

Revisión

Colicestectomía laparoscópica. Revisión de los primeros 500 pacientes

Ramón Guitart Terraza, Juan Calafell Clar, Francisco Tugores Ques, Carlos Montero Romero (*)

Resumen

En la actualidad el abordaje laparoscópico, constituye la vía de elección en el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar en función de la experiencia y medios de que dispone el cirujano.

Presentamos los resultados de 500 colecistectomías laparoscópicas realizadas desde Mayo de 1991 a Noviembre de 1994. No hubo mortalidad en la serie. La tasa de conversión fue de un 3,4%, siendo la causa principal la existencia de colecistitis agudas severas con plastrón y la litiasis coledocal en los primeros pacientes de la serie. Se practicó colangiografía peroperatoria transcística, con los mismos criterios que en cirugía abierta. Se abordó por vía laparoscópica exclusiva la vía biliar principal en 11 pacientes, mediante coledocotomía extracción de cálculos, dilatación papilar y drenaje de Kehr. La duración media fue de 50 min., siendo de 150-180 min. en los que se abordó la VBP. La estancia media hospitalaria fue de 48 h. La tasa de complicaciones un 2% sobre el

total; las más graves se produjeron dentro de los primeros 75 pacientes, con lesión de vía biliar en tres casos, resueltos satisfactoriamente y de la vena cava en uno. En los últimos 200 pacientes no hubo complicaciones.

Se concluye que hay un período más o menos largo de aprendizaje, tras el cual la técnica ofrece la seguridad y eficacia de la cirugía convencional, con un grado de confort y recuperación para el paciente, muy superiores a la cirugía clásica.

Introducción

Desde la primera colecistectomía realizada por K. Langenbuch en Berlín, en 1882, hasta la primera colecistectomía laparoscópica practicada por Mouret en Lyon en 1987, han transcurrido 107 años.

Actualmente son cada vez más los cirujanos que se inician en esta técnica y numerosas las series publicadas en todo el mundo que exponen tasas de morbilidad similares a la cirugía convencional, con ventajas superiores para los pacientes, lo que va convirtiéndola en la técnica de elección. Sin embargo, como toda nueva técnica, requiere un período de aprendizaje durante el cual pueden producirse complicaciones importantes tal como se producen en la cirugía convencional.

Presentamos nuestra experiencia y mostramos detalladamente las tasas de complicaciones, índice de conversión, (paso cirugía abierta en el mismo acto), reoperación, sus causas y los resultados obtenidos en el tratamiento de la litiasis de la VBP.

Pacientes y métodos

Desde mayo de 1991 hasta noviembre de 1994 hemos intervenido 500 pacientes.

Todos fueron evaluados por minuciosa historia clínica, analítica, perfil bioquímico y ecografía.

(*) Cirujanos. Policlínica Miramar.

Las indicaciones en el inicio de la serie fueron para pacientes sin cirugía previa, portadores de colelitiasis sintomática no complicada, hasta los primeros 50 pacientes.

A medida que se profundizaba en la técnica se fueron ampliando las indicaciones, siendo en la actualidad para todos los pacientes afectos de litiasis biliar, aún con sospecha de coledocolitiasis, cirugía previa y con otras patologías, como hernias inguinales, esofagitis por reflujo, quistes hepáticos simples y patología anexial.

El total de intervenciones siempre se ha realizado por dos grupos de cirujanos experimentados en cirugía biliar convencional.

Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica preoperatoria, con cefalosporinas de segunda generación. Al iniciar la ingesta, en las primeras 8-12 h., cobertura con ciprofloxacilo durante 5 días. Profilaxis tromboembólica con heparina cálcica preoperatoria (0,3 cc en una sola dosis).

La técnica ha sido siempre la misma,

Pacientes	Mujeres	Hombres	Lim. edad	Cir previa	Ecografia
500	398 (79%)	102 (21%)	16-87 a.	56 (11%)	500 (100%)
	434	Colelitiasis no complicadas			
	16	Coledocolitiasis			
	32	Colecistitis aguda			
	18	Otras patologías			

Tabla 1

Con ligeras modificaciones en los casos de obesidad manifiesta, con cuatro trócares, el paciente en anti-Trendelenburg en posición de decúbito supino. Se ha utilizado el Laser de Neodimio -yag y electrocauterio indistintamente, con claras ventajas del segundo; la colangiografía peroperatoria fue rutinaria a partir del paciente nº 40 y satisfactoria en el 93% de los casos.

La ingesta se inició entre las 8 y las 12 h. y el alta hospitalaria entre 1,5 y 5 días (pacientes con coledocolitiasis), con un promedio de 48 horas.

