

# Colecistectomía por Videolaparoscopia Experiencia en 249 casos.

Dr. Gustavo Baquero Aristeguieta\*

Dra. Lucy Dagher\*\*

Dra. Ana María de Abaffy\*\*

Dra. Adriana Pizarro\*\*.

## RESUMEN

Se presenta la experiencia de 249 casos de Colecistectomía Laparoscópica realizados por un grupo de cirujanos en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas desde Enero de 1991 a Octubre de 1992. La edad promedio es de 49 años con un rango que va desde 14 hasta 81 años. La clínica fue de cólico vesicular o biliar 74, 29%, colecistitis aguda: 16,06%, asintomáticos 6,42%. Pasaron a técnica abierta 6 casos, (2,49%) por: Pinzamiento accidental del colon, biliperitoneo con vesícula flegmonosa, sangramiento abundante, 0,71% litiasis coledocianas, 0,71% sección del colédoco. Como complicaciones post-operatorias hubo: 34% con dolor abdominal; 1,5% náuseas y vómitos, 0,7% de neumonías por broncoaspiración, 4,28% de cólicos biliares que ameritaron pancreatocolangiografía más esfinterotomía; y 0,71% de pancreatitis leve, embolismo pulmonar, fiebre por atelectasias, diarrea, y broncoespasmo. El tiempo de estancia hospitalaria fue de 2,6 días.

Esta experiencia demuestra las ventajas de la Cirugía Laparoscópica de la vesícula biliar, disminuyendo el dolor postoperatorio, y por tanto el tiempo de estadía en el hospital.

## ABSTRACT

We present the experience of 249 cases that underwent laparoscopic cholecystectomy which was done by a group of surgeons of the hospital Centro Medico de Caracas between January 1991 and October 1992. The average was 49 years, the range between 14 and 81 years. Signs and symptoms were: gallbladder colic 74,29%, acute cholecystitis 16,06% and asymptomatics 6,42%. The cases which pass to the open technic were 6 (2,49%) because of accidental clapping of the colon, biliperitoneum with a flegmonous gallbladder severe bleeding, 0,71% choledoco lithiasis, 0,71% injury of the choledocus. As post-operative complications they had: 34% of abdominal pain, 1,5% of nausea and vomiting, 0,7% pneumonia by broncoaspiration, 4,28% of gallbladder colics which needed pancreatocolangiography an esfinterectomy and 0,7% of light pancreatitis, pulmonar embolism, fever because of atelectasia, diarrhea and broncospasm. This experience shows the advantage of cholecystectomy by laparoscopy which diminishes postoperative pain and so the hospital stay.

## PALABRAS CLAVES

Colecistectomía Laparoscópica, Edad Hospitalaria, Dolor Abdominal.

## INTRODUCCION

La laparoscopia ha sido utilizada desde principios de siglo. Cuando, Ott. hizo un procedimiento de visualización intraabdominal en el año 1901, utilizando un tubo. Es importante mencionar a el alemán Kurt Semm, quien en la década del 60 y 70 desarrolló tecnología para la cirugía laparoscópica incluyendo instrumentos como tijeras y pinzas, y el insuflador de alto flujo, sin los cuales no se hubiera dado la posibilidad de hacer cirugía laparoscópica. En los años 70 la casa inglesa Hopkins desarrolló un sistema de lentes, «Rod Lens» que permite una visión de «gran angular» para la punta de un instrumento tubular de 30 cm de longitud. De todas maneras, cualquier procedimiento de cirugía que se intentara practicar usando este tipo de instrumento, se hacía dificultoso, por el hecho de tener el cirujano que mirar a través de una lente, lo que se estaba operando, y no era posible que otro pudieran interactuar. Para esto los japoneses, diseñaron en el año 87, la cámara de microchip de estado sólido, que pone en una pantalla de televisión la imagen lograda por la lente del laparoscópio, permitiendo de esta manera a un equipo de cirujanos interactuar y desarrollar procedimientos de cirugía complejos. Lo que hizo una gran diferencia. Así nació el gran entusiasmo en la Cirugía Laparoscópica.

