

## CASO CLÍNICO

# Oclusión intestinal neoplásica en el posoperatorio mediato de colecistectomía laparoscópica

Dres. Raúl Praderi<sup>1</sup>, Roberto Cilleruello<sup>2</sup>, José Praderi<sup>3</sup>, Héctor Navarrete<sup>4</sup>

## Resumen

*Un colecistectomizado por vía laparoscópica fue reoperado antes del mes de una oclusión yeyunal por carcinoma invaginado de primera y segunda asa, que se resecó en una primera operación. Las metástasis hepáticas también inadvertidas por el cirujano, provocaron un hemoperitoneo y luego una insuficiencia renal que determinó el deceso. Se analiza la técnica de colecistectomía laparoscópica en la cual no se explora bien el vientre, pudiendo cometer este tipo de errores. También se hacen consideraciones sobre la posibilidad de sembrar cánceres de vesícula en la travesía de este órgano por los túneles de la pared abdominal.*

**Palabras clave:** Colecistectomía laparoscópica  
Obstrucción intestinal  
Neoplasmas del intestino

## Summary

*A male patient who had undergone laparoscopic cholecystectomy was reoperated before a month had passed for a jejunal occlusion due to invaginated carcinoma of the second ansa which had been resected in a first operation. Hepatic metastasis, also unnoticed by the surgeon, caused hemoperitoneum and renal failure which determined death. Laparoscopic cholecystectomy*

*technique is analysed; an inadequate exploration of the abdomen can lead to this type of mistakes. Considerations are also made on the possibility of planting gall bladder cancers when taking this organ out through tunnels in the abdominal wall.*

## Introducción

Hemos creído ilustrativo traer a esta Sociedad la observación de un paciente que operamos a fin del año pasado, veinte días después de una colecistectomía laparoscópica en el extranjero.

## Historia clínica

Paciente de 58 años, diabético, ex-asmático, intervenido por melanoma de pierna hace 11 años. En noviembre de 1993 se le diagnostica por ecografía litiasis renal y vesicular, realizándose una colecistectomía laparoscópica sin complicaciones aparentes, en la ciudad de San Juan de Puerto Rico el 17 de noviembre de 1993.

Previamente se le había realizado un estudio gamagráfico de la vía biliar con IDA, que mostró un colédoco normal.

Poco después viaja a Montevideo. Al llegar comienza con dolores abdominales y vómitos por lo cual nos consulta.

Después de tratarlo con intubación gástrica, antiespasmódicos y sueros durante tres días, hacemos diagnóstico de oclusión yeyunal con una radiografía simple de abdomen y resolvemos operarlo el 11 de diciembre de 1993 con anestesia general.

## Primera operación

Incisión mediana supraumbilical. Oclusión yeyunal en la segunda asa. Invaginación de 25 cm de

1. Ex-Profesor de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

2. Ex-Residente de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

3. Ex-Asistente de Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

4. Ex-Profesor Agregado de Anatomía Patológica. Facultad de Medicina. Montevideo. Presentado el 14 de setiembre de 1994 de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

**Correspondencia:** Dr. R. Praderi. Luis Ponce 1337/502. 11700. Montevideo. Uruguay.

longitud por tumor sólido que se palpa en la cabeza del "boudin". Resección sin desinvaginar, incluyendo el sector correspondiente de mesenterio en el cual hay ganglios duros. Anastomosis término terminal en dos planos. Metástasis hepáticas en cara superior de ambos lóbulos, la mayor del tamaño de una nuez. Resto del vientre libre, cierre por planos. Evolución excelente. Alta el 18 de diciembre de 1993. Recuperación funcional digestiva.

El estudio histológico efectuado por uno de nosotros (H.N.) dice así: la proliferación tumoral consiste en células pequeñas y medianas poliédricas, redondeadas o cilíndricas, con citoplasmas claros, finamente vacuolados y con núcleos prominentes ligeramente pleomórficos con cromatina pulverulenta y nucléolos en general pequeños. El índice mitótico es elevado. Estas células se disponen en estructuras predominantemente trabeculares, más raramente insulares y en mayor medida sin organización particular (indiferenciadas).