Resultados

Mortalidad

No existió en la serie ni por causas propias ni ajenas a la intervención

Morbilidad

La morbilidad global fue del 2,2% (11 pacientes). Las complicaciones mayores, entendiéndose por tales las que pueden comprometer la vida del paciente, sucedieron en 4 pacientes, (0,8%). Una lesión de la vena cava por punción de la aguja de Verres, que ocasionó hemorragia postoperatoria que obligó a la reintervención inmediata. Una lesión del hepático derecho por clip y escara de electrocauterio, que se presentó como coleperitoneo al 5º día de la intervención, obligó al reingreso y reintervención, resolviéndose con dren de Kehr. Una fístula biliar externa por malformación de vías biliares que obligó a dos reintervenciones ya que no se identificó en el acto quirúrgico inicial. Una herida del hepático derecho, que se identificó y obligó a la reconversión resolviéndose

con sutura de dren de Kehr. Todas estas complicaciones se dieron entre los primeros 75 pacientes.

Complicaciones menores: Dos abscesos de pared, en la incisión umbilical, dos enfisemas subcutáneos que se resolvieron espontáneamente y dos heridas superficiales del parénquima hepático resueltas por cauterización. Morbilidad porcentualmente superponible a la de la cirugía convencional.

Pacientes 500	Morbilidad 11 pacientes 2,2%
Coleperitoneo. Bilirragia	2 (1%)
Lesiones vasculares	1 (0,5%)
Lesiones vías biliares	2 (1%)
Heridas hepáticas	2 (1%)
Abcesos abdominales	0 (0%)
Abcesos de pared	2 (1%)
Enfisema subcutáneo	2 (1%)
Hemorragia postoper.	0 (0%)
Ileo paralítico	0 (0%)
Ileo mecánico	0 (0%)

Tabla 2

Conversión

Se reconvirtieron 17 pacientes (i. C. 3,4%). Las principales causas fueron en los primeros pacientes, la existencia de litiasis coledociana y la lesión del conducto hepático derecho apreciado durante el acto quirúrgico. Otras causas fueron el hallazgo de colecistitis agudas severas con imposibilidad de identificación de la anatomía biliar. La presencia de adherencias múltiples por cirugía abdominal previa del espacio supramesocólico y patología tumoral, se halló una neoplasia de vesícula biliar, una neoplasia de colon, metástasis hepáticas de origen desconocido y una cirrosis hepática no diagnosticada previamente.

Índice de conversión. I. C.

Pacientes 500	Conversión 17 pacientes, I.C. 3,4%
Litiasis coledociana	5
Colecistitis aguda severa	4
Metástasis hepáticas	2
Lesión C. hepático	1
Cirugía previa, adherencias	1
Neoplasia de colon	1
Lesión vena cava	1
Neoplásia de vesícula	1
Cirrosis severa	1

Tabla 3

Reintervenciones

Se han practicado tres reintervenciones. Una inmediata (a los 30 min.) por punción de la vena cava. Y dos reintervenciones tardías, la primera a los 5 días, secundaria a escara eléctrica por un clip próximo al colédoco que provocó perforación y coleperitoneo, (requirió sutura y dren de Kehr), la otra, por fístula biliar sobre el hepático izquierdo a nivel de confluente biliar. Ambas resueltas satisfactoriamente.

Colangiografía peroperatoria

A partir del paciente nº 40 se ha practicado colangiografía de una manera sistemática, siendo satisfactoria en la mayoría de casos (93%), permitiendo descubrir un porcentaje no despreciable (3,2%),

Colangiografía

Pacientes 500	Colangiografía peroperatoria 400 pacientes
Colangiografías	5
Satisfactoria	4
Fallida	2
Coledocolitiasis	1
Falsos positivos	1

Tabla 4

permitiendo descubrir un porcentaje no despreciable (3,2%) de litiasis coledociana no sospechada.

Coledocolitiasis

La práctica rutinaria de la colangiografía peroperatoria ha permitido diagnosticar y tratar a 16 pacientes afectos de litiasis coledociana no sospechada preoperatoriamente. De éstos, cinco pertenecientes a las primeras 75 intervenciones, fueron tratados con conversión a cirugía "abierta" en el mismo acto quirúrgico. Los otros 11 pacientes se han tratado por vía laparoscópica exclusivamente, mediante coledocotomía, extracción y cobro de cálculos con sonda balón de Fogarty, dilatación papilar con balón y dren biliar externo de Kehr seguido de comprobación radiológica del mismo.

La estancia promedio de estos pacientes fue de cuatro días (entre 3 y 5 días). El control radiológico trans Kehr, ambulatorio, previo a su extracción no ha mostrado ningún caso de litiasis residual.

Pacientes 500		Coledocolitiasis 16 pacientes 3,2%	
	nº		Día estancia media
Tratamiento laparoscópico exclusivo VBP	11 (70%)		4
Conversión a cirugía "abierta"	5 (30%)		14
C P R E	0		?
Litiasis residual	0		?

Tabla 5

Duración de la intervención y estancia hospitalaria

La duración media de las intervenciones fue de 50 min. (rango de 22 min.-130 min.) con colangiografía. En los pacientes

que se abordó la VBP fue 150-180 min.

