

ARTÍCULO ORIGINAL

Colecistectomía abierta de elección

Serie personal de 2112 casos consecutivos

Dres. Alberto Estefan¹, Roberto Grezzi¹, Daniel Montano², Fernando Lagos³, Gonzalo Fernández⁴, Gerardo Bruno⁴

Resumen

Análisis de una serie prospectiva de 2112 colecistectomías abiertas de elección (CAE) practicadas por un único cirujano. La etiología dominante fue la litiasis vesicular (96,6%). El cáncer de vesícula no sospechado en el preoperatorio se demostró en 0,8% de los casos de colecistopatías crónicas litíasicas y en 10,4% de los pólipos adenomatosos. Los procedimientos biliares y extrabiliares insospechados se realizaron en 3,2% y 0,7% respectivamente. La morbilidad global fue de 5%, siendo de responsabilidad biliar en 3,3% y extrabiliar en 2,7%. La mortalidad fue de 0%. La estadía hospitalaria media global se situó en los 5 días, variando entre 18 horas y 12 días. En los pacientes que no sufrieron complicaciones la estadía media fue de 23 horas. Los autores concluyen que la CAE efectuada por cirujanos entrenados en la cirugía biliar es una operación segura en términos de morbilidad posoperatoria.

Palabras clave: Colecistectomía.

Summary

This paper presents the analysis of a prospective series of 2112 open elective cholecystectomies carried out by a single surgeon. Dominant etiology was gall bladder lithiasis (96,6%). Gall bladder cancer which had been unsuspected in the pre-operative appeared in 0,8% of the cases of chronic lithiasis cholecystopathies and in 10,4% of adenomatous polyps. Unsuspected biliar and extrabiliar procedures were carried out in 3,2% and 0,7% respectively. There was 5% global mortality; 3% due to biliar causes and 2,7% to extrabiliar ones. There was 0% mortality. Global median hospital stay was of 5 days (between 18 hours and 12 days). In those patients who suffered no complications median stay was an average of

23 hours. The authors come to the conclusion that open elective cholecystectomy is a safe procedure in terms of postoperative morbimortality when carried out by trained surgeons on biliar surgery.

Introducción

En 1867 Bobbs⁽¹⁾, inaugura la era moderna de la cirugía del colecisto realizando la primera colecistostomía. Langenbuch⁽²⁾, en 1882, practicó la primera colecistectomía abierta de elección (CAE) en el humano. Desde entonces, la técnica quirúrgica y el apoyo paraquirúrgico (preparación preoperatoria, anestesia, posoperatorio, etc.) han modificado drásticamente los resultados de la CAE.

La CAE es el procedimiento de cirugía de elección (coordinación) más frecuente dentro de las operaciones abdominales⁽³⁻⁶⁾.

En la literatura internacional las series publicadas de CAE mayores de 500 casos⁽⁷⁻¹⁰⁾ son en su mayoría el estudio de una población perteneciente a un centro o a varios centros hospitalares, en donde la CAE fue realizada por varios cirujanos en muy dispares etapas de su formación quirúrgica. Las series que analizan exclusivamente las CAE efectuadas por cirujanos con especialización en cirugía biliar y que superen los 1000 casos son muy raras^(11, 12).

En nuestro medio se han referido al tema Piazzena y col⁽⁶⁾ analizando una casuística de 7000 colecistectomías de las cuales 3357 fueron de elección provenientes de distintos centros hospitalarios y Czarnevicz y col⁽⁴⁾ que analizan una serie personal de R. Praderi de 500 casos de colecistectomías.

El objetivo de esta comunicación es analizar los resultados inmediatos y mediatos –hasta un año de una serie de CAE efectuadas por un único cirujano (A.E.) que incluye a 2112 casos consecutivos.

Material y métodos

Fueron incluidos en la serie todos los enfermos (as)

Clinica Quirúrgica «3» (Dr. Prof. O. Balboa), Hospital Maciel. Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

1 Profesores Agregados

2. Ex Asistente

3. Profesor Adjunto

4. Asistentes de Clínica Quirúrgica

Presentado al Congreso Uruguayo de Cirugía, 1992.

