

Colecistectomía laparoscópica: Técnica y complicaciones a propósito de 50 casos

Laparoscopic Cholecystectomy: Technique and Complications in a series of 50 cases.

Dr.: Daniel Florencio Cárdenas Valle¹

Hospital Nacional II, EsSalud. Huánuco, Perú.

RESUMEN

Se reporta un estudio retrospectivo descriptivo de los primeros 50 casos de colecistectomía laparoscópica realizados entre octubre y diciembre del 2000 en la ciudad de Huánuco. Se revisaron 50 historias clínicas de pacientes, con rango de edad de 45 a 86 años, predominancia del sexo femenino 35 (70%), con diagnóstico ecográfico de litiasis vesicular (96%). Cuarenta pacientes (80%) fueron operados con técnica americana, el tiempo operatorio fue variable de 0 minutos hasta 3 horas, con un tiempo promedio de 95.35 minutos, 5.21 de hospitalización promedio. Hubieron 2 casos (4%) con diagnósticos intraoperatorios de gangrena vesicular y compromiso del colédoco; 2 casos presentaron complicaciones por hemoperitoneo y bilirragia.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, colelitiasis, hemoperitoneo, bilis, colestasis intrahepática

SUMMARY

A descriptive retrospective study of a series of 50 cases performed in October-December 2000 is reported. 50 clinical record were reviewed age range 45-86 years, mostly female sex 35 patients (70%), with ultrasonographic diagnosis of cholelithiasis (96%). Forty patients (80%). Operated on with american technique operating time ranged from 20 minutes to 3 hours, mean time 95.35 minutes, mean hospital stay 5.21 days.

Key words: Cholecystectomy, Laparoscopic cholecystectomy.

Introducción

La primera colecistectomía convencional fue realizada por Langenbuch en 1882, en el pequeño hospital de Lazarus Krankenhaus de Berlín; ella se efectuó en un paciente de 42 años el que se recuperó sin problemas. Hasta entonces las operaciones sobre la vesícula biliar había consistido sólo en extracción de cálculos, drenaje de abscesos o creación de grandes fístulas biliares externas. Esta técnica con pequeñas modificaciones fue el pilar para realizar colecistectomías convencionales y se mantiene por más de 120 años. La cirugía laparoscópica comenzó a desarrollarse a comienzo del siglo XX en Europa. En 1987 Philippe Mouret en Lyon, Francia, efectuó la primera cirugía laparoscópica en humanos, Dubois en París, la desarrolló y consolidó la técnica, poco después Reddick y Olsen en Nashville (Tennessee) comunicaron el primer caso en USA.

Esta técnica se ha difundido rápidamente en el mundo, debido a su particularidad de rápida recuperación del paciente, no incisiones amplias, y mejor calidad de complicaciones, sobre todo biliares, más elevada que en la cirugía convencional, es por ello el motivo de revisión para hacer un balance cualitativo y cuantitativo de los resultados al aplicar esta técnica quirúrgica.

(1) Médico Asistente del Servicio de Cirugía del Hospital II - EsSalud, Huánuco.

Material y Métodos

Del mes de octubre a diciembre del 2000, se realizaron 50 intervenciones quirúrgicas por cirugía laparoscópica. La edad media fue de 50.6 años (22-77), el sexo predominante fue el femenino 35 (70%), en todos se efectuó ecografía abdominal siendo el diagnóstico ecográfico litiasis vesicular 96% y pólipo vesicular (4%).

Técnica laparoscópica. Todos los pacientes estuvieron con anestesia general, la técnica empleada la americana, 40 pacientes (80%), y todos los instrumentos son introducidos a través de trocares selladores. El neumoperitoneo y la óptica es conectada a una cámara que transmite la imagen hacia una pantalla de video.

La colecistectomía es hecha vía retrógrada con disección inicial del pedículo cístico en primer lugar liberando los repliegues peritoneales, y después se trabaja en el pedículo, se coloca 3 clips en conducto cístico y 3 clips en arteria cística.

La vesícula liberada de su lecho hepático es extraída a través de los trocares o eventualmente al haber rompimiento de vesícula o ser caso agudo en una bolsa de plástico o la adecuación de guantes quirúrgicos.