En el año 1987, el Prof. Muris en la ciudad de Lyon Francia, hizo la primera colecistectomía por vía laparoscópica; éste procedimiento fue presenciado por el Prof. Francois Dubois, quien publicó la primera serie de 300 casos (3,4); los Dres. Reddick y Olsen, en los Estados Unidos difundieron el procedimiento (9).

En Venezuela, la primera Laparoscopia, fue realizada por el Dr. Ricardo Baquero - González, en el año 1946; así lo menciona el Dr. Alfredo González Navas (5). Después, este tipo de procedimientos, ha estado vinculado a la ginecología, ya bien sea en procedimientos diagnósticos, terapéuticos sencillos como ligaduras tubáricas o coagulación de focos de endometriosis, o diagnósticos para patología digestiva.

Es verdaderamente, después del interés despertado por las experiencias antes mencionadas de las colecistectomías por vía laparoscópicas, cuando los cirujanos generales o de vías digestivas comienzan a incursionar en este tipo de procedimientos, de ventajas indiscutibles. como las de acortar considerablemente el tiempo de hospitalización, y disminuir las molestias post-operatorias.

\* M.T.S.V.C. Profesor asistente de la Cátedra B de Clínica y Terapéutica Quirúrgica de la escuela Luis Razzetti de la Facultad de Medicina de la U.C.V. Coordinador del Departamento de Cirugía del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

\*\*Médico Interno del Hospital Privado Centro Médico de Caracas.

**MATERIAL Y METODOS**

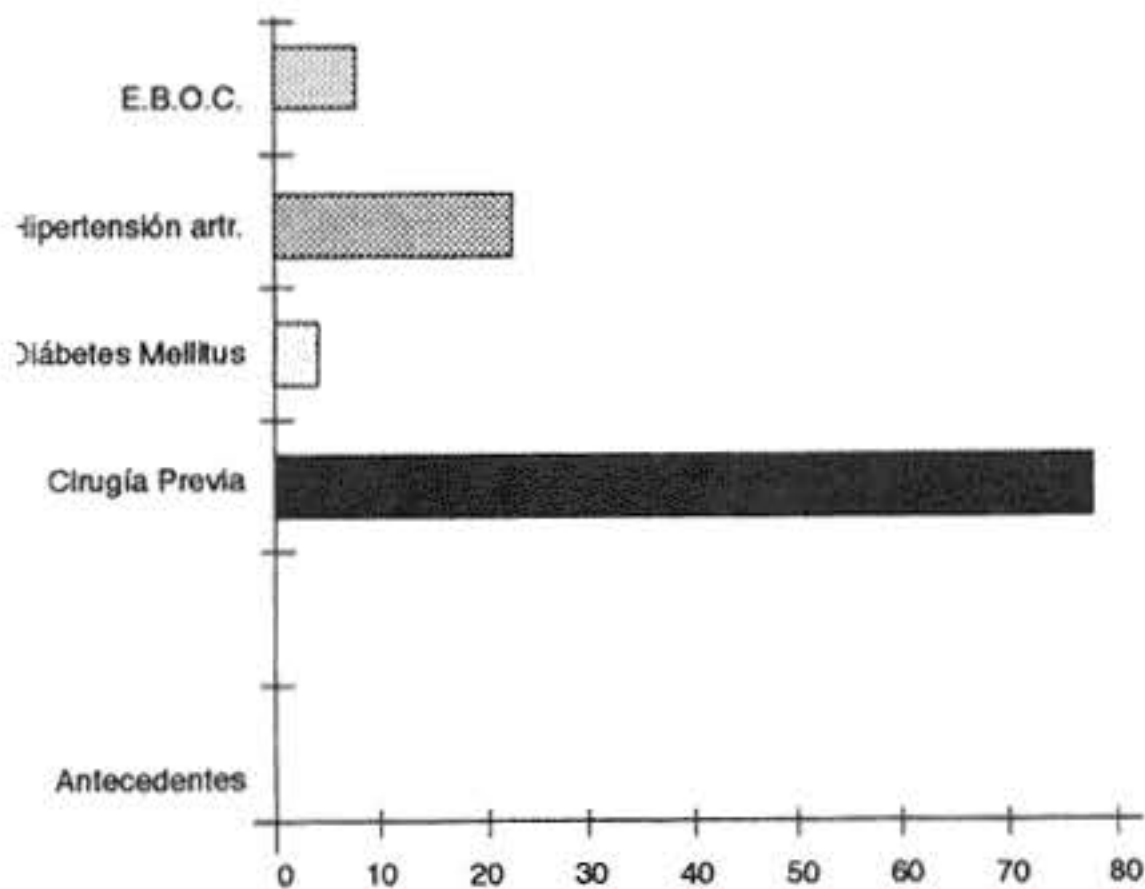
Entre enero del año 1991 a octubre de 1992, se controlaron por medio de un protocolo, 249 pacientes a los que se les practicó colecistectomía por videolaparoscopia en el Hospital Privado Centro Médico de Caracas. La técnica empleada fue la descrita por los Dres. Reddick y Olsen, que consta de un neumoperitoneo inicial, usando CO2, aproximadamente 4 a 6 litros, hasta obtener una presión intraabdominal de 14 mm hg. introducidos por una aguja de Verres por una incisión en la porción inferior de la cicatriz umbilical; luego la colocación de 4 puertos de entrada, de 10 mm de diámetro, a nivel umbilical y línea media en epigástrico; y dos en hipocondrio y flanco derecho. El uso de la técnica bimanual, para disecar el pedículo de la vesícula biliar, arteria cística y conducto cístico. Se hizo sección de éstos previa colocación de grapas de titanio.