Correspondencia: Dr. A. Estefan. J.H.Figueira 2302, Montevideo, Uruguay.

Tabla 1. CAE (n=2112). Distribución por décadas de edad.

Rango	Número	%
10-19	12	0,5
20-29	38	1,7
30-39	202	9,5
40-49	337	15,7
50-59	630	29,8
60-69	583	27,6
70-79	230	10,9
80-89	48	2,2
90-99	31	1,5

que fueron sometidos a una CAE realizadas en el período de marzo de 1974 a marzo de 1991 por un único cirujano (A.E.) y con carácter prospectivo.

Definimos como una CAE a todo paciente sometido a una colecistectomía que reunía los siguientes requisitos:

- 1) Operación de elección.
- 2) Afección del colecisto con diagnóstico preoperatorio de ser histológicamente benigna. Fueron excluidos de la serie los enfermos (as) que tenían las siguientes indicaciones de colecistectomía: a) colecistitis aguda o subaguda, b) colecistectomía incidental, c) diagnóstico preoperatorio de cáncer, d) colecistectomía como procedimiento adicional de otra operación sobre las vías biliares (v.g. resecciones de la VBP, pancreático-duodenectomías, etc.), e) ausencia de operaciones previas sobre la VBP.

Fueron excluidos del estudio todo enfermo cuyo seguimiento se perdió antes del año de efectuada la CAE.

Resultados

La serie está constituida por 2112 casos. Corresponden a 1546 mujeres (73,2%) y 566 hombres (26,8%).

No hubo enfermos cuyo seguimiento no fuera menor de un año.

La edad varió entre una mínima de 15 años y una máxima de 93, con una media de 48,3 años. La distribución etaria por décadas se objetiviza en la tabla 1, predominando entre la cuarta y la séptima década de la vida.

La indicación quirúrgica fue: dolor y dispepsia, 1012 casos (47,9%); dolor, 899 casos (42,6%); dis-

Tabla 2. CAE (n=2112). Anatomía-patológica.

Etiología	Número	%
CCL (*)	1978	93,6
Pólipo (s)	48	2,2
Colesteroles	48	2,1
CCL (*) + Cáncer	1,6	0,7
Pólipo (s) + Cáncer	1,5	0,7
Fibroadenomatosis	7	0,3

(*) CCL: colecistopatía crónica litiásica

pepsia, 160 casos (7,6%); colecistopatía litiásica asintomática, 41 casos (1,9%).

La etiología demostrada por la histopatología sistemática se expone en la tabla 2. La causa dominante de las CAE en esta serie, como no podía ser de otro modo, fue la colecistitis crónica litiásica (CCL), seguida en orden decreciente por la colesteroles y pólipos.

La incisión de abordaje fue: transversa de hipocondrio derecho, 74,4% (1573/2112); subcostal derecha, 16,2% (343/2112); mediana supraumbilical, 8,9% (190/2112) y paramediana transrectal, 0,2% (6/2112).

La técnica de colecistectomía fue: «de cuello a fondo» en 1913 casos (90,5%) y de «fondo a cuello» en 199 casos (9,5%).

La colangiografía global peroperatoria se efectuó en 1824 casos (86,4%). Es de hacer notar que en el período 1971-1986 la colangiografía se intentó hacer de modo sistemático, en tanto que en el período 1987-1991 lo fue con criterio estrictamente selectivo según parámetros preestablecidos. En el primer período la tasa de colangiografías se situó en 98,5%, en tanto que en el segundo período fue de 8,7% de los casos. La colangiografía fue posible en 97,2% (1773/1824). En 2,8% (51/1824) no fue posible efectuarla por la presencia de un cístico filiforme e imposible de cateterizar.

En todos los casos, la colangiografía se intentó efectuar por vía transcística.

El diámetro de la VBP varió entre 8 y 15 mm, con una media de 9,5 mm. En ningún caso la palpación de la VBP demostró o sugirió una litiasis. Pancreatitis crónica cefálica macroscópica se constató en 0,7% (12/1824).