Cuando se juzga necesario se realiza colangiografía intraoperatoria, realizándose en ocho casos no evidenciándose coledocolitiasis.

En casos de cálculos grandes se fraccionan con pinza de foester o allis para su extracción, se deja drenaje subhepáticos en ocho casos; en el supuesto de duda de colección hemática o biliar empleándose drenaje tubular de cinco casos y laminar en tres casos, el tiempo operatorio empleado fue de 20 minutos a 3 horas haciendo una media de 95 34 minutos.

Se realizaron dos conversiones (4%) por caso de gangrena vesicular y lesión lateral de colédoco. Hubieron dos complicaciones (4%) por un cuadro de hemoperitoneo y bilirragia, no hubieron fallecidos, a todos los pacientes después de intervención quirúrgica se emplea cefalosporina de 1ra. generación una dosis, o tratamiento terapéutico en caso de colecistitis aguda. Como diagnóstico post operatorio colecistitis crónica calculosa 35 casos (70%) y colecistitis aguda 15 casos (30%).

Sin complicaciones se da de alta al 2do. día después de la intervención quirúrgica.

Resultados

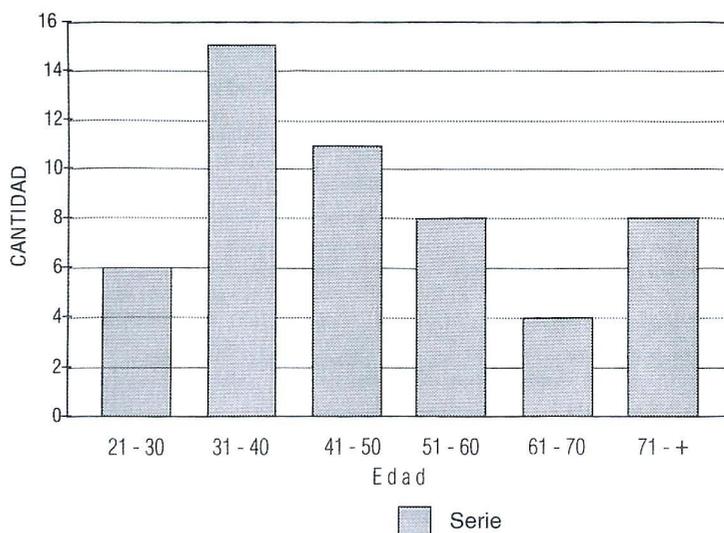
Al comienzo de las intervenciones quirúrgicas fuimos adiestrados por el programa de especialidades de EsSalud, dictándose un módulo médico quirúrgico de cirugía laparoscópica básica; asimismo se realizó pasantía en el Hospital Nacional "Guillermo Almenara". Con esa base se iniciaron las intervenciones quirúrgicas con los paráme-

tros ya descritos, comenzando las primeras veinte, con tiempo de 2 horas como promedio, para después ir acortando el tiempo de acuerdo a la evolución de la enfermedad vesicular.

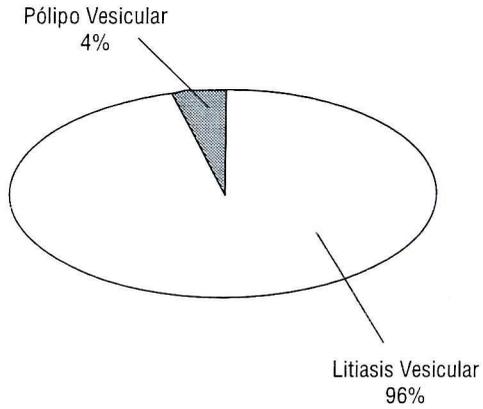
Las conversaciones efectuadas se realizaron en un caso por plastron vesicular por gangrena vesicular, en el cual no se podía identificar las paredes vesiculares por el cuadro agudo y plastron vesicular existente. El segundo caso fue producto de una colecistitis aguda en la cual el cístico estaba paralelo al colédoco y donde se colocó dren de Kehr, presentando fuga biliar del 2do. al 6to. día, para posteriormente evolucionar favorablemente.

