

# COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DE 3 AÑOS EN NUESTRO SERVICIO.

JUAN CARLOS LAPORTA OTERO\*, DANIEL C. FUERTES\*\*, MARIO R. VIGNATI\*\*, MARTÍN P. ALONSO\*\*\*,  
DAMIÁN R. BORELLI\*\*\*.

Servicio de Clínica Quirúrgica. H.I.G "Dr. José Penna". Láinez 2041. (8000) Bahía Blanca.

## RESUMEN

Se describe la experiencia en cirugía videolaparoscópica del Servicio de Clínica Quirúrgica, realizada en un período de 3 años (1995-1998). Se presentan los resultados obtenidos en un grupo de 284 pacientes, 204 de sexo femenino y 80 de sexo masculino, con edades comprendidas entre 16 y 82 años (valor promedio 37.66 años). Los diagnósticos ecográficos se comparan con los hallazgos intraoperatorios y de anatomía patológica. Por estudios ecográficos se diagnostican: litiasis vesiculares (250); colecistitis (23); pólipo vesicular (1); cálculos enclavados en el bacinete (10). En el acto intraoperatorio se confirman: litiasis vesiculares (252), colecistitis (23), hidrops vesicular por cálculos enclavados en bacinete (1), pólipo vesicular (1)

y adenocarcinoma de vesícula (1). El número de casos operados por patología fue: 255 litiasis vesiculares (89.80%); 27 colecistitis (9.5%), de los que 21 fueron agudos y 6 crónicos; 1 pólipo vesicular (0.35%); 1 adenocarcinoma de vesícula (0.35%). Se convierten a cirugía convencional 14 casos (4.92%) de los 284 casos estudiados: a) 21.42% por hemorragia intraoperatoria (3/14); b) 42.85% por adherencias múltiples (6/14); c) 14.28% por falta de identificación del conducto cístico (2/14); d) 7.14% por cálculo enclavado en cístico (1/14); e) 14.31% por dificultades técnicas (2/14). Se plantean las ventajas de la cirugía videolaparoscópica con respecto a la cirugía convencional.

Palabras claves: cirugía videolaparoscópica, colecistectomía, colecistitis, litiasis vesicular.

## ABSTRACT

The experience in laparoscopic surgery of the Clinical Surgery Unit over a three year period (1995-1998) is described in this paper. The results obtained in a group of 284 patients - 204 females and 80 males - ranging from 16 to 82 years of age - average value 37.66 years- are presented. Ultrasonic diagnoses are compared to intraoperative and pathologic findings. By means of ultrasonic studies the following pathologies were identified: vesicular lithiasis (250); cholecystitis (23); vesicular polyp (1); pelvis-enclaved calculi (10). During surgery the following pathologies were confirmed: vesicular lithiasis (252), cholecystitis (23), vesicular hydrops due to pelvis-enclaved calculi (1), vesicular polyp (1), and vesicular adenocarcinoma (1). The number of cases operated due to the pathologies mentioned was the following: 255 vesicular lithiasis (89.80%); 27 cholecystitis (9.5%) - among which, 21 were acute cases and 6 were chronic cases -; 1 vesicular polyp (0.35%); and 1 vesicular adenocarcinoma (0.35%). 14 (4.92%)

\* Jefe de Sala del Servicio de Cirugía General;

\*\* Médicos del Servicio de Cirugía General;

\*\*\* Médicos Residentes del Servicio de Cirugía General.

Correspondencia: Dr. Daniel C. Fuertes, Hueque 156, Bahía Blanca, Tel. (0291) 4860265.

E-mail: danielcfortes@intramed.net.ar

Recibido: Mayo 2000

Aceptado: Marzo de 2003

out of 284 cases studied turn into conventional surgery due to the following reasons: a) 21.42% due to intraoperative hemorrhage (3/14); b) 42.85% due to multiple adhesions (6/14); c) 14.28% due to lack of cystic duct identification (2/14); d) 7.14% due to a calculus enclaved in the cyst (1/14); e) 14.31% due to technical difficulties (2/14). The advantages of videolaparoscopic surgery over conventional surgery are also outlined in this paper.

