

COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCOPICA

A propósito de nuestros primeros 440 casos

RESUMEN

Se hace un análisis retrospectivo de 440 colecistectomías realizadas por videolaparoscopia entre marzo de 1993 y diciembre de 1994. Las indicaciones fueron: por litiasis vesicular sintomática 391; por colecistitis aguda 45 y por pólipos vesiculares 4. El 94 % de los pacientes no presentaron complicaciones. La conversión a cirugía clásica fue necesaria en 14 (3,1 %) de los casos. Siete (1,6 %) tuvieron complicaciones post-operatorias: 1 lesión de V.B.P.; 3 hemorragias; 1 bilirragia y 2 litiasis residuales. Una enferma falleció en la sala de operaciones a consecuencia de un infarto masivo de miocardio.

SUMMARY

A series of 440 laparoscopic cholecystectomy operated from march 1993 to december 1994, is analyzed. The indication for surgery were: symptomatic vesicular lithiasis; 391; acute cholecystitis: 45 and vesicular polyps 4. Out of the total of patients, 414 (94 %) had no complications. The conversion to classic laparotomy was necessary in 14 (3,1 %) cases. Seven (1,6 %) had the following post-operative complications: 1 lesion of the V.B.P.; 3 hemorrhage; 1 biliar leakage; and 2 residual lithiasis. One patient died in the operating room owing to an massive myocardial infarction.

INTRODUCCION

La colecistectomía videolaparoscópica actualmente es el método de elección para el tratamiento de la litiasis vesicular sintomática.

Desde las primeras operaciones realizadas en Francia con esta técnica hasta hoy han transcurrido solo 7 años, lo cual constituye un período muy breve para que todos los cirujanos hayan podido recibir una formación adecuada. Aún transitamos un período de turbulencias, característico de toda fase de aprendizaje, y por ello nos parece de interés el análisis de los resultados de nuestro trabajo en los 2 primeros años de implementación de éste método en el Hospital Privado de Córdoba.

* Médico Adjunto Interino

** Médico Adjunto

*** Médico Residente

Dr. Miranda, Eduardo *; Dr. Eynard, Héctor ** ;
Dr. Mondino, Juan C. *;
Dr. Obeide, Luicio ***; Dr. Arcuri Colombres, Miguel***;
Dr. Beltramone, Fernando ***.
Hospital Privado - Centro Médico de Córdoba

Material y Métodos

En este trabajo retrospectivo se incluyen los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica, de ambos sexos y sin límite de edad, operados entre Marzo de 1993 y Diciembre de 1994 en el servicio de Cirugía General del Hospital Privado de Córdoba.

Las indicaciones de colecistectomía laparoscópica fueron la litiasis vesicular sintomática, las colecistitis aguda y los pólipos vesiculares.

Para confirmar el diagnóstico en cada caso se realizó de manera sistemática una ecografía abdominal y exámenes de laboratorio (rutina, pruebas funcionales hepáticas).

Todos los pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular 2 horas antes de la intervención y una dosis preoperatoria y 2 postoperatoria de cefalosporina de 1° generación (Cefazolina 1 gr. EV.). Se les colocó sonda nasogástrica, y se indicó vaciamiento vesical espontáneo inmediatamente antes de la operación. La cirugía se realizó bajo anestesia general, cardioscopia, oximetría de pulso, y monitoreo de CO2 expirado (capnografía). Utilizamos la técnica descrita por Dubois. (1).

