

Primeros casos de Colectomía y Adherenciólisis Laparoscópica en niños. Hospital de Niños J.M. de los Ríos

Dr. Barba Flores, Jorge*
 Dr. Cudemos M., Gaston**
 Dr. Romero, Gabriel***
 Dr. Gil, Armando****

RESUMEN

Primeros casos de Colectomía y Adherenciólisis Laparoscópica en niños en el Hospital de Niños J.M. de los Ríos.

BARBA J. HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS. CARACAS.

Se presenta la experiencia de tres casos de niños con Litiasis Vesicular en el Hospital J.M. de los Ríos entre 1992 y 1993, a quienes se les practicó Colectomía por Laparoscopia y Adherenciólisis, sin complicaciones. En uno de estos niños cuya enfermedad de base es Anemia Hemolítica Drepanocítica y tres Laparotomías anteriores por Obstrucción Intestinal; este método representa un avance importante en la ayuda diagnóstica y terapéutica, por lo cual, dejó a consideración su utilidad en esta especialidad.

ABSTRACT

A three care experience on Laparoscopia Cholecistectomy in children from 1992 to 1993 performed in Hospital J.M. de los Ríos is exposed.

This method represents an important advance in diagnosis and therapeutic of similar problems in children.

PALABRAS CLAVE

Colectomía - Laparoscopia

* Cirujano Infantil, Centro Médico de Caracas - Hospital de Niños J.M. de los Ríos, Caracas - Prof. de la Cátedra Anatomía Normal, Escuela Luis Razetti, UCV.

** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas - Prof. de la Cátedra de Anatomía Normal, Escuela Luis Razetti, UCV.

*** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas.

**** Cirujano Oncólogo Laparoscopista, Centro Médico de Caracas.

INTRODUCCION

Desde hace dos años vemos con gran interés la necesidad de comenzar a realizar CIRUGIA ENDOSCOPICA (PERITONEOSCOPIA) a nuestros niños, específicamente en el HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS - CARACAS.

Conociendo que en diferentes disciplinas ligadas a la cirugía se ha logrado gran experiencia Endoscópica en adultos como es el caso de Endoscopia Gastroenterológica, Endoscopia Urológica, Laparoscopia en adultos para extraer Vesículas Biliares enfermas, curas operatorias de Hernias inguinales, Cirugía de Colon, Histerectomías, etc. Nosotros los Cirujanos Infantiles vemos que es necesario comenzar con la práctica del conocimiento Endoscópico en nuestros niños siempre y cuando tengamos a un colega amigo, disciplinado y experto en adultos para la ayuda docente en el manejo técnico, tal como lo refiere MOIR C.R. y COL. (6), y por otra parte comenzando este procedimiento, con casos fáciles, como son: sin Laparotomías anteriores, sin procesos agudos infecciosos y evaluados en las óptimas condiciones de ser intervenidos.

Tradicionalmente, la intervención quirúrgica de elección para el tratamiento de enfermedades vesiculares especialmente calculosas, aunque raras en niños, ha sido la Colectomía, la cual se requiere una incisión de 10 a 15 cm. aproximadamente y una recuperación de por lo menos cuatro semanas con una hospitalización de 8 a 10 días.

Ultimamente en países más desarrollados que el nuestro donde CRISTOPHER R. y COL. (2) afirman que por razones entre otras causas, económicas, la cirugía de la Vesícula Biliar se ha transformado en un procedimiento levemente invasivo con el uso de Laparoscopia desde hace más de dos años.

Se realiza esta presentación con el ánimo de que sea inscrita en los anales de la Cirugía Infantil Venezolana quizás como los primeros casos de COLECTECTOMIA y ADHERENCIOLISIS por LAPAROSCOPIA en VENEZUELA con sede en el HOSPITAL DE NIÑOS J.M. DE LOS RÍOS; con el apoyo del Servicio de Cirugía 1, así como también del de GASTROENTEROLOGIA del mismo hospital.

