

Colecistectomía laparoscópica

Experiencia personal

Dr. Raúl Morelli Brum*

Resumen

En el período comprendido entre marzo de 1991 y agosto de 2001 se realizaron 759 colecistectomías laparoscópicas por el mismo cirujano. Las edades oscilaron entre 17 y 83 años con una media de 45 años. Fueron 472 (62%) mujeres y 287 (38%) hombres. Se trataron 731 (96.3%) colecistopatías litiásicas y 28 (3.7%) colecistopatías alitiásicas. De las litiásicas 93 (13%) estaban en empuje agudo.

No se realizó selección de pacientes, salvo el paciente asintomático mayor de 65 años con litiasis única que no fue intervenido.

La colangiografía intraoperatoria fue realizada con criterio selectivo en un 28% de los casos.

Las litiasis de la vía biliar principal (VBP) conocidas fueron 19 (2.5%) que se resolvieron: 5 con colangiografía endoscópica retrógrada (CER)

preoperatoria, 5 con CER postoperatoria y 9 en el intraoperatorio.

Se convirtieron a cirugía convencional 15 pacientes (1.98%), de los cuales 6 fueron en colecistopatías agudas.

El tiempo de internación postoperatoria fue menor a 20 hs. en el 98% de los casos.

Se reoperaron 2 pacientes por hemoperitoneo y hubo una herida vertical de colédoco resuelta sin problemas.

No se constató otra morbilidad mayor ni mortalidad.

Se concluye de acuerdo a esta serie que la colecistectomía laparoscópica es una operación segura e ideal para la litiasis vesicular y que debe ser realizada por equipo entrenado en cirugía laparoscópica.

Introducción

A partir del inicio de la década del 90 se comenzó a realizar en nuestro medio la cirugía laparoscópica de la litiasis de la vía biliar. Pese a que la difusión de esta técnica quirúrgica fue explosiva en todo el mundo, nuestro comienzo fue difícil y fue acompañado de fuertes críticas de detractores que con argumentos válidos y la mayoría errados trataron de frenar su expansión.

Presentado en la Sesión científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de octubre de 2001.

** Profesor de Clínica Quirúrgica "F" Facultad de Medicina Trabajo del Departamento de Cirugía del Hospital Británico, Montevideo.*

*Correspondencia: Av. Américo Ricaldoni 2525 apt. 204.
e-mail: raulmorelli@hotmail.com*

En el momento actual decimos que se realiza en todo el país y que su indicación se ha extendido a gran parte de la cirugía abdominal. Pero también es nuestra obligación señalar que hay un sentimiento en contra en algunas personas que toman decisiones, por lo cual creemos que en la R.O. del U. la cirugía laparoscópica se ha estancado, y no se ha desarrollado como en otros países.

Sobre este tema específico hemos publicado varios trabajos⁽¹⁻³⁾ y el motivo del actual es analizar nuestra experiencia personal sobre el tema.

Material y métodos

En el periodo comprendido entre marzo de 1991 y agosto del 2001, realizamos 759 Colectistomías laparoscópicas. Son 472 mujeres (62%) y 287 hombres (38%) con una edad media de 45 años y edades que oscilan entre 17 a 83 años.

De las 759 colecistectomías, fueron realizadas 731 (96.3%) en litiasis vesiculares de las cuales 93 (13%) fueron en colecistopatía litiásica en empuje agudo y 28 (3.7%) fueron en colecistopatías no litiásicas. Se incluyen los casos tratados en trabajos anteriores⁽¹⁻³⁾ y también pacientes con patología vesicular no litiásica. Todos fueron intervenidos por el autor en un mismo centro asistencial y en una institución de asistencia médica colectivizada.

No se realizó ninguna clase de selección en la litiasis biliar, salvo el paciente asintomático mayor de 65 años con litiasis única que no fue operado. Las colecistopatías alitiásicas fueron seleccionadas por la clínica, con sufrimiento dispéptico de larga data, descartando otras patologías y otros casos por sospecha en el origen de los pólipos.

Todos fueron evaluados por ecografía y en su mayoría por los mismos técnicos.

Se realizó funcional hepático si había antecedentes de ictericia, según el tipo de sufrimiento, por sospecha de litiasis de VBP por la ecografía o por discordancia entre la clínica y la ecografía.

La colangiografía endoscópica retrógrada (CER) se indicó en el preoperatorio, en el paciente con historia reciente de ictericia, con ictericia actual o con sospecha cierta en la ecografía. La CER se indicó en el postoperatorio por datos ciertos de litiasis de la VBP.