La ligadura del cístico se efectuó con material de reabsorción rápida (catgut simple) en 89,7% y en material irreabsorbible o de reabsorción lenta en 11,3%.

El avenamiento subhepático fue emplazado en 98,9% y en todos los casos exteriorizados por con-

Tabla 3. CAE (n=2112). Procedimientos biliares asociados.

	Número	%
Coledocolitotomía + coledocostomía	9	0,4
Colédoco - duodenostomía	4	0,19
Coledocolitotomía + PEP (*) + coledocostomía	5	0,2
Drenaje transcístico	53	2,5
Total	71	3,29

(*) PPE: papilo-esfíntero-plastia

traabertura. El drenaje empleado fue: penrose, 85,3% y tubo de látex, 13,6%. En 1,1% no se utilizó ningún tipo de avenamiento.

Los procedimientos biliares asociados y no programados se detallan en la tabla 3. Se efectuaron en 3,2% de los casos.

Los procedimientos quirúrgicos extrabiliares asociados se exponen en la tabla 4. Ellos fueron programados en 37 casos (1,8%) y los incidentales por hallazgos operatorios en 16 (0,7%).

La mortalidad se situó en 0%. La morbilidad global fue de 6,9%. Las complicaciones biliares y extrabiliares se detallan en la tabla 5.

Fueron reoperados 3 enfermos (0,1%): abscesos de hígado, 1 caso; sangrado, 1 caso; litiasis residual de la VBP, 1 caso. En un paciente se realizó con éxito el drenaje percutáneo trans-parieto-hepático de un absceso de hígado.

Cáncer de vesícula no sospechado fue demostrado en el estudio histopatológico en 1,3% (39/2112). Ellos corresponden a una colecistectomía crónica litiasica, 1,6% (34/19), pólipos adenomatosos con transformación maligna, 10% (34/1978). En todos los casos se trataba de adenocarcinomas. La estadificación histopatológica del cáncer de vesícula no sospechado, de acuerdo a la clasificación de Nevin⁽¹³⁾ fue: estadio I, 4 (19%); estadio II, 15 (71,5%); estadio III, 2 casos (9,5%).

El tiempo de internación en las CAE sin complicaciones y no asociado a procedimientos biliares o extrabiliares varió entre 18 y 53 horas, con una media de 23 horas. En las CAE en las cuales fue necesario un procedimiento biliar o extrabiliar y en las complicadas se especifica en la tabla 6. La media de internación para la totalidad de la serie se situó en 5 días.

Tabla 4. CAE (n=2112). Procedimientos extrabiliares asociados.

	Número	%
Operación tipo Nissen	18	0,8
Taylor II	14	0,6
Nissen + Taylor II	5	0,2
Resección hepática por cáncer de vesícula	5	0,2
Hemicolectomía derecha - cáncer de ciego 2 - cáncer de ángulo derecho 1	3	0,1
Esplenopancreatectomía por cáncer de páncreas	3	0,1
Colostomía por cáncer de sigmoides	2	0,09
GSTD por cáncer de estómago	2	0,09
Enterectomía seg. (carcinoide de ileon)	1	0,04
Total	53	2,5

Discusión

La edad y el sexo, así como las indicaciones de la CAE coinciden con la de otros autores⁽³⁻¹⁴⁾.

Somos partidarios de la CAE asintomática si no existen contraindicaciones absolutas. Esta posición se justifica en la posibilidad de un cáncer en las CCL no diagnosticado en el preoperatorio y que el mismo esté en etapas potencialmente curables por la cirugía.

La indicación más frecuente de una CAE (tabla 4) fue la colecistopatía crónica litiasica.

Esto no debe llamar la atención, por cuanto la litiasis de la vesícula biliar constituye la patología orgánica del colecisto más frecuente⁽⁸⁻¹⁴⁾. Las colecistopatías alitiásicas representan 6,4% de las CAE y dentro de ellas la colesterosis vesicular representó 65% de los casos. Es de destacar que a pesar de las dificultades de diagnóstico de certeza en el preoperatorio de esta afección, en nuestra serie el índice de acierto fue de 95% en el estudio histopatológico. Estos resultados deben ser explicados en la rigurosidad del protocolo de estudio aplicado⁽¹⁵⁾.