Por medio de una ficha preestablecida, se analizaron los datos referentes a la edad, sexo, clínica, examen físico, diagnóstico, exámenes paraclínicos, correlación con el diagnóstico postoperatorio, tiempo de la operación, cambio a la técnica abierta, complicaciones intraoperatorias, evolución postoperatoria: síntomas, dolor, tiempo de estadía hospitalario, restitución de la dieta, complicaciones intra y postoperatorias inmediatas, reintervenciones, cálculos residuales, e incidencia de colangiografías operatorias.

Esos datos fueron puestos en un programa Excel con el que se analizaron, obteniéndose la información.

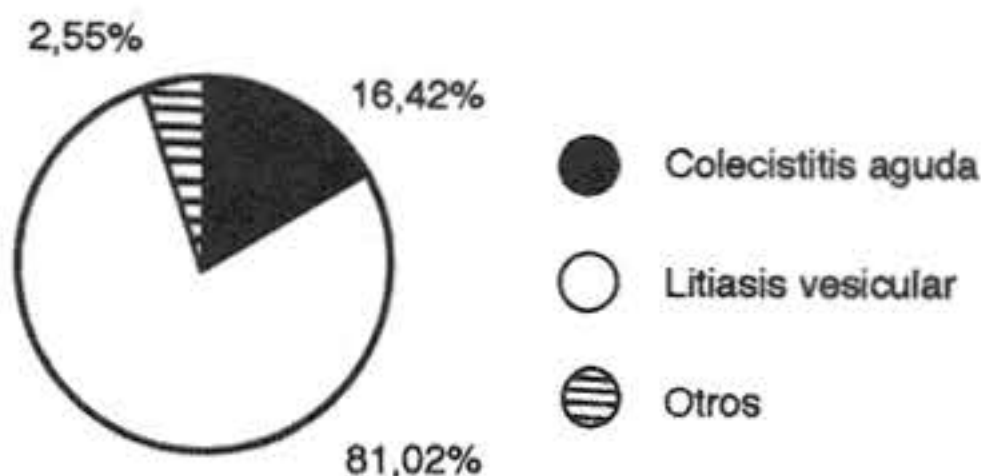
**RESULTADOS**

La edad de los pacientes en este estudio, tuvo un promedio de 49 años, con una mínima de 14 años a una máxima de 81 años. Los antecedentes fueron: Cirugía previa, 53%. Diabetes 2.14, insuf. Cardíaca, 4.2% E.B.O.C.3.5.% (fig1).



