

Abordaje transherniario para colecistectomía laparoscópica

Dres. Juan Pose¹, Mario Hermida²,
Horacio Berhouet³, Fernando Delgado⁴

Resumen

El abordaje laparoscópico constituye actualmente la vía de elección para el tratamiento de la litiasis biliar no complicada. En un tiempo la presencia concomitante de una hernia umbilical planteaba una serie de problemas en el momento de la elección del abordaje.

Se presentan dos casos de abordaje laparoscópico para tratamiento de la litiasis biliar sintomática utilizando una técnica de laparoscopia abierta a través del anillo herniario umbilical, realizando la reparación de dicha hernia en el mismo acto operatorio con buenos resultados inmediatos.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica

Abstract

Laparoscopic approach is currently the elective approach in the treatment of non-complicated biliary lithiasis. There was a time when an umbilical herniation presented a series of problems at the time of deciding on the approach to be taken.

The paper refers to 2 cases of laparoscopic

approach in the treatment of symptomatised biliary lithiasis, with an open laparoscopy technique through umbilical herniation ring. The repair of herniation was performed in the same operative act with good immediate results.

Introducción

En el vertiginoso desarrollo de los procedimientos de cirugía laparoscópica que se ha gestado en los últimos años hemos asistido a una variación en el curso del mismo, de las indicaciones y de las contraindicaciones del método.

El abordaje laparoscópico para la realización de la colesistectomía constituye actualmente el de elección en caso de litiasis biliar no complicada. La colecistectomía laparoscópica presenta como ventajas principales la franca disminución del dolor postoperatorio, fundamentalmente en relación con la herida operatoria, la deambulación precoz, menor período de recuperación, retorno más temprano a la actividad laboral así como mejores resultados estéticos en cuanto a la cicatriz operatoria.^(1,2,3)

El tiempo relativamente corto de utilización del método no permite aún evaluar a largo plazo sus resultados y fundamentalmente sus

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de junio de 1997

1 Asistente

2 Prof. Adjunto.

3 Ex Asist.

4 Prof. Agregado.

Dirección: Av. Brasil 2709 (204)

C.P. 11300, Montevideo (Dr. J. Pose)

complicaciones tardías. En nuestro medio se emplea con frecuencia creciente desde diciembre de 1990 con resultados similares a los de otros medios.⁽⁴⁾

Las contraindicaciones para este procedimiento han sufrido y siguen sufriendo modificaciones a medida que se adquiere más y más experiencia con el método.

En un inicio, la presencia de una patología herniaria a nivel umbilical, que es por donde se introduce, en todas las variantes técnicas de colecistectomía laparoscópica, uno de los trócares de 10 mm., planteaba una serie de problemas en el paciente portador de una patología biliar al que se le ofrecía este tipo de cirugía.

El más evidente, es la lógica contraindicación absoluta de introducir a ciegas un trocar a través de un defecto herniario, en el que pudieran existir asas intestinales adheridas. Esto obliga a un cambio de la táctica que variaba entre el rechazo del paciente como candidato a cirugía laparoscópica, hasta la elección de un sitio diferente del umbilical para la infrotroducción del trocar de 10 mm. destinado a la óptica.

Esto supone, por un lado, si descartamos la vía laparoscópica, posponer el tratamiento de la patología herniaria a realizar otro abordaje quirúrgico complementario para tratarla.

Por otro lado, si se decide la vía laparoscópica, se debe asumir el riesgo eventual de estrangulación de la hernia o eventración frente al aumento de presión intraabdominal generado por el neumoperitoneo, cuando ésta no es reducible y presenta adherencias saculares. Existe también el riesgo al puncionar en otro sector del abdomen del paciente portador de una hernia o eventración irreducible, de que existan adherencias o tiendas desde el sector umbilical en la línea media, pasibles de ser lesionadas, como veremos además en uno de los casos que presentaremos, en el que hubo una peritonitis previa por una apendicitis intrasacular. Pueden existir aquí adherencias en

cualquier sector de la cavidad peritoneal.

Por lo tanto las opciones terapéuticas frente a una hernia o eventración umbilical asociada a litiasis biliar son: o bien realizar dos cirugías abiertas, ya sea en forma independiente o concomitante en el mismo acto quirúrgico, o bien realizar un abordaje laparoscópico biliar y luego herniario abierto (en uno o dos actos quirúrgicos), o por último, el tratamiento integral laparoscópico por abordaje abierto transherniario con reparación parietal de salida, que es el que planteamos.