La incidencia global de un cáncer de vesícula no sospechado fue de 1,3%. El cáncer estaba relacionado en 0,7% con una CCL y en 10,4% de los pacientes portadores de pólipos adenomatósicos. Esta alta incidencia de pólipo adenomatoso-cáncer existente en esta serie debe hacer perentoria la indicación operatoria^(8, 10-12, 15-17).

La vía de abordaje en una CAE es, a nuestro

Tabla 5. CAE (n=2112). Complicaciones vinculadas directamente a la operación.

Inmediatas	Número	%
Supuración parietal	58	2,8
Bilirragia	29	1,3
Abscesos de hígado	2	0,09
Sangrado	2	0,09
Litiasis residual	1	0,04
Total	91	4,3

criterio, la transversa de hipocondrio derecho. Ella puede reducirse en su extensión a 5–6 centímetros en casos seleccionados y por razones fundamentalmente estéticas ⁽¹⁸⁾. Esta mini-laparotomía exige una ecografía que determine con exactitud la topografía de la vesícula (*). Las otras vías de abordaje dependen: a) configuración anatómica del abdomen superior; b) existencia de patología asociada; c) criterio y preferencias del cirujano.

La técnica de la colecistectomía que aconsejamos es la de «cuello a fondo» siempre que sea técnicamente posible (no riesgosa) con la ligadura individual del cístico y de la arteria cística. En casos en los cuales el pedículo presente dificultades insalvables o difíciles de abordar no debe dudarse en recurrir a la colecistectomía de «fondo a cuello».

La ligadura del cístico la efectuamos actualmente de modo sistemático con material de reabsorción rápida (catgut simple).

Esta conducta está justificada por la posibilidad de una litiasis secundaria de la VBP por migración de material irreabsorbible e incluso de material de reabsorción lenta a la VBP y que actúa como centro de precipitación de pigmentos biliares (**).

La colangiografía sistemática en la CAE es debatible y no existe una opinión unánime ^(19, 20).

Nosotros participamos de que debe ser selectiva en función de una estricta selección de los enfermos ⁽²⁰⁾. No obstante, la posibilidad de efectuar una colangiografía en el curso de una CAE siempre es obligatoria. Recomendamos que en cirujanos en formación la colangiografía debe ser efectuada de modo sistemático.

El drenaje subhepático sistemático es una decisión debatible en las CAE ^(21–24). Nuestra actitud es selectiva de acuerdo a cada situación anátomo-clínica en particular.

En esta serie no hubo heridas «secciones parciales o totales del hepático-colédoco». No obstan-

Tabla 6. CAE (n=2112). Complicaciones no biliares.

	Número	%
<i>Cardíacas</i>		
– Arritmias	27	1,2
– I.A.M.	2	0,09
<i>Pulmonares</i>		
– N. aguda	7	0,33
– TEP	2	0,09
<i>Urinarias</i>		
– Infecciones	19	0,9
<i>Cerebrovasculares</i>		
– Hemiplejía	1	0,04
– A.I.T.	1	0,04
Total	59	2,6

te su incidencia varía entre 0% ⁽⁹⁾ y 5% ⁽¹⁰⁾. R. Smith ⁽²⁵⁾ sentencia: «Todo cirujano con experiencia en la cirugía biliar está condenado a seccionar un colédo-

La morbilidad se situó en 15% y la mortalidad fue de 0%. En un análisis de la bibliografía ellas variaron entre 20,7% ⁽⁸⁾ y 3,1% ⁽⁹⁾ y entre 0,2% ⁽⁹⁾ y 1,3% ⁽¹¹⁾ respectivamente.

La edad, en esta serie, no influyó en la mortalidad, en contra de lo reportado por otros autores ⁽²⁶⁾.

La litiasis residual de la VBP se comprobó en un caso. Corresponde a un hombre en el cual se efectuó una CAE sin colangiografía (0,04%).