El diagnóstico preoperatorio, fue de litiasis vesicular 222 pacientes (89%), colecistitis aguda 45 casos, (18%), otros, litiasis coledociana, 4; colangitis, 1; cólico biliar 2, (fig. 2).

**Dx Preoperatorio**

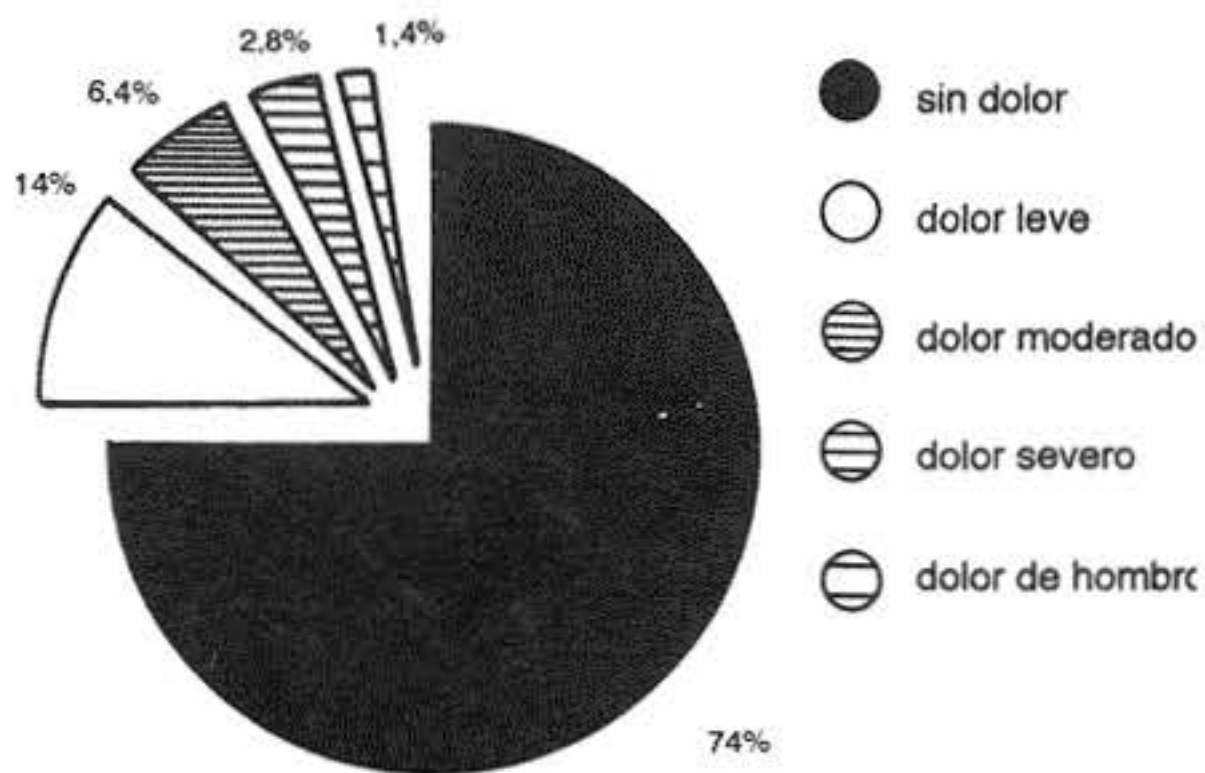


El tiempo de duración de las operaciones, fue 60.40 minutos en promedio, para una mínima de 15 minutos, y una máxima de 210 minutos.

Las complicaciones intra y postoperatorias se vieron en 9 pacientes (3.75%), y fueron: a) intraoperatorias: sección accidental del colédoco, 1; cálculos residuales 2; b). En el postoperatorio inmediato: pancreatitis leve., 1; embolismo pulmonar, 1; broncoespasmo, 1; neumonía por broncoaspiración, 1.