Es necesario mencionar que CERVANTES J. y COL (1) presenta el primer caso reportado en la literatura mexicana en Junio de 1992.

MATERIALES Y METODOS

Los procedimientos Quirúrgicos Laparoscópicos efectuados en tres casos de niños que presentaron cálculos en Vesículas Biliares diagnosticados por Ecosonogramas Abdominales en los que se ha realizado Colectomía Laparoscópica, fueron realizadas por el equipo quirúrgico conformado por los doctores Gaston Cudemos Márquez,

Jorge Barba Flores, Gabriel Romero, Armando Gil, y la excelente colaboración de Ethicon de Venezuela, al suministrar el material descartable necesario y prestar a su vez el apoyo tecnológico.

De éstos casos, dos niños son de sexo masculino con 12 y 14 años de edad y uno de sexo femenino de 13 años de edad cuyos números de historias son: 368532, 346174 y 119007 respectivamente; los cuales fueron intervenidos quirúrgicamente el 22/11/92 el primero, y el 01/04/93 los dos siguientes. El tercer niño además con diagnóstico de Anemia Hemolítica Drepanocítica Síndrome Adherencial por Bridas y Síndrome Ictérico por Colestasis, con antecedentes de varios ingresos al hospital por cuadro clínico de obstrucción intestinal (Vólvulo Intestinal y Obstrucción por Bridas) y con dos laparatomías anteriores.

Todos fueron operados bajo anestesia general. En un solo caso (el drepanocítico) se utilizó Cefotaxima (R) 500 mgs cada 8 horas por 3 días por vía endovenosa.

Así como lo recomienda M.B. MITCHELL y COL. (5) por medio de una incisión umbilical de 1 cm. Se insertó la aguja de insuflación de VERRES para llenar la Cavidad Peritoneal con Bióxido de Carbono a baja presión 10-12 mm. Hg. Una vez comprobado que no hay obstrucción, se inició el flujo rápido. Cuando la presión intraabdominal llegó a los 14 mm. Hg. aproximadamente (y con evaluación percutánea) la aguja se retiró, y una cánula con trocar de 10 mm. se insertó a través de la misma incisión levantando manualmente la pared abdominal. Luego removido el trocar se insertó el Laparoscopio Panorámico de 10 mm. el cual se conecta a un monitor de televisión; la cavidad abdominal es examinada y se localiza la Vesícula Biliar.

Se practican dos pequeñas incisiones de 5 mm. por las cuales se insertan cánulas del mismo tamaño siendo la primera en la línea medio claviclar derecha, 2 cm. por debajo de la costilla, la segunda cánula se localiza a 3 cm. distalmente en línea axilar anterior.

Así como lo preconizan DAVIDOFF A.M. y COL. (3-6) se introducen 2 pequeñas pinzas de GRASPING para exponer la Vesícula con tracción a través de las cánulas de 5 mm., otra incisión de 1 cm. se practicó cerca del apéndice xifoideo a 3 cm. por debajo de éste, por lo que se introduce una cánula de 10 mm. esta se usó para disección del Triángulo de Calot; el conducto Cístico, y la Arteria Cística se ligaron con Clips metálicos de TITANIO, éstas estructuras fueron seccionadas con microtijeras. La Vesícula es casi removida del lecho hepático utilizando electrodo espátula para cortar y coagular. Se deja la vesícula suspendida por medio del peritoneo en borde hepático para levantar éste y comprobar la hemostasia irrigando copiosamente con solución fisiológica a través de la cánula de disección. Se colocó drenaje de Porto-vac en un solo paciente, en el 3ero. Si es necesario se puede insertar una a-

guja directamente en la Vesícula para aspirar la Bilis y descomprimir la Vesícula y así, colapsada con cálculos se retira de la cavidad abdominal por medio de agarre con pinza extractora de Vesícula a través de la incisión del Ombligo. Se permite el escape del Bióxido de Carbono y las cánulas se retiran. Las incisiones se suturan con VYCRIL 2-0 en la aponeurosis y con Dermalon 3-0 la piel.