La estancia media hospitalaria fue de 48 horas (rango de 1,5-5 días).

La ingesta se inició entre las 8-12 horas.

Reanudación de actividad habitual promedio 10 días (entre 6 y 14 días)

Pacientes 500	
Duración intervención	50 min. (21 - 180 min.)
Estancia media	2 días (1,5 - 5 días)
Reanudación actividades	10 días (6 - 14 días)

Tabla 6

Discusión

Recientemente los numerosos estudios publicados confirman la colecistectomía laparoscópica como técnica segura, con tasas de mortalidad entre el 0 y 0,3% y morbilidad global entre el 1,6% y el 11,2%. Todo ello superponible a los porcentajes de la cirugía convencional.

Todas las series publicadas destacan una morbilidad decreciente atribuida a la llamada "curva de aprendizaje". Hecho que también constatamos en nuestra serie, pues las complicaciones de mayor relieve se produjeron entre los pacientes 15 y 75. Actualmente la tasa de complicación es inferior al 0,5%.

En todas las series publicadas la intervención no pudo completarse laparoscópicamente en cierto número de pacientes, es el índice de conversión (IC), en nuestra, en total resonancia con las de más bajo índice de conversión, se mantiene estable alrededor del 3%, ya que al mejorar la técnica se da cabida a la totalidad de pacientes afectos de litiasis biliar.

La colangiografía peroperatoria, que se postula como selectiva en la mayoría de las series, creemos debe ser rutinaria, sin llegar a los extremos de posible lesión de la vía biliar, con idéntico criterio que en la

cirugía "abierta". Constatando en nuestra serie un no despreciable 3,2% de litiasis coledocal no sospechada.

Actualmente, el tema de controversia es sin duda el tratamiento de la litiasis coledocal; presentamos unos resultados alentadores por lo satisfactorios en un sólo tiempo laparoscópico, a pesar de su corto número de casos (11), en total coincidencia con la mas reciente serie publicada por J. Perissat.

Creemos por lo tanto, que el abordaje en un tiempo de la colelitiasis coledocolitiasis por vía laparoscópica, debe ser el tratamiento de elección, con el adecuado instrumental y experiencia quirúrgica, siendo la papilotomía la opción de elección en la litiasis residual.

Conclusiones

La colecistectomía laparoscópica ha llegado a ser la técnica de elección en el tratamiento de la litiasis biliar. Ofrece la seguridad y eficacia de la cirugía convencional, con índices de mortalidad y morbilidad superponibles.

Para el cirujano experimentado en la cirugía biliar, un período de aprendizaje no excesivamente largo, permite acceder a los niveles de eficacia y seguridad de la cirugía convencional, ofreciendo al paciente un grado de confort, mejor control analgésico, corta estancia hospitalaria y nulo índice de morbilidad tardía, sin mayor coste económico y menor coste social.

Bibliografía

Perissat J., et al. Tratamiento de los cálculos del colédoco en la era de la colecistectomía laparoscópica. *Br. J. Surg.* 1994, 81, 799-810.

Perissat J., et al. Laparoscopic Cholecystectomy: The state of the art. A report on 700 consecutive cases. *World J. Surg* 1992, 16, 1074-82.

Jacobs M. et al. Laparoscopic Choledocholithotomy. *Journal of laparoendoscopic surgery.* 1991, 1, 79-82.

Martin I. G. et al. Minimally invasive treatment for common bile duct stones. *Br. J. Surg.* 1993, 80, 103-6.

Cuchieri A. et al. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 1991, 161, 385-387.

Diez del Val y cols. Colecistectomía por laparoscopia. Experiencia personal y revisión. *Cir Esp.* 1992, 52, 129-136.

Jacobs M et al. Laparoscopic Cholecystectomy in acute cholecystitis. *J. Laparo. Endosc. Surg.* 1991, 1, 175-177.

Fabre et al. Colecistectomie coelioscopique dans la lithiase vesiculaire simple et compliqué. A propos de 392 cas. *Ann Chir* 1992, 46, 330-334.

Philips et al. Laparoscopic Cholecystectomy in acute cholecystitis. *Am Surg* 1992. 58, 273-276.

Hunter J G et al. Laparoscopic management of bile duct stones. *Srg Cli North Am.* 1992. 72, 1077-1097.

Sackier J M et al. The role of cholangiography in laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg,* 1991. 126, 1021-1026.

Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med.* 1991, 324, 1073-78.

E. M. Targarona y cols. ¿Es la esfinterotomía endoscópica dejando la vesícula "in situ", una alternativa a la cirugía en el tratamiento de la coledocolitiasis en el paciente de riesgo elevado?. *Cir. Esp.* 1993. 53, 163-167.

Laporte E. y cols. La colecistectomía laparoscópica. Resultados preliminares a propósito de 60 casos. *Cir. Esp.* 1992, 51, 122-125.

Berci G. et al. Laparoscopic management of comon bile duct stones. *Surg. Endosc.* 1994, 8, 1168-1175.