Colecistectomía laparoscópica - Comunicación preliminar.

Cap. Médico A. Piñeyro, May. Médico J. P. Perrier, (Eq. Tte. 1º), Dr. M. Fernández, May. Médico L. González Miguez.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLE)
MEDLARS: Laparoscopic cholecystectomy

SUMMARY

The first twenty two cases of laparoscopic cholecystectomy operated on in the Armed Forces Central Hospital were presented.

In order to discard choledocian lithiasis the patients were studied in the preoperative period with: hepatic enzimogram, precise ultrasonography data of the main biliary tract and ocassionally with endovenous cholangiotomography.

The best advantages of the procedure were: less hospital-stay (36 hours average) fast labor rehabilitation (7 days average) and minor incision.

RESUME

On présente les premiere 22 cas de cholécystectomie laparoscopique opérés dans l'Hôpital Central des forces Armées.

Dans le but d'éliminer la lithiase cholédocienne les malades furent étudiés dans le pré-opératoire avec: enzymogramme hépatique, données écographiques de la voie biliaire principale et quelque fois avec cholangio-tomographie endo-veineuse.

Les advantages du procédé furent: moins de séjour hospitalaire, (36 heures), prompte rehábilitarion laborale (7 jours), et une mineure incision.

RESUMEN

Se presentan los primeros 22 casos de colecistectomía laparoscópica operados en el H.C.FF.AA. Con la finalidad de descartar la litiasis

coledociana los pacientes fueron estudiados en el preoperatorio con: enzimograma hepático, datos ecográficos minuciosos de la via biliar principal y en ocasiones con colangiotomografía endovenosa.

Las ventajas principales del procedimiento fueron: menor estadía hospitalaria (media de 36 horas), pronta rehabilitación laboral (media 7 días) y menor incisión.

INTRODUCCION

A pesar de los procedimientos alternativos terapéuticos (disolución oral, litotripsia extracorpórea, extracción percutánea), la colecistectomía permanece como el tratamiento de elección de la litiasis vesicular sintomática (3). Desde que Carl Langenbuch, cirujano de Berlín realizó la primer colecistectomía en el año 1882, la misma se ha mostrado como un tratamiento efectivo, con una morbilidad cercana al 6% y una mortalidad del 0.5% (3). No obstante, se acompaña de considerables molestias en el postoperatorio, una hospitalización promedio de 4 días y un ausentismo laboral cercano al mes (3-5).

En 1987 P. Mouret en Lyon, Francia y luego en 1988 F. Dubois en París, J. Perissat en Burdeos y Reddick-Olsen en USA., publican los primeros casos de colecistectomía laparoscópica (1,2,4,6). En el momento actual, tan sólo cuatro años después, el 85% de las colecistectomías realizadas en los E.U.A., se extirpan por este procedimiento (5).

A partir de mayo de 1991, fuimos el primer centro hospitalario del subsector público de nuestro medio que inició este procedimiento. En seis meses llevamos realizadas 22 colecistectomías laparoscópicas que son el motivo de esta comunicación preliminar.

METODO

El procedimiento se realiza con anestesia general. Luego del neumoperitoneo realizado con CO₂, se coloca un primer trócar de 11 mm a nivel umbilical por el cual se introduce la óptica que es conectada al sistema de video televisión. Luego, dependiendo de la técnica (francesa o americana) se colocan otros tres trócares (dos de 5.5. y otro de 11 mm) a través de los cuales penetran los diversos instrumentos que permiten realizar el procedimiento: pinzas de prensión vesicular, gancho disector, tijera, aspirador y aplicador de clips. (Fig. Nº1).

Practicada la disección del pedículo cístico mediante el gancho disector (conectado a electocoagulación), se procede a la identificación clipado y sección del conducto y arteria cística. Si se cuenta con el material adecuado se puede efectuar una colangiografía transcística intraoperatoria. La colecistectomía se completa de cuello a fondo mediante electrocoagulación. Habitualmente no se deja drenaje subhepático, aunque se puede recurrir al mismo si la hemostasis o bilistasis no han sido satisfactorias. La vesícula biliar es exteriorizada a través del trócar de 11 mm, habitualmente el de topografía umbilical.