Fue solucionado por vía endoscópica con éxito.

La relación colecistopatía crónica litiasica – cáncer no sospechado en las distintas series varía entre 1,2% ⁽¹¹⁾ y 5,2% ⁽¹³⁾ en las CAE. En nuestra experiencia se situó en 1,3%. Es sabido que el cáncer de vesícula es raramente curable cualquiera sea la estrategia terapéutica utilizada. Si la mortalidad de una CAE es de % en manos de cirujanos entrenados, es un argumento más para operar a toda CCL como profilaxis de esta grave enfermedad.

En dos casos se suscitaron abscesos de hígado. En ambos el único factor común fue la realización de una colangiografía transcística a presión no conocida, que demostró la ausencia de patología en la VBP.

A modo de hipótesis podría plantearse que una colangiografía a presiones superiores de 20–30 cm de agua y en presencia de una bacteriemia en la VBP fuera la causa de esta complicación que no hemos encontrado reportada en la literatura.

El sangrado intraperitoneal posoperatorio no es frecuente ⁽²⁷⁾ y puede reconocer varias causas. En nuestro caso no se demostró una fuente de sangrado activo a la exploración operatoria.

La bilirragia posoperatoria después de una CAE

* Delgado B, comunicación personal.

** Delgado B, comunicación personal; Parodi H, comunicación personal

no es infrecuente. Sus causas habituales son la sección inadvertida de: canaliculos biliares de Luyka, canales biliares mal llamados «aberrantes o accesorios», VBP (parcial o total). En nuestra serie la bilirragia posoperatoria se registró en 1,3%.

Ella desapareció espontáneamente en un tiempo variable entre 3 y 20 días.

En ningún caso se constató un coleperitoneo ni fue necesaria una reintervención por esta causa.

La infección parietal se constató en 2,8% que es similar a otras series analizadas⁽³⁻¹⁴⁾.

En ningún caso hubo infecciones graves de partes blandas.

Actualmente empleamos la antibiótico terapia profiláctica de modo sistemático en toda CAE⁽¹⁵⁾.

Las complicaciones no biliares que fueron de 2,6% son similares a otras series^(4,6,7,10,14).

El tiempo operatorio medio en las CAE sin patología asociada, de la VBP o extrabiliar, fue de 24,5 minutos. Lo consideramos muy aceptable si lo comparamos a otras series^(8,10,18).

Los procedimientos asociados biliares (3,2%) y extrabiliares (0,5%) no aumentan la morbimortalidad en las CAE. La patología extrabiliar no diagnosticada en el preoperatorio pudo ser tratada simultáneamente con excelentes resultados. Ello está de acuerdo a lo reportado por Praderi y colaboradores⁽²⁸⁾.

Conclusiones

La CAE es un procedimiento quirúrgico convencional seguro, sin mortalidad y con una morbilidad aceptable cuando es efectuada por cirujanos entrenados en la cirugía biliar. Ella permite una visualización adecuada del pedículo hepático, al tiempo que posibilita una exploración exhaustiva y segura del resto del abdomen.

Consideramos a la incisión transversa como la vía de abordaje de elección. En casos seleccionados, fundamentalmente por razones estéticas, puede recurrirse a una incisión de 5-7 cm.

La CAE permite realizar una colangiografía transcística sin mayores dificultades. Además posibilita la resolución adecuada de una patología no sospechada de la VBP en el mismo acto quirúrgico. También permite el tratamiento simultáneo de patologías extrabiliares.

Se destaca la alta relación pólipo adenomatoso y cáncer.

El tiempo operatorio y el de internación en las CAE sin complicaciones o con procedimientos asociados lo consideramos como muy bueno.

El índice de complicaciones fue muy reducido. Se resalta que no hubo lesiones de la VBP ni vasculares.

Consideramos a la CAE como el procedimiento de elección, salvo razones estrictamente estéticas y

con previa y detenida información de los riesgos de la cirugía por videoscopia, en la patología quirúrgica del colecisto.