Key words: videolaparoscopic surgery, cholecystectomies, cholecystitis, vesicular lithiasis

## INTRODUCCIÓN

En los comienzos de la era laparoscópica, las primeras experiencias fueron realizadas por especialistas en ginecología y se aplicaron en procedimientos diagnósticos y de esterilización. Posteriormente fue aceptada por los cirujanos, aunque en forma limitada, para la evaluación y estadificación de neoplasias abdominales.

La primera colecistectomía laparoscópica en humanos la realizó Phillipe Mouret en el año 1987 (1). Un año después, Olsen y Reddick popularizaron el uso del videolaparoscopio en Estados Unidos. La colecistectomía por este método está aceptada mundialmente (2,3). Con el propósito de transmitir nuestra experiencia en cirugía videolaparoscópica, se presenta una descripción detallada de la metodología y de sus ventajas, con respecto a la cirugía convencional. Se reportan datos estadísticos del tratamiento terapéutico y de la evolución postquirúrgica de las colecistectomías videolaparoscópicas realizadas.

## MATERIALES Y MÉTODOS

*Pacientes seleccionados:* se presentan los casos de 284 pacientes, 204 de sexo femenino (71.83%) y 80 de sexo masculino (28.17%), con edades comprendidas entre 16 y 82 años (valor promedio 37.66 años).

*Criterio de Inclusión:* litiasis vesiculares, colecistitis agudas y crónicas, pólipo vesicular, adenocarcinoma de vesícula.

*Criterio de Exclusión:* coagulopatías severas, peritonitis aguda, hipertensión portal, colangitis aguda y obesidad mórbida.

### *Metodología Diagnóstica*

El diagnóstico de las diferentes patologías se realizó mediante la clínica. Como métodos complementarios se utilizaron estudios ecográficos y de laboratorio. El diagnóstico del adenocarcinoma se confirmó por estudios anatómo-patológicos. No se efectuaron colangiografías en forma sistemática.

### *Técnica Videolaparoscópica*

Se utiliza anestesia general con control oximétrico permanente. La ubicación del paciente depende de la técnica utilizada. Cuando se usa la técnica francesa se lo ubica con los miembros inferiores separados, posición de Trendelenburg, que se invierte al insertar el laparoscopio.

En el caso de la técnica americana, el paciente es colocado con las piernas juntas y en posición de Fowler. Esta última, fue la técnica de elección en la mayoría de los casos. Incluye la realización de neumoperitoneo, a través de una incisión umbilical de 1 cm, por la que se introduce la aguja de Veress. La localización en la cavidad peritoneal se confirma por aspiración, inyección de solución salina y prueba de la gota.

El neumoperitoneo no debe sobrepasar los 12 mmHg. Una vez que se logra, se retira la aguja de Veress y se inserta un trocar de 12 mm de diámetro. A través de este trocar se coloca la cámara de videolaparoscopia. Luego se inicia la exploración de la cavidad abdominal, y bajo visión directa, se introducen otros 3 trocáres. En posición subxifoidea se coloca uno de 12 mm y en el flanco derecho, se colocan dos de 5 mm.

Una vez que se identifican el conducto y la arteria cística, se colocan 3 clips de titanio para cada elemento (2 proximales y 1 distal). Posteriormente son seccionados con tijera. La colecistectomía se realiza en forma retrógrada utilizando electrocauterio y se extrae de la cavidad abdominal (en una bolsa de polietileno) a través de la incisión umbilical. En algunos pacientes se dejaron drenajes de calibre fino (K9), que fueron retirados a las 24 hs.

### *Esquema Terapéutico*

El esquema antibiótico usado inicialmente para las litiasis vesiculares fue 3 gs de cefalotina (3 dosis/24 hs). Posteriormente, se reemplazó por una dosis de 1 g intraoperatorio como quimioprofilaxis. Para los casos de colecistitis aguda se conservó el esquema de ampicilina y gentamicina.