La sala de operaciones donde se realizaron el 93% de las intervenciones dispone de dos torres completas y doble equipamiento de material quirúrgico, manejado estrictamente por tres instrumentistas y utilizado por seis cirujanos en exclusividad.

Se grababan en los comienzos todas las operaciones y posteriormente se tiene el equipo listo y se graban detalles interesantes para la docencia.

El cirujano tiene la obligación de revisar el correcto funcionamiento de todos los elementos de la torre y verificar el material quirúrgico a usar, previo a la inducción anestésica.

Se indica la colangiografía en forma selectiva, pero se dispone siempre de un arco en C y del técnico radiólogo en Sala de operaciones que se retira luego de la extracción vesicular.

La colangiografía se realiza por pinza de Olsen o por catéter introducido por Abbocath N° 14.

La colangiografía se indicó de manera selectiva, cuando la clínica del paciente lo hacía sospechar, en la litiasis vesicular múltiple, por los hallazgos intraoperatorios (cístico dilatado y/o con cálculos o VBP dilatada + 8 mm.) o por dificultades en la individualización de la anatomía.

No se usa sonda vesical, pero se le indica al paciente que orine antes de la intervención.

La sonda nasogástrica se usa para evacuar el estómago si se comprueba distendido durante la intervención.

Se indican antibióticos profilácticos en una sola dosis (ampicilina sulbactam 1500 mg.) intravenosa en el preoperatorio inmediato

La anestesia es general con monitoreo y capnógrafo, como es habitual y se exige una relajación muscular completa durante todo el procedi-

miento y principalmente durante la realización del neumoperitoneo.

El neumoperitoneo inicial es de 15 mm/Hg. Y luego de dominado el pedículo cístico se baja a 10 mm/Hg. Se usa un flujo de 2 lt/m. al inicio y luego se coloca a 9 lt/m., siendo el consumo variable de acuerdo a las pérdidas de CO₂.

Se realizó la laparoscopia abierta en los multipoperados.

La colocación de un 5° trocar de 5 mm. fue necesario en pacientes obesos o en hipertrofias de lóbulo izquierdo hepático.

Se dejó drenaje aspirativo en forma excepcional cuando hubo dudas en la hemostasis.

Se mantuvo hidratación parenteral por 3-4 hs. en el postoperatorio, continuando con hidratación oral, y la analgesia fue con drogas menores, tipo dipirona en 1 ó 2 dosis.

La deambulación fue siempre precoz y se indicó un régimen dietético por un mes.

El equipo quirúrgico fue integrado con cirujanos formados y con experiencia en cirugía laparoscópica.

Resultados

Se realizaron 10 CER preoperatorias con hallazgo de litiasis en 5 casos con papilotomía y extracción y 5 casos sin litiasis.

En 5 pacientes se realizó CER postoperatoria con papilotomía y extracción de litiasis, sin morbilidad, salvo una paciente que presentó dolor epigástrico y elevación transitoria de la amilasaemia.

La colangiografía intraoperatoria se indicó con criterio selectivo en 216 pacientes (28%) y se encontraron 10 litiasis de VBP (4.62%). En nuestra Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina la realizamos de manera sistemática para mantener a los cirujanos entrenándose en la técnica y en la posible eventualidad de tener que utilizar la vía transcística para la extracción de cálculos de la VBP.

Los 10 pacientes con litiasis de la VBP encontrada por la colangiografía intraoperatoria fueron resueltas de la siguiente manera:

- 3 conversiones: 1 por litiasis coledociana. + sangrado del lecho vesicular
1 por colecistitis gangrenosa
1 por cálculo enclavado en papila
- 4 extracciones con sonda Dormia
- 2 desplazándolos con sonda Nelaton al duodeno
- 1 dejando una sonda transcística y luego CER, papilotomía y extracción.

Resumiendo nuestra litiasis de la VBP "conocidas" fueron 19 (2.50%) que fueron resueltas de la siguiente manera:

- CER preoperatoria: 5
- CER postoperatoria: 5
- intraoperatorias: 9: 3 conversiones
4 con sonda Dormia
2 con sonda Nelaton

Se realizaron en forma simultánea las siguientes operaciones:

- Por vía Laparoscópica: 9 biopsias hepáticas
4 reparaciones herniarias
2 apendicectomías
2 quistes de ovario
1 biopsia de adenopatía retroperitoneal
1 sección de trompa uterina
1 operación de Nissen
- Por vía convencional: 9 reparaciones de hernia umbilical
1 reparación de eventración
2 histerectomías
1 reparación de hernia inguinal
5 safenectomías internas con resección de colaterales

1 mastectomía
segmentaria con
vaciamiento axilar.