La técnica de laparoscopia abierta ("open laparoscopy") fue descrita por Hasson ^(5,1) a los efectos de minimizar las complicaciones debidas a la punción a ciegas con aguja de Veress y la consiguiente inserción, también a ciegas, del trocar subumbilical, y que varían entre las lesiones de pequeños vasos, epiplón, etc. hasta las más temidas lesiones de grandes vasos retroperitoneales y de visceras huecas. Algunos autores preconizan incluso el uso sistemático de éste tipo de abordaje y en particular en la etapa de aprendizaje.⁽⁶⁾

Esta técnica de **"open laparoscopy"** resuelve alguno de los problemas de la situación clínica que planteamos. Lo que proponemos con el abordaje abierto transherniario es simplemente una variación de la misma que consiste en:

Técnica

1º Abordaje quirúrgico primario de la hernia o eventración umbilical de manera habitual. Disección del saco y su contenido con liberación de adherencias peritoneales en forma instrumental y digital.

2º Una vez introducido el dedo por el saco herniario a la cavidad peritoneal y comprobada la ausencia de adherencias que hagan imposible la creación de un neumoperitoneo; se introduce el trocar de 10 mm. desprovisto de su mandril o punzón por el saco herniario, eliminando así todo riesgo de lesión intestinal. Éste trocar puede eventualmente ser uno de los especialmente diseñados para "open laparoscopy" como el de

Hassan, pero no es imprescindible, y de hecho en los casos que relatamos fue utilizado un trócar común.

3º Una vez colocado el trócar se debe realizar una especie de jareta o ligadura del saco sobre el mismo para evitar fugas de gas.

4º A continuación se crea el neumoperitoneo por insuflación de CO₂ a través del trócar ya fijado (prescindiendo obviamente de la aguja de Veress).

5º Se realiza la colecistectomía laparoscópica de manera habitual introduciendo los trócares complementarios bajo visión directa.

6º Una vez terminado el procedimiento laparoscópico y extraída la vesícula, se retiran los trócares y se evacúa el neumoperitoneo.

7º Se efectúa entonces la reparación de la hernia o eventración umbilical en forma quirúrgica clásica según la técnica de preferencia.

Casuística

Presentamos a continuación dos casos clínicos resueltos por éste método.

Primer caso: A.M.D., (Hospital de Clínicas No. 634946), Sexo F., 38 años, apendicectomizada, fumadora, bronquitis crónica. Portadora de litiasis biliar sintomática, que relataba episodio de ictericia, coluria y materias hipocoloreadas, dos meses previo al ingreso, que dura 48 horas, no siendo confirmado por el médico. Presenta como patología asociada pequeña hernia umbilical con anillo de aproximadamente 1 cm. La ecografía muestra litiasis vesicular única de 13 mm., paredes finas y vía biliar principal no dilatada. Funcional hepático normal.

Se opera el 9/9/92 por el método descrito, realizándosele colangiografía intraoperatoria que fue normal, y la reparación umbilical con puntos separados de poliglactina y nylon, buena evolución postoperatoria con alta a las 24 horas.

Segundo caso: M.C.P., (Hospital de Clínicas No. 316879), Sexo F., 43 años, gran obesa, HTA, diabética tipo II. Multioperada por litiasis piélica renal derecha (pielolitotomía 26/10/79; pielolitotomía percutánea con nefrostomía percutánea 9/10/92). Infecciones urinarias a repetición. Antritis erosiva. Polipectomía endoscópica incompleta en colon descendente. Hernia umbilical estrangulada de 1,5 cm de diámetro el 3/8/84. Contenido: intestino delgado. Reparación con poliglactina y supuración posterior. Eventración umbilical estrangulada el 21/8/86, cuyo diagnóstico intraoperatorio revela una apendicitis gangrenosa intrasacular. Se realiza apendicectomía y reparación parietal con poliglactina más drenaje aspirativo.

Litiasis biliar sintomática más recidiva de eventración umbilical de unos 5 años parcialmente reducible de unos 15 cm. con anillo de unos 5 cm de diámetro. El 18/1/93 se realiza un abordaje abierto transeventración. Se procede a la colecistectomía laparoscópica con colangiografía intraoperatoria.

