

Original

Colecistectomía por minilaparotomía

J. Ruiz Rosselló*, A. Pagán Pomar**, M. Gamundi Cuesta***, S. Abad de Castro*, A. Frau Tugores*, J.A. Soro Gosálvez****

La primera colecistectomía con éxito fue realizada por Carl Langenbusch de Berlín, a través de una incisión en forma de T, en 1882. Desde entonces se han descrito varios tipos de incisiones para acceder a la vesícula y realizar la colecistectomía. Las que gozan de más adeptos son la laparotomía transrectal derecha y la incisión subcostal de Kocher. Esta última es para muchos cirujanos la preferida al presentar una menor incidencia de complicaciones pulmonares y abdominales. Por término medio su longitud varía entre 15 y 30 centímetros, dependiendo de la dificultad técnica y del volumen del paciente.

Durante el período de febrero a diciembre de 1991 hemos intentado desarrollar una técnica, que ya ha sido publicada con anterioridad por otros autores, que consiste en la realización de una incisión abdominal mínima para hacer patente la viabilidad de la extirpación de la vesícula por este método en nuestro medio.

Pacientes y métodos

Se presentan una serie de 31 pacientes, 16 varones y 15 hembras, de los que se obtuvo el consentimiento informado en to-

dos ellos. La media de edad fue de 56,7 años, con límites entre 30 y 75 años. No se utilizó ningún parámetro de exclusión, salvo en los casos en los que se diagnosticó coledocolitiasis por ecografía, siendo los pacientes incluidos correlativamente. El peso medio fue de 67,6 kg con unos límites entre 47 y 90 kg, la talla media fue de 162,6 centímetros con unos límites entre 147 y 180 centímetros. El sobrepeso medio fue de 5 kg, siendo descritos como obesos 3 de los 31 pacientes.

Todos los pacientes fueron ingresados de urgencia hasta el cese de su fase aguda, estableciéndose a partir del diagnóstico logrado la indicación quirúrgica. Las sospechas clínicas fueron confirmadas por ecografía abdominal realizada durante su estancia en el área de urgencias que informó de signos de colecistitis aguda litiásica en 15 de los 31 pacientes, asociándose en uno de ellos un aumento moderado de las cifras de amilasas. En un caso se advirtió de la presencia de un absceso perivesicular que se drenó por vía percutánea durante su estancia en el hospital y en el resto, 15 de los 31 casos, se diagnosticó litiasis biliar y el motivo de su ingreso urgente fue el cólico hepático mantenido (Tabla 1).

Todos los pacientes fueron dados de alta tras la mejoría de su cuadro, motivo de ingreso, y fueron controlados en consultas externas. Ningún paciente de la serie fue intervenido de urgencia.

Como antecedentes patológicos cabe destacar el que 2 pacientes sufrieron un IAM 1 año antes de la intervención. Tres pacientes eran diabéticos y dos de ellos cumplían criterios de broncopatía crónica. Un caso presentaba una hernia inguinal sintomática que se intervino simultáneamente a la colecistectomía.

Ambulatoriamente se solicitó confirmación ecográfica del diagnóstico haciendo especial hincapié en el descarte de coledocolitiasis.

Previo a la intervención, ambulatoriamente, se llevó a cabo un estudio preoperatorio de función pulmonar y cardíaca que no contraindicaron en ningún caso la misma,

* Adjunto Servicio Cirugía General.

** Adjunto Servicio de Urgencias.

*** Residente Servicio Cirugía General.

**** Jefe de Departamento y Servicio Cirugía General.

TABLA 1
INDICACIÓN DE COLECISTECTOMÍA

Cólicos biliares de repetición	15
Colecistitis aguda	14
Colecistopancreatitis	1
Empiema vesicular	1

definiendo a cuatro pacientes con riesgo quirúrgico alto.

Aproximadamente entre 1,5 y 3 meses después de su ingreso urgente los pacientes fueron llamados para la intervención programada.