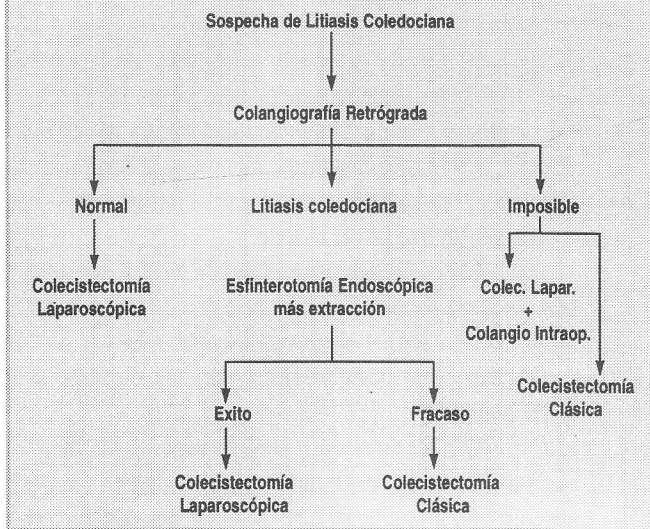
El equipo quirúrgico participante estuvo compuesto por 3 cirujanos formados en cirugía general y 4 residentes. Al comienzo de este estudio solo un cirujano poseía experiencia en videocirugía.

Ante la sospecha de litiasis del colédoco (clínica, biológica y/o ecográfica) siempre indicamos una colangiografía retrógrada asociada eventualmente a una esfinterotomía endoscópica con extracción del cálculo. Nuestra conducta se resume en el cuadro N° 1.

Entre los pacientes incluidos algunos presentaron factores de riesgo importantes como trasplante cardíaco, trasplante renal, insuficiencia renal crónica, by-pass aorto coronario, obesidad mórbida, situs inverso, patologías que no motivaron la exclusión de este procedimiento.

Sin embargo, en el mismo período contraindicamos la colecistectomía laparoscópica en 36 pacientes, por motivos anestésicos, embarazo, o cuando en el preoperatorio se prevenían dificultades técnicas mayores.

Cuadro Nº 1: Actitud ante la sospecha Preoperatoria de Litiasis Coledociana



Análisis de los Resultados

Entre Marzo de 1993 y Diciembre de 1994 realizamos 440 Colecistectomías por Videolaparoscopia. Operamos 323 mujeres y 117 varones, edad promedio 46 años con extremos de 11 y 83 años.

Las indicaciones de la colecistectomía fueron las siguientes:

- Litiasis Vesicular sintomática	391
- Colecistitis Aguda	45
- Pólipos vesiculares	4

Las colecistitis agudas representa el 10,4 % del total de operados y fueron de gravedad variable, desde una colecistitis edematosa a plastrones vesiculares o piocolecisto. Los pólipos vesiculares correspondieron histológicamente a adenomiomas.

Los principales resultados del estudio se resumen en el cuadro 2.

El 94 % de los pacientes operados no presentaron complicaciones.

Una paciente falleció en la sala de operaciones como consecuencia de un infarto agudo de miocardio masivo, confirmado por electrocardiografía y ecocardiografía intraoperatoria. Se descartó la embolia gaseosa. El infarto se produjo a los 45 minutos del comienzo de la cirugía y sin mediar ningún accidente técnico.

La conversión en cirugía clásica fue necesaria en 14 casos; en 13 pacientes por dificultades técnicas (colecistitis aguda, vesícula esclero atrófica, adherencias, litiasis coledociana), y en una oportunidad por hemorragia por lesión

intraabdominal con la aguja de insuflación.

En 4 ocasiones tuvimos que reintervenir al paciente: en 2 casos dentro de las primeras 24 horas por hemorragia - del lecho vesicular (laparotomía) y de la arteria epigástrica derecha (laparoscopia). Las otras dos reintervenciones, diferidas, ocurrieron, una por litiasis residual del colédoco imposible de resolver por esfinterotomía endoscópica, y la otra por una lesión de la vía biliar principal (VBP) no detectada en el acto operatorio. Con éste último paciente tuvimos dificultades técnicas mayores provocadas por una vesícula esclero atrófica, y constatamos una bilirragia en el postoperatorio inmediato. En una primera reintervención observamos una lesión puntiforme del colédoco a nivel de la unión cístico-coledociana, que se trató con la colocación de un tubo de Kehr. Dos meses después la operamos nuevamente por estenosis del colédoco la cual fue resuelta definitivamente con una anastomosis hepático-yeyunal.

Un caso de bilirragia de bajo débito se resolvió espontáneamente en 8 días.