CASOS CLINICOS

De Mayo-Octubre/91 se operaron 22 pacientes. 20 del sexo femenino (90%) y 2 del sexo masculino (10%). Sus edades oscilaron entre 15-60 años, con una media de 37 años.

Se utilizaron una cámara Endopocket 536 y un aparato de neumoperitoneo Laparoflator Standard mecánico que no son los ideales para realizar el procedimiento, lo que ha repercutido en los tiempos operatorios y en la no realización de la colangiografía.

La duración de la operación osciló entre 50-210 minutos con una media de 122 minutos.

No hubo morbilidad postoperatoria en esta corta serie, el dolor habitualmente requirió una o dos inyecciones de analgésicos menores y el ileo postoperatorio fue mínimo, lo que permitió realimentar a los pacientes al cabo de 6-8 horas.

La duración de la internación luego del procedimiento varió entre 20-72 horas con una media de 36.

Sólo debimos convertir a cirugía convencional un caso (4.54%) debido a sangrado de dificil identificación.

En dos ocasiones dejamos drenaje subhepático (10%) en casos de hemostasis poco

satisfactoria. El mismo se retiró a las 6-12 horas.

En esta primera serie, tratando de minimizar la litiasis residual pedimos sistemáticamente: enzimograma hepático, datos minuciosos ecográficos de la vía biliar principal y ocasionalmente colangiotomografía intravenosa.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica iniciada en 1987 debe ser considerada como el tratamiento de elección de la litiasis vesicular sintomática. Debe ser realizada por cirujanos generales con experiencia en cirugía biliar (3).

Las contraindicaciones para su realización pueden ser absolutas (6):

- Adherencias que impidan la visualización laparoscópica.
- Fístula colecisto-entérica.
- Carcinoma de la vesícula biliar.

También existen contraindicaciones que actualmente deben ser consideradas como relativas (6):

- Litiasis de la vía biliar principal.
- Pancreatitis.
- Plastrón vesicular.

Una vez que la experiencia del equipo quirúrgico es la adecuada, toda intervención de colecistectomía debe iniciarse con un procedimiento laparoscópico, de surgir contraindicaciones o problemas introperatorios se procederá a convertir a una colecistectomía convencional (5-10%) (5). Las causas más frecuentes de conversión son (7):

- Exposición inadecuada.
- Sangrado excesivo.
- Fístula colecisto-entérica.
- Posible carcinoma.
- Lesión ductal sospechada o confirmada.
- Plastrón vesicular no manejable.

Las ventajas esenciales del procedimiento laparoscópico son:

- Disminución considerable del dolor postoperatorio.
- 2. Ausencia de íleo postoperatorio.
- 3. Menor estadía hospitalaria 24-48 horas.
- Pronta rehabilitaicón laboral. Promedio 7 días.
- Menor incisión.

Deben ser además valorados otros aspectos que por el momento no han podido ser evaluados por falta de grandes series con seguimiento adecuado. Seguramente la disminución de las infecciones y eventraciones serán factores a considerar.

BIBLIOGRAFIA

- DUBOIS F., BERTHELOT G.; LEVARD H.: Cholecystectomie par coelioscopie. Presse Med. 1989, 18:980-2.
- DUBOIS F., ICARD P., BERTHELOT G., LEVARD H.: Coelioscopic cholecystectomy. Ann. Surg. 1990, 211:60-3.
- KEANE F. B. V., TANNER W. A., DARZI A.: Alternatives to cholecystectomy for gallbladder stones in: Recent Advances in Surgery. Churchill Livingstone. 1991; Nº 14: pág. . 1-16
- PERISSAT J., COLLET D., BELLIARD R.: Gallstones-laparoscopic treatment-cholecystec-

- tomy and lithotripsy. Our own technique. Surg. Endosc. 1990. 4:15-17.
- PETERS J., ELLISON C., INNES J. and Cols.: Safety and Efficacy of Laparoscopic Cholecystectomy. A prospective analysis of 100 initial patients. Ann. Surg. 1991, 213:3-12.
- REDDIK E. J., OLSEN D.O.: Laparoscopic Laser Cholecystectomy. Surg. Endosc. 1989, 3:131-3.
- The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. N. ENGL. J. MED. 1991, 324:1073-8.