Tras la intervención, la analgesia de los pacientes fue la misma en todos ellos y consistía en la administración de dipirone endovenosa cada seis horas y de una dosis diclofenac sódico intramuscular tras la finalización de la misma. Una vez retirada la sueroterapia, la analgesia parenteral era sustituida por dosis orales de dipirone a intervalos de 6-8 horas y supositorios de diclofenac sódico cada 12 horas.

Tras el alta hospitalaria los pacientes no presentaron complicaciones siendo controlados ambulatoriamente, no requiriendo en ningún caso reingreso.

Técnica

Todas las intervenciones se efectuaron bajo anestesia general. La posición del paciente fue el decúbito con hiperextensión de la columna vertebral conseguida con la colocación de un rodillo acolchado a la altura de la base del tórax. La incisión fue subcostal con una longitud media de 6,5 centímetros con unos límites entre 4 y 10 centímetros. En todos los pacientes se efectuó miotomía incompleta del recto anterior del abdomen. La identificación de las estructuras del hilio biliar era la primera meta, que fue conseguida en todos los casos. En la mayoría de casos se dispuso de un gancho disector-electrocoagulador de diseño propio que ayudó considerablemente a la disección del hilio. Tras su identificación se pasaban ligaduras a modo de referencias y antes de proceder a las mis-

mas se revisaba de nuevo la anatomía del hilio. En un caso se estuvo a punto de lesionar el colédoco al presentarse el cístico muy corto interpretándose colédoco por cístico. La arteria cística se ocluyó con doble ligadura de seda de 2/0 y en la mitad de los pacientes se utilizaron hemoclips medianos de Weeck. Se practicó colangiografía peroperatoria en 22 pacientes con resultado de buen paso de contraste a duodeno y sin imágenes de sospecha, en 7 casos no se creyó necesaria y en 2 casos no se realizó por existir alergia al contraste documentada. Para la realización del campo quirúrgico se utilizó la valva ginecológica mediana de Sims y para facilitar la iluminación se utilizó un aspirador-iluminador del tipo Vital-Vue de B. Braun-Dexon. El peritoneo y la aponeurosis se cerraron con ácido poliglicólico del número 1 y la piel con agrafes. Se dejó drenaje aspirativo cerrado en 16 de los 31 pacientes en el lecho vesicular que fue retirado a las 24 horas, siendo prácticamente improductivo en la mayoría de ocasiones. Tras la tolerancia digestiva se retiraba la sueroterapia, entre las 12 y 24 horas de la intervención salvo en dos casos que permanecieron con sueros 48 horas por falta de tolerancia. Ningún paciente precisó sonda nasogástrica. Todos los pacientes son seguidos en consultas externas.

Resultados

En 30 de los pacientes fue posible la colecistectomía sin necesidad de ampliar en ningún caso la incisión. El único caso en que se amplió la incisión fue para el control de la hemostasia por un desgarro en la arteria cística en una vesícula escleroatrófica producido al intentar realizar la ligadura con seda.

La longitud media de la incisión fue de 6,5 centímetros, con unos límites entre 4 y 10 centímetros. Si bien las primeras efectuadas fueron de 9 cm, de 8,2 cm para seguir con incisiones de 7 cm, los tres últimos casos presentaban incisiones de

4 cm, 6 cm y 4,5 cm respectivamente. Existían signos de colecistitis subaguda en 12 pacientes, se halló una vesícula escleroatrófica en 3 pacientes y en el resto la vesícula biliar mostraba su anatomía normal. La duración de la intervención fue de 60 minutos con límites entre 30 y 90 minutos. El inicio de tolerancia, que si era adecuado implicaba la retirada de la sueroterapia, fue por término medio a las 22,5 horas tras la intervención, aunque en 7 casos pudo iniciarse tolerancia a las 12 horas de terminada la misma, y 2 pacientes presentaron intolerancia alimenticia que obligó a mantener los sueros durante 48 horas. En 3 pacientes aparecieron vómitos en las primeras 24 horas. Ningún paciente precisó sonda nasogástrica en el postoperatorio, aunque se utilizó durante la intervención, y fue retirada tras finalizar la misma en el quirófano después del aspirado contenido gástrico.