Dos pacientes presentaron litiasis coledociana residual: uno de ellos se trató mediante esfinterotomía endoscópica y extracción del cálculo, y el segundo requirió reintervención por laparotomía tres semanas después. En ambos pacientes la colangiografía operatoria fue normal.

Otro paciente presentó un hemoperitoneo cuya causa no pudo determinarse por cuanto no necesitó reintervención, pero si una transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos sedimentados.

Algunas complicaciones menores fueron hematomas parietales y onfalitis o pequeña eventración para umbilical.

La litiasis del colédoco fue sospechada en el pre operatorio en 18 oportunidades. En todos los casos indicamos colangiografía endoscópica retrógrada, la cual fue normal en la mitad de los casos. De los 9 pacientes restantes en 6 se puso en evidencia una litiasis coledociana que fue tratada con esfinterotomía y extracción del cálculo. A estos pacientes se los operó por laparoscopia 48 hs. después. En los otros tres pacientes la colangiografía endoscópica no fue posible y se los operó por laparoscopia, con colangiografía intraoperatoria. Solo 1 paciente tenía un cálculo en el colédoco y debimos convertir.

No hemos realizado colangiografía intraoperatoria de manera sistemática y solo la efectuamos en 12 oportunidades. En 1 solo caso, que es el anteriormente citado, detectamos un cálculo en el colédoco y recurrimos a la laparotomía. Dentro de las 11 colangiografías intraoperatorias restantes, normales, hubo 2 pacientes que presentaron un cálculo coledociano residual.

El tiempo operatorio de una colecistectomía

laparoscópica osciló entre 25 minutos y 2 horas con 15 minutos, siendo habitualmente de 60 minutos. Los pacientes al

vencional.

Los accidentes se producen en general en el período posterior al aprendizaje controlado, cuando el cirujano comienza a tenerse confianza.

Nunca hay que dudar en convertir en laparotomía ante dificultades técnicas importantes aunque la experiencia del cirujano sea grande. Es preferible tener un mayor índice de conversiones, que finalmente representa la seguridad para el paciente, que complicaciones técnicas intraoperatorias que constituyen un fracaso del método.

Las contraindicaciones de esta técnica dependen de la experiencia del cirujano, pero en todos los casos la constituyen el embarazo, la hipertensión portal mayor y las contraindicaciones de orden anestésico para la realización de un neumoperitoneo.

Los factores de riesgo de algunos de nuestros pacientes fueron considerables pero no constituyeron un impedimento a la cirugía laparoscópica; por el contrario, el confort brindado por esta técnica fue decisivo para una pronta recuperación.

Cuadro Nº 2:
Colecistectomía Videolaparoscópica.
Resultados: 440 Pacientes

	Nº	%
Sin complicaciones	414	94 %
Mortalidad	1	0,2 %
Conversiones	14	3.18 %
Dificultad Técnica	13	
Accidente Intraop.	1	
Complicaciones Post		
Mayores	7	1.6 %
Hemorragias	3	
Litiasis Residual	2	
Lesión V.B.P.	1	
Bilirragia	1	
Reintervenciones	4	0.9 %

principio de este estudio se internaban la tarde antes de la cirugía y se les daba

el alta a las 36 hs. después de la operación. Paulatinamente este tiempo de permanencia en el hospital se redujo a 12-24 hs.

El reinicio de las actividades laborales se produjo en general a los 8 - 10 días de la operación.

Comentarios

En el Hospital Privado comenzamos a realizar las colecistectomías por laparoscopia en Marzo de 1993. Solo un cirujano del equipo quirúrgico interviniente poseía una formación previa en vídeo cirugía en el inicio de esta experiencia (M.E.). El período de transición en el cual la colecistectomía clásica es reemplazada por la laparoscópica fue percibido de manera diferente por los cirujanos generales que debieron aprender una nueva técnica y los jóvenes residentes que enfocan desde el vamos a la técnica quirúrgica desde el nuevo punto de vista.

La colecistectomía laparoscópica fue adoptada inmediatamente por todos, médicos y pacientes.