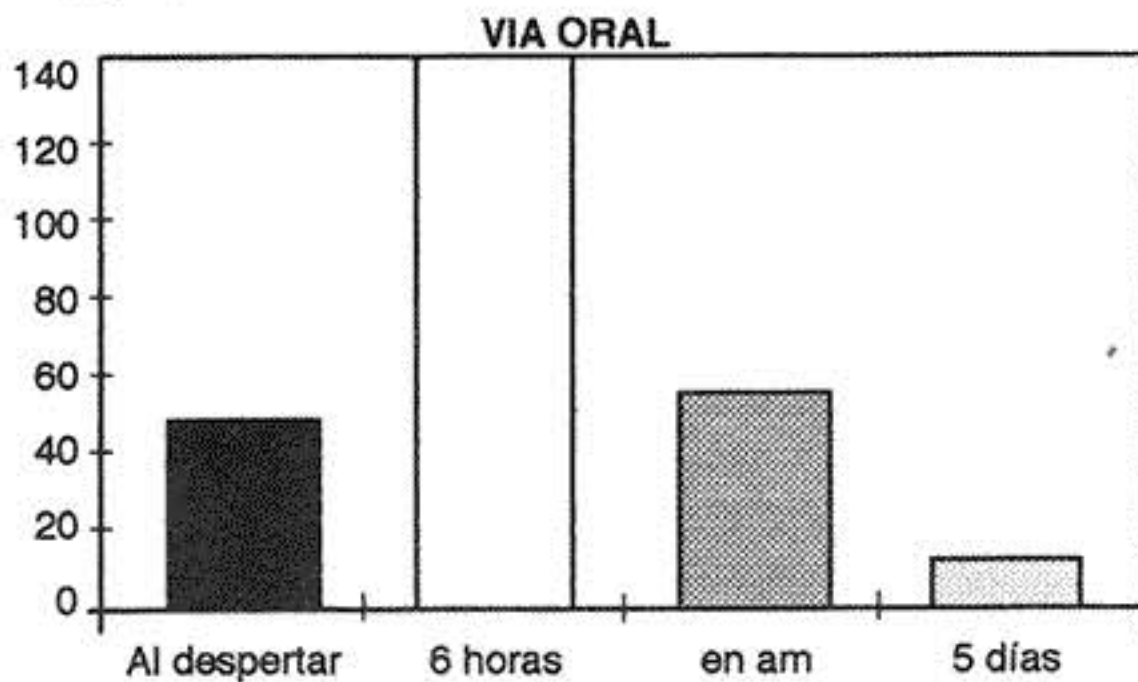
Pasaron a técnica abierta 6 casos, (2.49%) por: pinzamiento accidental del colon, biliperitoneo con vesícula flegmonosa, sangramiento abundante, litiasis oledocianas, sección del colédoco y cálculo en colédoco.

En el postoperatorio, tuvieron dolor que requirió uso de analgésicos, 34 pacientes (24%), los que a su vez fueron clasificados en 1) con dolor severo, 4 pacientes (2,8%), 2) moderado 9 pac. (6.4%), 3) leve, 21 pacientes, (14%), 4 dolor en el hombro, 2 pacientes (14%) (fig.3)



El tiempo de estadía hospitalaria postoperatoria, fue de 2.84 días de promedio, con un mínimo de 1 día, hasta un máximo de 12 días; teniendo en cuenta que en nuestro hospital, no existe la opción de hospitalizarse por 1 sólo día, sino por 2 días mínimo.

La restitución de la dieta oral, fue inmediata (al despertar de la anestesia, a las 4 horas) en 43 pacientes (17.26%), a las 6 horas, 139 pacientes (55.82%), al día siguiente 56, (22.4%), de 5 días o más, 11.



Hubo que reintervenir a 2 pacientes, por cálculos residuales en colédoco, uno de ellos hizo un biliperitonio, y fue necesario realizar esfínteromías endoscópicas en el postoperatorio a 6 pacientes, por haber presentado dolores cólicos.