## RESULTADOS

Los datos que se presentan corresponden a 284 casos de colecistectomías operadas por videolaparoscopia, sobre un total de 793 programados y de urgencia (38.5%). El número de casos operados por patología fue: 255 de litiasis vesiculares (89.80%); 27 colecistitis (9.5%), de los que 21 fueron agudos y 6 crónicos; 1 pólipo vesicular

(0.35%); 1 adenocarcinoma de vesícula (0.35%).

En el acto intraoperatorio se confirmaron 278 casos: litiasis vesiculares (252); colecistitis (23); hidrops vesicular por cálculos enclavados en bacinete (1); pólipo vesicular (1); adenocarcinoma de vesícula (1).

Se convirtieron a cirugía convencional 14 casos (4.92%) de los 284 casos estudiados. El análisis de las causas de la conversión de los 14 casos muestra: el 21.42% presentó hemorragia intraoperatoria (3/14) y el 42.85% adherencias múltiples (6/14). En el 14.28% de los casos no se pudo identificar el conducto cístico (2/14), en el 7.14% se observó un cálculo enclavado en el conducto cístico (1/14), en el 14.28% se presentaron dificultades técnicas (2/14).

El promedio de internación postoperatoria fue de 1.55 días. En las planillas de alta se observan los siguientes datos (expresados como porcentaje de casos/h): a) 71/24; b) 15/48; c) 8/72. En el 6% de los casos restantes, el período de internación fue superior a los descriptos.

En los pacientes estudiados no se registró mortalidad intra o postoperatoria. No se produjeron lesiones de la vía biliar principal.

Las complicaciones postoperatorias relacionadas con el procedimiento videolaparoscópico ocurrieron en 32 casos de los 284 estudiados (11.27%). La subdivisión por patología mostró: 24 omalgias (8.45% del total); 8 abscesos umbilicales (2.81% del total). Además, se comprobaron 7 casos de litiasis coledociana residuales (2.46% del total), siendo resueltos el 85.7% por vía endoscópica (6/7) y el 14.28% quirúrgicamente (1/7).

## DISCUSIÓN

La cirugía videolaparoscópica presenta un bajo costo y un alto beneficio para el sistema de salud, con respecto a la cirugía convencional. No se producen lesiones de la vía biliar y no se observan otras complicaciones de mediana y alta gravedad (3).

Varios aspectos hacen que la técnica videolaparoscópica sea la práctica de elección para las colecistectomías (4). Entre ellos, podemos destacar el alta temprana y la buena evolución postoperatoria de los pacientes.

La cirugía videolaparoscópica nos permitió corroborar un alto porcentaje de los diagnósticos clínico-ecográficos (99.8%). Por otra parte, los índices de litiasis residual obtenidos coinciden con los reportados en la cirugía convencional y son resueltos, en dos tercios de los casos, por vía endoscópica.

Las conversiones a la cirugía convencional reportadas en nuestro trabajo están dentro de un límite aceptable en las estadísticas internacionales (4,5).

En este trabajo se destaca el alto valor del aprendizaje realizado por los médicos residentes de Cirugía General, ya que intervinieron en forma directa en el 38.1 % de las prácticas, y en calidad de ayudantes, en la totalidad de las mismas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Litynski GS. Profiles in laparoscopy: Mouret, Dubois, and Perissat: the laparoscopic breakthrough in Europe (1987-1988). *JLS* 1999; 3:163-7.
2. Gadacz TR, Talamini MA, Lillemoe KD, Yeo CJ. Laparoscopic cholecystectomy. *Surg Clin North Am* 1990; 70:1249-62.

3. Zucker KA, Bailey RW, Flowers J. Laparoscopic management of acute and chronic cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1992; 72:1045-67.
4. Escarce JJ, Shea JA, Chen W, Qian Z, Schwartz JS. Outcomes of open cholecystectomy in the elderly: a longitudinal analysis of 21,000 cases in prelaparoscopic era. *Surgery* 1995; 117:156-63.
5. Fiore NF, Ledniczky G, Wiebke EA et al. An analysis of perioperative cholangiography in one thousand laparoscopic cholecystectomies. *Surgery* 1997; 122:17-23.