Previamente el tercer paciente, por recomendación del servicio de hematología, se preparó con suficiente hidratación parenteral y 100% oxigenoterapia por temor de crisis hemolítica y en el mismo acto operatorio se practicó Adherenciólisis peritoneal múltiple, por adherencias laxas y fuertes entre la Vesícula Biliar, el borde anterior del hígado al duodeno, a colon transversal, pared abdominal anterior y ángulo hepático del colon, además de adherencias de la bolsa de Hardman al Colédoco.

La duración de cada intervención duró entre 30 y 70 minutos.

DISCUSION

La Colectomía Laparoscópica representa un avance importante en el tratamiento de los niños enfermos con Litiasis vesicular, según lo manifiesta VINOGRAD I, (7), aún en pacientes con enfermedades Hemolíticas siguiendo los cuidados generales pre y transoperatorios. Además, éste procedimiento es más rápido que la Colectomía tradicional, tiene otras ventajas más importantes debido a que es un método menos invasivo. Estas ventajas incluyen la reducción de la morbilidad y el dolor postoperatorio, así como cicatrices muy pequeñas.

Otro factor importante es el problema económico sufrido por la hospitalización reducida a 24 horas y el retorno rápido a sus actividades habituales. Si se encuentran problemas durante la cirugía Laparoscópica se cambiará la Cirugía Tradicional sin problema alguno.

FRANKLIN M. E. Jr. (4) relata las contradicciones relativas para la técnica endoscópica son: Colecistitis Aguda, Ictericia, Cálculos en el Conducto Común o cuando hay franca indicación para la exploración del conducto común. Sin embargo, con la Endoscopia retrograda disponible para el conducto común, estas contraindicaciones relativas se pueden ignorar y combinar los dos procedimientos endoscópicos.

Las verdaderas contraindicaciones son aquellas que prohíben la anestesia general.

En ninguno fué necesario practicar Colangiografía Transoperatoria.

RESULTADOS

Ninguno sufrió complicaciones excepto el tercer paciente, el cual permaneció 4 días hospitalizado por cuadro febril que cedió con Antibióticoterapia que luego se recuperó sin proble-

mas. Los Controles fueron a la semana, al mes y dos meses encontrándose asintomáticos todos.

Los resultados de Anatomía Patológica reportaron Colecistitis Crónica y Litiasis Vesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cervantes J; Rojas G; Alvares González R; Padilla L.: Laparoscopic Cholecystectomy in Pediatrics. A. Report of the First case in the Mexican literature. Bol-Med-Hosp-Infant-Med; 1992 Jun; 49(6); p 380-3.
2. Chistopher R. Moir, John H. Donohue, and Jon A. Van Heerden: Laparoscopic Cholecystectomy in Children. Journal of Pediatric Surgery, Vol 27, No. 8 (August), 1992: p.p. 1066-1070.
3. Davidoff AM; Branum GD; Murray E.A.; Chongwk; Ware Re; Kinney TR: The Technique of Laparoscopic Cholecystectomy in Children. Ann-Surg; 1992 Feb; 215 (2); p 186-91.
4. Franklin M.E. Jr. Vancaillie T.G.; Daniel C.: Is Laparoscopic Cholecystectomy applicable to patients with acute Cholecystitis? J - Laparoendosc - Surg; 1992 Jun.; 2(3); p 159-63.
5. M.B. Mitchell, M.D., G.V. Stiegmann, M.D., and A. Mansour M. D: Improved Technique for Establishing, Pneumoperitoneun Laparoscopy. Surgical Laparoscopy and Endoscopy 1991 Vol 1. No. 3; p.p. 198-199.
6. Moir; Donohue JH; Van Heerden J.A.: Laparoscopic Cholecystectomy in Children: Initial Experience and Recomendations. J - Pediatric Surg; 1992 Aug; 27 (70); p 1966-8.
7. Vinograd I, Halevy A.: Laparoscopic Cholecystectomy in Children? Harefuah; 1992 Aug. 123(3-4); p.p. 89-91, 155.