Siguiendo la proposición de Fenoglio, Preiser y colaboradores <sup>(1)</sup> calificamos a la neoplasia como un carcinoma moderadamente diferenciado con rasgos carcinoides, el cual aparece extendido en peritoneo y habiendo dado metástasis en siete ganglios linfáticos mesentéricos próximos al tumor, habiéndose cumplido la resección con amplios márgenes en lo longitudinal en el curso de la solución de una oclusión intestinal por invaginación determinada por el mismo tumor.

Cinco días después reingresa con intenso dolor en hipocondría derecho, hipotensión y anemia, luego de reponerlo es reintervenido con anestesia general.

### *Segunda operación*

Transversa de hipocondrio derecho. Hematoma subcapsular de hígado roto en peritoneo a través de un desgarro de la cápsula en cara superior del segmento VIII. Aspiración y lavado. Han caído metástasis enteras en la cavidad abdominal. Hemostasis dificultosa. Se consigue con Gel-Foam y sutura de la cápsula hepática y de un colgajo de epiplón mayor. Se deja un tubo de aspiración en peritoneo. Se consigue así detener la hemorragia.

Aunque el tubo se dejó una semana finalmente comenzó a drenar ascitis y se retiró. El estudio microscópico de las metástasis coincidió con el de la lesión original.

Desarrolló después una insuficiencia renal con edema del tren posterior. Se descartó taponamiento cardíaco y trombosis de la cava, por ecografía. La falla renal refractaria a diuréticos (furo-

semide y manitol) determinó su muerte el 7 de diciembre de 1994.

### **Comentario**

Los cirujanos abdominales encontramos frecuentemente otras patologías, a veces más importantes (por el riesgo de vida) que la litiasis vesicular.

En una serie de 4.000 colecistectomías convencionales realizadas por el Dr. A. Estefan y uno de nosotros <sup>(2)</sup> entre 1970 y 1990 encontramos otra patología en la exploración abdominal en 381 casos (10,3%). A veces debe ser tratada en la misma operación: abscesos, aneurismas, etcétera. Pero pueden haber cánceres coexistentes.

El profesor Juan Carlos del Campo dictó uno de sus famosos cursos de graduados sobre este tema en 1958 y fue Juan E. Cendan <sup>(3)</sup> el que habló de las operaciones asociadas en vías biliares.

Todos sabemos cuando indicamos una colecistectomía a cielo abierto (sobre todo en pacientes de más de 40 años), que vamos a explorar un vientre por si la dispepsia y los síntomas son prestados y no corresponden a la litiasis biliar, y es posible que tomemos medidas para curar otras afecciones en el momento o después, como ya señalaban Glenn y McSherry <sup>(4)</sup> hace 40 años. Uno de nosotros (R.P.) <sup>(5)</sup> ha publicado observaciones de afecciones vasculares asociadas, que pueden ser aneurismas viscerales <sup>(6)</sup>.

Evidentemente la experiencia de la cirugía laparoscópica demuestra que la exploración abdominal es insuficiente y ello explica esos errores, imputables a la técnica.

Pero existe otro problema aún más grave. Cuando se operan viejas litiasis vesiculares, cabe la posibilidad cada vez mayor de que exista un cáncer de vesícula. Cuando se opera a cielo abierto el cirujano lo advierte o lo sospecha, reseca la vesícula con la placa vesicular y no la abre para evitar derramar bilis o cálculos en el peritoneo. En estos casos, bastante frecuentes en nuestro país, como ha constatado uno de nosotros (H.N.) es el patólogo el que hace diagnóstico de cáncer incipiente de vesícula, curando de esta manera muchos de esos enfermos.

### **Discusión**

En cirugía laparoscópica, para sacar la vesícula a través de los túneles es necesario abrirla o aspirarla y muchas veces se derrama bilis y cálculos en la cavidad abdominal. Si después el

patólogo encuentra un cáncer en la mucosa, resulta que ésta ya estuvo en contacto con los túneles de la pared. Tiempo después aparecen metástasis en el músculo como ya ha sido señalado en la literatura por Drouard <sup>(7)</sup>, Pezet <sup>(8)</sup>, Clair <sup>(9)</sup>, Fong <sup>(10)</sup>, Landen <sup>(11)</sup> y O'Rourke <sup>(12)</sup>.