Reparación umbilical con poliglactina en el peritoneo y nylon en aponeurosis. Alta sin complicaciones el 1/2/93.

El procedimiento realizado permitió el tratamiento simultáneo de dos patologías en ambos casos, la litiasis biliar sintomática y la eventración umbilical en el mismo acto quirúrgico. Se logra así tratar la primera por vía laparoscópica con todas las ventajas inherentes al procedimiento y la segunda en forma reglada, al finalizar el procedimiento biliar. Este enfoque, en ésta situación particular, sugiere las siguientes ventajas:

- Evitar la realización de dos abordajes diferentes para el tratamiento de las patologías en juego.
- Evitar posponer o diferir el tratamiento de la eventración. De ésta forma se evita asimismo el

riesgo de complicaciones de la misma, en particular la estrangulación.

- Lograr el abordaje biliar por vía laparoscópica sin el riesgo de lesionar estructuras contenidas en el saco, como sucedería en la técnica cerrada. Así se consigue eliminar una contraindicación del abordaje laparoscópico dada por la presencia de contenido abdominal - asas intestinales en particular - en el saco de eventración, dado que las mismas se liberan y se reintroducen previamente en la cavidad abdominal.

- Evitar también el riesgo, al puncionar en otro sector del abdomen del paciente, de lesionar otras estructuras que presenten adherencias intraabdominales, una vez creado el neumoperitoneo desde el sector umbilical, sobre la línea media.

El procedimiento combinado descrito no se encuentra referido en la bibliografía nacional hasta la fecha, habiéndose realizado ocasionalmente desde 1993 a nivel internacional. Si se ha descrito el abordaje laparoscópico abierto ("open laparoscopy") en relación a la colecistectomía laparoscópica.⁽⁷⁾

El abordaje tipo "open laparoscopy" es preconizado por algunos autores para minimizar el riesgo de las lesiones por punción abdominal a ciegas, en particular de grandes vasos retroperitoneales pero también de vísceras huecas, entre otras razones producida por retención de la vaina de seguridad del trocar por una capa laxa de peritoneo después del haber penetrado dentro de la cavidad peritoneal, por lo que la punta del mismo queda expuesta. Aunque pueden producirse lesiones con la técnica de la laparoscopia abierta, las mismas son mucho menos frecuentes (aproximadamente 6 por 10.000 frente a 14 por 10.000 de la cerrada), con la ventaja de que habitualmente la perforación accidental es identificada y puede ser reparada en el momento de la operación.⁽⁸⁾

Desde el punto de vista técnico, la

realización del neumoperitoneo no se ve dificultada por ésta modalidad de abordaje laparoscópico. La jareta que cierra el orificio y sujeta el trocar permite un cierre hermético de la cavidad peritoneal.⁽⁷⁾

Por todo lo anteriormente citado creemos que se trata de un procedimiento de elección en el tratamiento conjunto de la litiasis biliar no complicada asociada a eventración umbilical, habiéndose obtenido un buen resultado en el caso de éstos pacientes.

Bibliografía

- 1- **Cuschieri A., Berci G.** Cirugía biliar laparoscópica. Oxford: Blackwell, 1991.
- 2- **Berci G., Sackier J.** Laparoscopic Cholecistectomy. *Probl. General Surg.* 1991;8:864-8.
- 3- **Perissat J., Collet D.R., Belliard R.** Gallstones: Laparoscopic treatment, Intracorporeal lithotripsy followed by cholecistectomy or cholecistectomy-A personal technique. *Endoscopy* 1989;21:373-4
- 4- **Morelli R., Bermudez J., Veirano G.** Colecistectomía laparoscópica: experiencia inicial *Cir. Uruguay* 1992;62:125-7.
- 5- **Hasson HM.** Open laparoscopy vs. Closed laparoscopy. A comparison of complication rates. *Adv. Planned Parenthood* 1978;13:41-3.
- 6- **Sackier J., Berd G, Paz Partlow M.** Elective diagnostic laparoscopy – *Am. J. Surg.* 1991; 161 :1161-3.
- 7- **Ahmad A., Quayle AR,** New technique for open laparoscopy. *Br.J.Surg.* 1993;80:1184.
- 8- **McMahon AJ, Baxter JN, O'Dwyer PJ.** How to prevent complications of laparoscopy *Br. J. Surg.* 1993;80:1593-4.