Las complicaciones se debieron a un paciente con múltiples adherencias por intervención quirúrgica anterior, se colocó un 5 trocar y se comenzó a eliminar las adherencias, se realizó la colecistectomía, al 1er. día el paciente con hipotensión, taquicárdico y distensión abdominal, se realiza laparotomía exploratoria, región cística no evidencia de sangrado, no evidenciándose sangrado

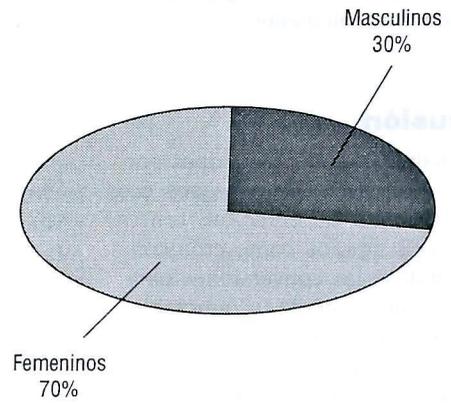
PACIENTES - GRUPO ETÁREO



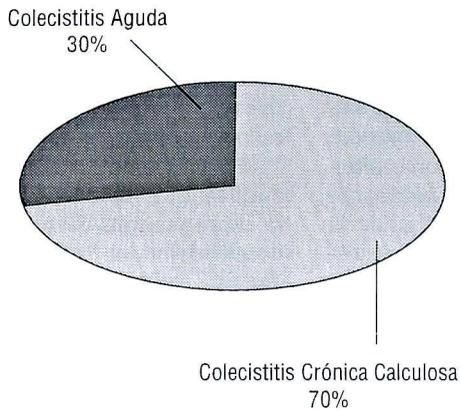
ECOGRAFÍA ABDOMINAL



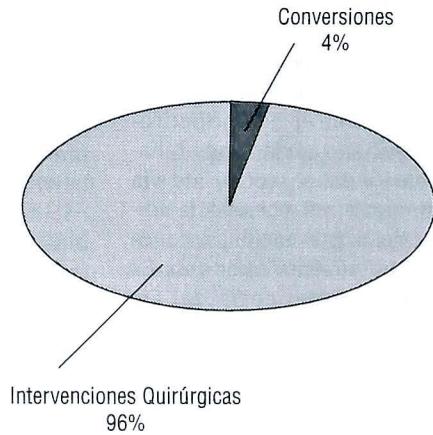
PACIENTES POR SEXO



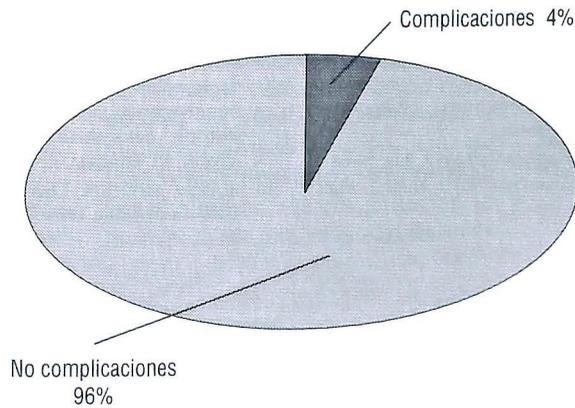
COLECISTITIS



CONVERSIONES



COMPLICACIONES



activo, realizándose lavado respectivo y colocación de drenaje, evolucionando favorablemente.

Discusión

Actualmente las indicaciones por cirugía laparoscópica en casos de coledocistitis es de elección, tanto para casos agudos como crónicos, reservándose las conversiones para los casos de sangrado incontrolable, neoplasia maligna inesperada o cuando se sospecha lesión de la vía biliar principal, entendiendo que la conversión a laparotomía no debe interpretarse como una complicación sino como muestra de buen juicio del grupo quirúrgico¹, así se optó para las conversiones realizadas.

