralelo al hígado hasta cerca del fondo, que nos permite lograr una muy buena visualización del triángulo de Calot y efectuar una cuidadosa disección roma (hisopo) del conducto y arteria císticos, viendo sus relaciones con la vesícula y con el hepatocolédoco.

Somos partidarios del drenaje tubular (catéter de polivinilo K30) en colecistitis agudas, en operaciones dificultosas y en los casos de sangrado "en napa" del lecho vesicular.

En los casos en que el abordaje laparoscópico no nos permite realizar las colecistectomía sin riesgos, ya sea por factores locales (adherencias firmes, plastrones, etc.) o por factores vinculados a anomalías anatómicas, decidimos prudentemente la conversión a técnica convencional sin considerarlo como un fracaso del método.

## Conclusiones

La colecistectomía laparoscópica es actualmente el método de elección para el tratamiento quirúrgico de la patología vesicular benigna asociada o no a litiasis coledociana.

Los criterios de selección se han aplicado a medida que el progreso tecnológico y la experiencia de los cirujanos se han ido acrecentando.

Las dificultades técnicas intraoperatorias fueron las habituales para este procedimiento y su resolución fue satisfactoria en el mismo acto quirúrgico.

Las conversiones fueron causadas por factores locales en 7 casos y por una vesícula en porcelana (1 caso). Dichas colecistectomías convencionales fueron significativamente laboriosas lo que avaló nuestra decisión de convertirlas.

No tuvimos lesiones en la vía biliar intraoperatorias. Creemos que la movilización inicial del bacinete y una adecuada disección roma del conducto y arteria císticos, nos facilita la individualización de dichos elementos y de sus relaciones locales.

Las complicaciones posoperatorias fueron solucionadas sin secuelas y sin requerir una laparotomía.

La bilirragia fue estudiada por vía de una colangiografía retrógrada endoscópica al segundo día, descartándose lesión de la vía biliar principal.

Las pancreatitis leves se trataron clínicamente con buenos resultados.

En los casos de colelitiasis asociadas a litiasis de hepatocolédoco (sospecha clínica o síndrome coledociano instalado) efectuamos el estudio y tratamiento por vía endoscópica (C.R.E. con o sin papi-

lotomía) 24 a 48 horas antes de la cirugía laparoscópica.

La mortalidad nuestra fue de 1 caso (0,16%) a las 6 horas del posoperatorio.

## Bibliografía

1. **Nathanson LK, Shimi S, Cuschieri A.** Laparoscopic Cholecystectomy: The Dundee Technique. *Br J Surg* 1991; 78:155.
2. **Dubois F, Berthelot G, Levard H.** Laparoscopie Cholecystectomy: Historic perspective and personal experience. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:52-7.
3. **Grace PA, Quereshi A, Coleman J, Keane R, Broe P, Osborne H, Brouclier Hayes D.** Reduced postoperative hospitalization after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1991; 78:160-2.
4. **Gainant A, Bothorel P, Minani M, Cubertafond P, Ast M.** Predictive factors of bile duct stones in patients under going cholecystectomy. *Br J Surg* 1992; 79:57.
5. **Hugier M, Bornet P, Charpak Y, Houry S, Chastang C.** Prediction of low risk of common bile duct stones in gall bladder lithiasis. *Br J Surg* 1992; 79:57.
6. **Janardhanan R, Brodmerkel G, Turowsky P, Gregory P, Agrawal R.** Endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the diagnosis and management of postcholecystectomy cystic Duoleaks. *Am J Gastroenterol* 1986; 81: 474-6.
7. **Gadacz A, Talamini M.** Traditional versus laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161:336-8.