Bibliografía

1. Bobbs J. Case of lithotomy of gall bladder. *Trans Med Soc Indiana*, 1866;18:68.
2. Langenbuch C. Ein Fall von Exstirpation der Gallenblase wegen chronisch er cholelithiasis. *Heilung Berl Klin Wochenschr* 1882;19:725.
3. Briele H, Long W, Pars L. Gallbladder disease and cholecystectomy: experience with 1500 management in a community hospital. *Ann Surg* 1969;35:218.
4. Czarnecki D, Fernández R, Praderi R. Análisis de una serie personal de 500 colecistectomías. *Cir Uruguay* 1992;62(4-6):136-7.
5. Ganey JB, Johnson AL, Prillman PE et al. Cholecystectomy: clinical experience with a large series. *Ann Surg* 1986;151:352.
6. Piacenza G, Czarnecki D, Ferrello C. 10 años de cirugía biliar en Montevideo. Resultados. *Cir Uruguay* 1991;61:145.
7. De Marco A, Nance F, Cohn A. Chronic cholecystitis: experience in a large charity institution. *Surgery* 1989;83:750.
8. Mc Sherry C. Cholecystectomy: the gold standard. *Am J Surg* 1989;158:174.
9. Ross FP, Quinlan RM. Eight hundred cholecystectomies. *Arch Surg* 1975;110:721.
10. Glenn F. A 26 years experience in the surgical treatment of 5037 patient with nonmalignant biliary tract disease. *Surg Gynecol Obstet* 1959;109:591.
11. Mayer KA, Capos NJ, Mittlepunkt AI. Personal experience with 1261 cases of acute and chronic cholecystitis and cholelithiasis. *Surgery* 1967;61:661.
12. Nevin JE, Moran TT, Kay S, King R. Carcinoma of the gallbladder. Staging, treatment and prognosis. *Cancer* 1976;37:141.
13. Ross FP, Quinlan RM. Eight hundred cholecystectomies. *Arch Surg* 1975;110:721.
14. Estefan A. Antibiótico terapia profiláctica en cirugía biliar. *Cir Uruguay* (en prensa).
15. Estefan A, Mologno S, Portos R. Cáncer de vesícula biliar. Clínica, diagnóstico y tratamiento. A propósito de 175 observaciones. *Cir Uruguay* 1973;43:353.
16. Huber D, Martin E, Coperman M. Cholecystectomy in elderly patient. *Am J Surg* 1983;146:123.
17. Estefan A, Praderi R, Fernández G et al. Colecistectomía de elección por una incisión cutánea entre 5 y 7 centímetros. A propósito de 28 casos consecutivos. *Cir Uruguay* 1994; 64: 161.
18. Dressen WC. Cholecystectomy without drainage. *J Int Coll Surg* 1983;40:433.
19. Zollinger MD. Routine operative cholangiography. *Controversies. Surgery* 1983;2:262.
20. Dressen WC. Cholecystectomy without drainage. *J Int Coll Surg* 1983;40:433.
21. Goldberg IM, Goldberg JP, Liechty RD et al. Cholecystectomy with and without surgical drainage. *Am J Surg* 1975;130:29.
22. Mittelman JS, Dobernek RC. Grains and antibiotic perioperatively for elective cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1982;155:653.
23. Trumadson H. Cholecystectomy with and without intraperitoneal drain. *Acta Chir Scand* 1963;149:393.
24. Smith R. Le traitement chirurgical des sténoses des la biliary. *Chirurgie* 1980;108:318.
25. Bartlett MK, Quinby WC. Surgery of the biliary tract. I: mortality and complications in cirrhc of cholecystectomy and cholecystostomy for chronic cholecystitis. *N Engl J Med* 1964;264:154.
26. Bermúdez OR. Reintervenciones por hemorragia en cirugía biliar. Congreso Uruguayo de Cirugía, 16º. Montevideo, 1965, 5,2 p 137.
27. Praderi R, Estefan A, Lago F et al. Patología incidental en cirugía biliar. Hallazgos en 3000 operaciones. Estrategia y técnica. *Cir Uruguay* 1992;62(4-6):138-40.