El tiempo operatorio en los pacientes no convertidos y sin patología asociada osciló entre 17 y 120 min. y se distribuyó de esta manera:

<30 min.	41%
30 a 60 min.	47%
>60 min.	12%

Se convirtieron a cirugía abierta 15 pacientes, el 1.98% del total de los operados. Si consideramos que 6 de estas conversiones fueron en colecistitis aguda, sobre un total de 93 pacientes tenemos un porcentaje de 6.45% de conversiones en los cuadros agudos.

Las causas de las conversiones fueron.-pedículo cístico "congelado"	11
- litiasis coledociana	1
- sangrado del lecho	1
- cálculo enclavado en papila	1
- herida de VBP	1

El tiempo de internación luego de la intervención fue en el 98% menor a 20 hs. en las colecistectomías laparoscópicas sin otra cirugía.

Se reoperaron 2 pacientes con hemoperitoneo, un paciente a las 5 hs. al que se le había realizado liberación de adherencia por intervención gastroduodenal previa. Se realizó laparotomía y no se encontró la causa. Y otro paciente se reoperó por laparoscopia por un sangrado del lecho vesicular detenido.

En 2 pacientes se sospechó hemoperitoneo por la clínica, ecografía y laboratorio y fueron tratados en forma conservadora. Eran cardíacos tratados con anticoagulantes y se les había practicado también reparación laparoscópica de hernia inguinal. Hubieron algunas equimosis de sitios de punción y alguna supuración leve y también un paciente con dolor de más de 8 hs. que no se pudo aclarar la etiología y que cedió con analgésicos mayores.

En la evolución alejada se constataron 4 eventraciones, 1 en el sitio del trocar de epigastrio y 3 en ombligo donde presentaban previamente una hernia umbilical.

Hubo una herida de VBP en la colecistectomía laparoscópica número 290, en una paciente con una colecistitis aguda, pedículo congelado y VBP fina. Se interpretó el colédoco como cístico y se le realizó una incisión vertical para la colangiografía y allí se comprobó que era la VBP. Se convirtió, se cerró la herida con puntos separados de polyglactina 5-0 y se dejó un drenaje transcístico con excelente evolución.

Se encontró un neoplasma de vesícula in situ y no se conocen otras patologías neoplásicas concomitantes.

La mortalidad fue nula.

Conclusiones

Desde nuestra primera colecistectomía laparoscópica en marzo de 1991 han transcurrido más de 10 años, lapso en el cual hemos adquirido experiencia y volumen operatorio tanto en cirugía de la vía biliar como en otras patologías, todo esto completado con la asistencia a cursos y congresos sobre esta temática y la lectura metódica de literatura sobre este tópico. Estamos convencidos de las bondades de la cirugía laparoscópica en muchas patologías abdominales, pero es de indicación indiscutida en la patología biliar benigna litíásica.

La cirugía laparoscópica no es una rama de la cirugía, sino que es un abordaje diferente para realizar la misma cirugía de manera convencional. Debido a que utilizamos diferente tecnología es que estamos obligados a tener un entrenamiento especial para realizarla y tener continuidad en su ejercicio. Por este motivo no es conveniente realizarla en forma esporádica, como también sucede en la cirugía convencional de alto nivel.

Consideramos importante disponer de tecnología moderna y de conocerla para poder subsa-

nar cualquier problema técnico durante la intervención. El cirujano debe revisar los aparatos e instrumentos antes de la operación en conjunto con la instrumentista. El cuidado del material por la instrumentista es importante para su duración y su incidencia en los gastos. De igual forma los cirujanos y la instrumentista deben de manera conjunta decidir cuando comprar o cambiar el material. La grabación del acto operatorio debe ser realizada cuando el cirujano lo considere oportuno, para documentar situaciones interesantes y eventualmente para la docencia.

Tenemos la casi certeza que el confort en el postoperatorio inmediato es mayor si se baja el neumoperitoneo luego de dominado el pedículo, pero aun no tenemos cifras para certificarlo.

La colecistitis aguda tiene indicación laparoscópica, sabiendo que el porcentaje de conversión es mayor.