Se realizaron colangiografías intraoperatorias en 9 pacientes (3.6%), encontrándose en 2 de ellos cálculos coledocianos.

## DISCUSION

Según los resultados de esta serie, se concluye, que la cirugía laparoscópica para la vesícula biliar, tiene beneficios indiscutibles para los pacientes. Sobre todo aquellos que sufren enfermedades que comprometan los mecanismo inmunológicos o de cicatrización. Es posible realizar colecistectomías a pacientes de alto riesgo, con E.B.O.C., Hipertensión arterial o diabetes. Así lo demuestra el hecho de que no hubo descompensación relacionada con los antecedentes patológicos previos.

Las indicaciones de cirugía laparoscópica de la vesícula han sido básicamente las mismas que tradicionalmente se han usado para el procedimiento abierto. Aunque es posible que en vista de la poca molestia postoperatoria, o morbilidad que representa el método, se comiencen a incluir los casos de litiasis vesicular asintomáticas, sobre todo en los pacientes que pueden hacer más complicaciones o de mayor riesgo (diabéticos, inmunosuprimidos).

El tiempo de estado hospitalaria se ha reducido considerablemente al reducirse el dolor y molestias de la cirugía, (74%) pacientes sin dolor, 14% con dolor leve 88% con poca o ninguna molestia, hacen que éstos puedan egresar más rápidamente. Igual que la posibilidad e restituirse la alimentación oral en corto tiempo, al despertar de la anestesia (4 horas) 17.26%, a las 6 horas 55.82%, demuestra que el 73.06% de los operados tienen restitución inmediata de la vía oral; posiblemente al no manipularse las asas intestinales, no hay ninguna alteración de la motilidad intestinal.

Las complicaciones intra y postoperatorias, representan un 3.75% de morbilidad (incluyendo postoperatorio inmediato); considerando que tuvimos un sólo caso de sección accidental de las vías biliares, demuestra que es un procedimiento seguro, y que sus complicaciones se pueden manejar en una forma adecuada. Se pasó técnica abierta el 2.49% método que hay que utilizar muy ampliamente, sin considerarlo como fracaso de la técnica, solamente un cambio de vía de abordaje.

Llama la atención el poco uso de la colangiografía operatoria; esto creemos que se debe a: 1) mayor dificultad técnica, 2) cambio de los criterios de sus indicaciones, 3) falta de tecnología para mejorar su técnica. Sin embargo, consideramos que debe de usarse con mayor frecuencia, para 1). Tener una idea de la anatomía de las vías biliares y sus variaciones, 2) Descartar intragenia, 3) Diagnosticar litiasis coledociana.

## BIBLIOGRAFIA

1. CUSCHIERI, Bercy. Laparoscopic Biliary Surgery. Blakwell Scientific Publications. 1992
2. DOUGLAS Olsen. Laparoscopic Cholecystectomy; The Am, J of Surg. 161: 339. 1991.
3. DUBOIS F., BERTHELOT Levard. Cholecystectomie sous coelioscopie. Ann Chir; 44: 205. 1990.
4. DUBOIS F., BERTHELOT Levard. Cholecystectomie sous coelioscopie. 330 cas. Chirugie; 116: 248 . 1990
5. GONZALEZ NAVAS et al : Boletín 2º Congreso de la Sociedad Venezolana de Cirugía, 1947.
6. PERISSAT; et al. Cholecystectomy by laparoscopy. Operative technic. results of the first 100 cases. J. Chir.; 127:347. 1990.
7. PHILIPS, E.H. BERCI G. et al. The importance of intraoperative cholangiography during Laparoscopic Cholecystectomy . Am Surg.; 56:792. 1990.
8. SACKIER, Berci: Elective Diagnostic Laparoscopic. The Am J of Surg 161:326. 1991.
9. REDDICK E.J. Olsen Laparoscopic Laser Cholecystectomy. Surg Endosc.; 3:31131. 1989
10. ZUCKER K.; Surgical Laparoscopy Update. Quility Medical Publishing. 1993.