El año pasado en la discusión del trabajo de Targarona <sup>(13)</sup> en el Congreso del *Gastro Surgical Club* en Madrid, alguien propuso hacer biopsia extemporánea para descartar los cánceres de vesícula en esa situación. Uno de nosotros (R.P.) señaló que lo que no se debe hacer en esos casos es justamente abrir la vesícula bajo ningún concepto.

Nos dimos cuenta entonces que durante la colecistectomía convencional hacemos bien muchas maniobras sin darles trascendencia, pero ahora al compararlas con la cirugía laparoscópica durante la cual se viola a la víscera (como dicen Fong y Blumgart) abriéndolas y derramando su contenido, comprendemos por qué los cirujanos convencionales preferimos no abrir las vesículas en el vientre.

Por estas razones en el capítulo sobre Historia de la Colecistectomía que escribió uno de nosotros (R.P.) para el libro de Cirugía Endoscópica que publicó Interamericana, editado por Ferrerez y colaboradores <sup>(14)</sup> hemos tabulado las seis reglas de la colecistectomía convencional que son:

- 1) Incisión que permita introducir la mano del cirujano.
- 2) Exploración manual de todo el abdomen.
- 3) Colangiografía transcística obligatoria.
- 4) Puncionar y evacuar la vesícula sólo si está muy tensa, sin derramar bilis.
- 5) Tratar las patologías incidentales sólo si es posible por la incisión realizada.
- 6) Drenar el área subhepática si es imprescindible, de acuerdo a la patología encontrada.

## Bibliografía

1. **Fenoglio-Preiser CH, Pascal R, Perzin KH.** Atlas of tumor pathology tumors of the intestines Bethesda U.S.A.F., 1950. Fasc. 27
2. **Czarnevicz D, Iacopino J, Odriozola M, Estefan A, Praderi R.** Patología incidental en cirugía biliar a cielo abierto, hallazgos en 4.000 operaciones. *Cir Uruguay* 1992; 62: 138.
3. **Cendan JE.** Operaciones asociadas en vías biliares. Curso graduados "Operaciones asociadas en cirugía". Clínica Quirúrgica B. Prof. Juan C. del Campo, Montevideo, Facultad de Medicina, 1958.
4. **Glenn F, McSherry CK.** Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. *Surg Gynecol Obstet* 1965; 121: 979-89.
5. **Praderi R.** Problemas vasculares en cirugía de la litiasis biliar. Curso graduados Cirugía de vías biliares. Montevideo. Clínica Quirúrgica A. Prof. Abel Chifflet 1967.
6. **Praderi R.** Aneurismas e ictericia. *Rev Med Uruguay* 1977; 3: 1951-5.
7. **Drouard F, Delamarre J, Capron J.** Cutaneous seeding of gallbladder cancer after laparoscopic cholecystectomy. *N Engl J Med* 1991; 325: 1316.
8. **Pezet D, Fondrinier E, Rotman N et al.** Parietal seeding of carcinoma of the gallbladder after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1992; 79: 230.
9. **Clair DG, Lautz DB, Brooks DC.** Rapid development of umbilical metastases after laparoscopic cholecystectomy for unsuspected gallbladder carcinoma. *Surgery* 1993; 113: 355-8.
10. **Fong Y, Brennan M, Turnbull A, Colt D, Blumgart L.** Gallbladder cancer discovered during laparoscopic surgery. *Arch Surg* 1993; 128: 1054-6.
11. **Landen SM.** Laparoscopic surgery and tumor seeding. *Surgery* 1993; 144: T31-2.
12. **O'Rourke N, Price PM, Kelly S, Sikora K.** Tumor inoculation during laparoscopy. *Lancet* 1993; 342: 368.
13. **Targarona EM, Pons MJ, Viella P, Trias M.** Gallbladder carcinoma as a finding during laparoscopic cholecystectomy - 4th World Congress International Gastro Surgical Club. Madrid, 1993.
14. **Ferrerez A, Patiño JP, Cervantes J, Zundel N.** Cirugía endoscópica del abdomen. México: Interamericana, 1995.