Si bien es cierto que esta técnica minimiza el trauma parietal, la colecistectomía, cualquiera sea el método empleado para extraer la vesícula sigue siendo una cirugía mayor con las dificultades y riesgos conocidos; cualquier falsa maniobra intra operatoria puede causar accidentes graves.

La preparación del paciente debe hacerse siempre previniendo una posible conversión en laparotomía. Esta es una técnica reservada solo a cirujanos quienes deben actuar respetando los mismos principios básicos de la cirugía con-

Conclusiones

La colecistectomía por videolaparoscopia en sus comienzos como nueva técnica quirúrgica fue un motivo de polémicas suscitadas por entusiastas y detractores. La unánime aceptación actual se debe a que la morbi-mortalidad es similar a la de la colecistectomía clásica pero con las múltiples ventajas derivadas del minitrauma parietal.

Los resultados de nuestra serie son equiparables a aquellos publicados en la literatura y resumidos en el cuadro 3.

La colecistectomía videolaparoscópica es un procedimiento de cirugía mayor. Requiere una formación técnica correcta y el respeto de las mismas reglas de la cirugía convencional.



**Cuadro Nº 3: Colectomía Videolaparoscópica.
Comparación de resultados de diversas series.**

Series	Nº	Conversión por dificultad técnica	Conversión Por complicación intraoperatoria	Complicaciones Postoperatorias
Hosp. Privado	440	13 (2,95 %)	1 (0,22 %)	7 (1,6 %) Lesión VBP 1 Hemorragia 3 Bilirragia 1 Litiasis Resid. 2
Voyles (2)	463	29 (5 %)	0	4 (1 %) Bilirragia 1 Hemorragia 3
Cushieri (3)	1236	33 (2,7 %)	11 Hemorragia 8 Lesión VBP 2 Rotura Píocol. 1	20 (1,6 %) Hemorragia 3 Lesión VBP 2 Peritonitis biliar 2 Sepsis parietal 1 Hematoma perihepático 1
Reddik (4)	360	4 (1,1 %)	0	0
Berci (5)	418	22 (5 %)	2 Herida VBP 1 Arrancamiento cístico 1	1 (0,3 %)
Peters (6)	100	4 (4 %)	4 Lesión VBP 1 Bilirragia 2 Litiasis VBP 1	7 (7,4 %)
Neugebauer (7)	100	0	1 Lesión VBP 1	2 (2 %)
Zucker (8)	100	3 (3 %)	2 Lesión VBP 1 Lesión cístico 1	1 (1 %) Absceso pared 1
The SSC* (9)	1518	59 (3,9 %)	13 Hemorragias 5 Lesión VBP 4 Lesión intestinal 4	65 (4,4 %)
Total Sin contar nuestra serie	4285	154 (3,6 %)	30 (0,7 %)	100 (2,4 %)

Bibliografía

- Dubois, F.; Icard, P.; Berthelot, G., Levard, H.: Coelioscopic cholecystectomy. Preliminary report of 36 cases. Ann. Surg. 1990; 221:60-2.
- Voyles, C.; Petro, A.; Meena, A.; Haick, A.; Koury, A.: A practical approach to laparoscopic cholecystectomy. Am. J. Surg. 1991; 161:365-370.
- Cushieri, A.; Dubois, F.; Mouiel, J.; et. al: The european experience with laparoscopic cholecystectomy. Am. J. Surg. 1991; 161:385-387.
- Reddik, E.; Olsen, D.: Outpatient laparoscopic laser cholecystectomy. Am. J. Surg. 1990; 160:485-489.
- Berci, G. Sackier, J.: The Los Angeles experience with laparoscopic cholecystectomy. Ann. Surg. 1991; 213:3-12.
- Neugebauer, E., Troidl, H.; Spangenberg, W.: Conventional versus laparoscopic cholecystectomy and the randomized controlled trial. Br. J. Surg. 1991; 78: 150-154.
- Zucker, K.; Bailey, R.; Gadacz, T.; Imbembo A.: Laparoscopic guided cholecystectomy Am. J. Surg. 1991; 161:36-44.
- The Southern Surgeons Club.: A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N. Engl. J. Med. 1991; 324:1073-1078.