El nivel de dolor fue aceptable por todos los pacientes no requiriendo aumentar la pauta analgésica establecida en ningún paciente, mostrándose satisfechos de la intervención 29 de los 31 casos.

Las complicaciones postoperatorias se presentaron en 4 pacientes: un paciente presentó arritmia cardíaca, dos pacientes retención aguda de orina que obligaron al sondaje vesical e infección de la herida quirúrgica en un caso (Tabla 2).

TABLA 2
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Arritmia cardíaca	1
Retención orina	2
Infección herida quirúrgica	1

La estancia hospitalaria media fue de 3 días con unos límites entre uno y seis días. El momento del alta hospitalaria no fue forzado en ningún momento, de hecho las estancias más prolongadas, salvo los casos en que se presentaron complicaciones, lo fueron por motivos sociales.

Discusión

Esta serie, aunque corta, demuestra que la colecistectomía puede realizarse con seguridad a través de incisiones subcostales pequeñas. Debido a la menor agresión quirúrgica sobre la pared abdominal es lógico pensar que el postoperatorio es más bien tolerado y, por tanto, se logra una más rápida recuperación del paciente, lo que se traduce en estancias hospitalarias muy reducidas, sobre todo si son comparadas con las que presentaban los pacientes a los que realizaban y realizan laparotomías transrectales derechas o incisiones subcostales de mayor amplitud.

Es de suponer que con instrumental adecuado y un mayor adiestramiento del equipo quirúrgico pueda reducirse la incisión subcostal, fijando los 5 centímetros como patrón a estandarizar.

Queremos subrayar que las mayores dificultades técnicas no han estado relacionadas con la obesidad de los pacientes como a priori podría suponerse sino con las adherencias existentes secundarias a los procesos colecistíticos previos, aunque las variaciones anatómicas pueden ser determinantes.

Debe tenerse en cuenta la posibilidad y necesidad de ampliar la incisión en los casos en que existan dificultades técnicas, no forzando indicaciones para evitar la siempre posible yatrogenia.

En la actualidad defendemos esta técnica, como una opción más a tener en cuenta por los cirujanos, por las ventajas que implica, tanto desde el punto de vista económico como desde el punto de vista de confort del paciente. Desde el punto de vista económico, por su bajo coste y elevada rentabilidad, ya que su realización no implica ninguna inversión en material quirúrgico, proporciona una reducción ostensible de las estancias hospitalarias y además facilita la reincorporación más temprana del paciente a la sociedad. Desde el punto de vista del confort del paciente, existe una reducción significativa del dolor en el postoperatorio inmediato, con

una retirada temprana de la sueroterapia y una movilización precoz que inciden en un menor número de complicaciones inherentes a la técnica quirúrgica, amén de las ventajas estéticas. De hecho 29 de los 31 pacientes se mostraron altamente satisfechos, no existiendo ningún paciente que hubiese elegido el método de incisiones clásicas.

Bibliografía

1. Langenbuch C. Ein Fall Von Extirpation der Gallenblase wegen chronischer cholelithiasis. Heilung Berl Klin Wochenscher 1882; 19: 725-7.

2. Maingot R. Operaciones Abdominales, 1786-1806. Buenos Aires: Ed. Panamericana, 1986.
 3. Grace PA, Quereshi A, Coleman J. Reducción de la hospitalización postoperatoria con la colecistectomía laparoscópica. *Br. J. Surg.* 1991; 78: 160-162.
 4. O'Dwyer P, Murphy JJ, O'Higgins NJ. Colecistectomía a través de una incisión subcostal de 5 cm. *Br. J. Surg.* 1990; 77: 1.189-1.190.
 5. García-Valdecasas JC, Almenara R, Cabrer C et al. Subcostal incision versus midline laparotomy in gallstone surgery: a prospective randomised trial. *Br. J. Surg.* 1988; 75: 473-5.
 6. Hermann RE. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica 1990; 6: 1277-1289.