En lo referente al gran tema que es la litiasis de la vía biliar principal ya nos hemos referido a él en publicación anterior⁽³⁾ y nuestras ideas han tenido poco cambio. La litiasis de la VBP está sufriendo un descenso marcado por lo menos en la población extrahospitalaria, tal vez por el aumento de la colecistectomía de coordinación. La conducta que aplicamos está muy vinculada a que trabajamos con excelentes ecografistas y endoscopistas, en los que podemos confiar.

Ante la sospecha de litiasis de la VBP o ictericia indicamos la CER preoperatoria. En la litiasis descubierta en el acto operatorio, tratamos de resolverla por vía transcística y en nuestra casuística en 1 caso que no lo logramos, dejamos una sonda transcística y luego se resolvió por CER postoperatoria. Esta conducta, creemos que también es la indicada siempre que tengamos una VBP fina y no podamos extraer los cálculos por vía transcística.

En la litiasis de la VBP también está indicada la coledocotomía por vía laparoscópica. Hemos realizado coledocotomías y coledocoduodenostomías pero no en esta serie.

También indicamos CER postoperatoria cuando tenemos la sospecha de litiasis residual de la VBP.

La colangiografía intraoperatoria es de suma utilidad si usamos un arco en C, que no alarga en forma significativa el acto operatorio. Los trabajos internacionales sobre su indicación de selectiva o sistemática son aún polémicos.

Estamos convencidos que en el ambiente universitario debe realizarse de rutina para entrenar el equipo y hacerla familiar para el tratamiento transcístico de los cálculos de la VBP.

Nosotros la realizamos en forma selectiva en un 28% de los casos y estamos convencidos que este porcentaje va en disminución. Es también de suma utilidad en los casos de anatomía dudosa pero no creemos que ella impida una lesión de la VBP, sino que su beneficio es detectarle, evitar su progresión y poder realizar la reparación en el mismo acto operatorio.

Nuestra lesión de la VBP es la típica, por ser una colecistitis aguda con pedículo cístico difícil y un colédoco fino. La colangiografía permitió comprobarla y repararla sin secuelas aparentes.

Las otras complicaciones mayores, fueron los hemoperitoneos resueltos en forma satisfactoria, 2 con tratamiento médico y los otros 2 con cirugía uno convencional y otro laparoscópica y en ambos el sangrado estaba detenido. No consideramos complicación el sangrado del lecho o del pedículo, que lo podemos resolver en el mismo acto quirúrgico por laparoscopia.

De igual manera no nos preocupa la salida de bilis al peritoneo, pues no hemos tenido complicaciones al respecto. Es diferente con la caída de cálculos que tratamos de evitar y nos preocupamos de juntarlos en una bolsa pues hay posibilidades de formación de abscesos.

Muchas complicaciones de cirugía laparoscópica se pueden resolver por igual vía siempre que estemos seguros de lo que haremos, y que no aumente la morbilidad.

Los orificios de los trócares los dejamos sin cerrar, salvo que usemos un trocar de 18 mm. La entrada umbilical tampoco la cerramos habitualmente pues el trocar en tirabuzón provoca una apertura muy pequeña.

La hospitalización luego de la intervención es menor de 20 hs., pero esto no significa cirugía ambulatoria, pues en nuestro medio no consideramos oportuno que el paciente pase su primera noche fuera del hospital.

No hemos tenido mortalidad vinculada a la intervención, ni por afección médica concomitante.

En el momento actual estamos capacitados para actuar en cirugía laparoscópica de la vía biliar no dependiendo de lo que hacíamos de manera convencional sino por la experiencia adquirida en estos 10 años, que está apoyada en la bibliografía mundial. Esta cirugía no es para cirujanos apurados, displicentes y sin entrenamiento laparoscópico.

Consideramos esencial operar con ayudantes de similar nivel al cirujano, pues a diferencia de la cirugía convencional hay muchos detalles que podrían ser corregidos si todos dominan la técnica.

Resumiendo nuestra experiencia en la cirugía biliar laparoscópica, es excelente y creemos que debe desplazar totalmente a la cirugía convencional.

Bibliografía

- 1) Morelli R, Bermudez J, Veirano G: Colecistectomía Laparoscópica: experiencia inicial. Cir. Uruguay 1992; 62: 125-7
- 2) Veirano G, Bermudez J, Morelli R: Colangiografía Intraoperatoria en Cirugía Biliar. Cir. Uruguay 1992; 62:128-9
- 3) Morelli R: Litiasis de la Vía Biliar Principal en Cirugía Laparoscópica. Cir. Uruguay 1998; 68:19-24