Las complicaciones deben tenerse en cuenta en el post operatorio, relacionadas con el neumoperitoneo, sangrado, acumulaciones biliares, laceraciones, o sección de vía biliar principal²; es por ello la importancia de la prevención, reconocimiento y tratamiento oportuno. Es interesante la experiencia del Dr. Dubois³ quien nos sistematiza los casos por él encontrados en su experiencia de 2,665 casos, donde nos da norma para tratamiento en caso de lesiones de origen biliar y extra-biliares⁴, y nos sirve de parámetro

para la resolución de los casos respectivos, los cuales fueron efectivizados en las complicaciones que tuvimos, entendiendo siempre que las complicaciones biliares son el talón de Aquiles de esta cirugía.

Ya que debemos estar dispuestos a solucionar las complicaciones, se volvió a hacer laparoscopia diagnóstica, evitando la clásica laparotomía que con el desarrollo de esta técnica seguiremos implementando y acrecentando las posibilidades de solución de estos casos.

Asimismo nos enseña que en caso de obesidad, requiere algunas modificaciones técnicas como la longitud de los instrumentos, el número y la implantación de trocares⁵.

En casos de colecistitis aguda, de 344 casos realizaron la conversión 21 casos, cuatro reintervenciones y ningún fallecido⁶.

Reafirmando la buena indicación para la laparoscopia, en caso de tratamiento de cálculos en conducto biliar principal, tenemos como alternativa la esfinterotomía endoscópica⁷, o lo que se está realizando la desobstrucción transcística endoscópica que desde 1989 los franceses lo vienen realizando⁸. En cuanto a los líquidos endovenosos se retiran a las 24 horas o antes⁹, lo cual se está realizando; en casos de colecistitis agudas gangrenadas, perforaciones o peritonitis, si persiste el íleo se

mantienen los líquidos endovenosos, y la antibioterapia en dosis terapéuticas¹⁰; estos casos se nos presentaron, de ahí que en la evaluación estadística haya un aumento de las estadías de los pacientes.

Conclusiones

La colecistectomía laparoscópica es una nueva técnica que va acrecentándose tanto en patologías agudas como crónicas por sus excelentes resultados, bienestar del paciente y poca estancia hospitalaria, y un costo inferior al convencional.

Las conversiones son una decisión adecuada no debiéndose entender como una complicación.

Tener en cuenta las lesiones que pueden suceder en la vía biliar principal, y si se presentara la opción de conversión para la solución del caso.

En las complicaciones, tener en cuenta que se puede efectivizar la laparoscopia diagnóstica, para de allí definir lo que se puede realizar.

La colecistectomía laparoscópica es una técnica que se está realizando en el Hospital II EsSalud Huánuco, con resultados favorables, que nos impulsa a seguir desarrollándonos.

Referencias

1. DUBOIS, Francois. Rev. Endosc. Quir. Vol 2 Num 6, Diciembre 1998. Pág. 2-6.
2. DUBOIS, F; BERTHELOT, G; LEVARD, H. Cholecistomic par coelioscopie. Presse Medicale 1989. 18: 980-982.
3. DUBOIS, F; ICARD, P; BERTHELOT, G; LEVARD, H. Coelioscopie cholecystectomy. Ann. Surg. 1990. 211: 60-62.
4. MUJER, Erick. Rev Endosc Quir. Vol 3, Num 2. Abril 1999. Pág. 59-68.
5. VALDEZ MUELLE, Eduardo. Rev Endosc Quir. Vol 3, Num 2. Abril 1999, Pág. 77-78.
6. CUETO, Jorge. Cirugía laparoscópica de vesícula y de vías biliares. Cirujano General 1992; 14: 131-135.
7. SERRANO, BF. Colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. Rev Med Univ La Salle 1992; 13:9-13.
8. CUSCHIERI, A; MOUIEL, J et al. The european experience with laparoscopic cholecystomy. An J Surg 1991.
9. NIXON, SJ; MIRGHANI, MM. Br J Surg 1995; 82: 675-676.
10. IBÁÑEZ ANRIQUE, Luis. Boletín Esc de Medicina, P. Universidad Católica de Chile 1994; 23: 103-108.

Correspondencia:

Dr. Daniel Florencio Cárdenas Valle
Hospital Nacional, EsSalud.
Huánuco, PERÚ.