

Colecistectomia Laparoscopica Indicaciones y Contraindicaciones

Dr. Julio Yarmuch G.
Dr. Hans Schutte S.

La técnica video laparoscópica constituye una forma novedosa y en apariencia más ventajosa para los pacientes, de extirpar las vesículas biliares enfermas, por lo tanto, constituye otra forma de operar; no es una operación nueva.

Asumido lo anterior debemos aceptar entonces que la colecistectomía laparoscópica tiene básicamente las mismas indicaciones de la operación abierta, esto es la presencia de cálculos, los pólipos y la colesterolesis vesicular. Las dos últimas patologías son favorables para la ectomía del órgano, pues usualmente no se acompañan de cambios anatómicos significativos, lo que facilita cualquier técnica quirúrgica. (cuadro 1)

CUADRO 1
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA.
INDICACIONES
Colelitiasis Pólipos Vesiculares Colesterolesis Vesicular

Departamento de Cirugía
Hospital Clínico Universidad de Chile.

Las contraindicaciones también son las comunes a la cirugía convencional, enfermedades concomitantes graves o incapacitantes que condicionen un riesgo mayor que el eventual beneficio que se espera obtener del procedimiento. Sin embargo, existen algunas condiciones particulares que deben ser consideradas al momento de selección de la técnica quirúrgica.

No cabe duda que hay pacientes más fáciles de operar que otros, en la etapa actual probablemente debemos hablar más de la condición de mayor o menor dificultad técnica que de indicaciones y contraindicaciones. No cabe duda que los casos de cálculos únicos, no muy grandes, en pacientes de tercera o cuarta década, de sexo femenino y con una historia escasa o corta de padecimiento biliar constituye el paciente que más se acerca al ideal para comenzar la técnica.

La presencia de cicatrices en el abdomen puede constituir una dificultad un poco mayor. Las cicatrices de apendicectomías a través de incisiones de Mc Burney, las cicatrices de cesáreas por incisión media u otras operaciones ginecológicas por patologías no infecciosas, no constituyen habitualmente un problema, ya que dejan pocas adherencias de vísceras a la pared y si la incisión del primer trócar se hace paraumbilical alta la posibilidad de encontrar algún obstáculo es mínima. Otra cosa son las cicatrices de cirugía previa en hemiabdomen superior, cirugía hepática, gastroesofágica o de colon derecho o transversal, las que pueden constituir un serio problema dada la eventualidad de importantes adherencias de asas intestinales a las zonas cicatriciales. En estos casos el acceso al peritoneo para efectuar la insuflación debe ser realizado mediante lo descrito por Hassan, esto es una pequeña incisión no mayor de 15 mm que se profundiza hasta el plano peritoneal inclusive, que permite introducir el pulpejo del dedo índice al abdomen y palpar. Luego, previa colocación de una jareta o un punto en X, se introduce el trócar de 10mm, se mira con la óptica y se insufla. La modalidad descrita es altamente segura y debe emplearse.

Otra manera de enfrentar el problema es realizar el neumoperitoneo e introducir el primer trócar por un acceso diferente al habitual con el objeto, de alejarse de la zona con posibles adherencias, consideramos preferible la técnica de Hassan.

Lo anterior no constituye la única dificultad que puede ofrecer el paciente con cirugía previa abdominal. Puede acontecer que se logre un adecuado acceso peritoneal, pero que la adhesión de los órganos entre sí plantee dificultades que de ser muy laboriosas o con anatomía poco clara hagan necesario convertir a cirugía abierta. Los pacientes gastrectomizados o con vagotomía supraselectiva tienen a menudo sellado desde el ligamento falciforme hacia la izquierda, con escasas adherencias hacia la derecha, en ellos es preferible usar la colocación de trócares llamada a la americana.

La sección de las adherencias se efectúa con electrocoagulación, disección cortante o disección roma; están disponibles en la actualidad tijeras similares a las semicurvas de disección o Metzenbaum que son muy útiles para la enterólisis, a las que se puede incluso acoplar electrocoagulación. La disección roma se utiliza para adherencias laxas, mediante tórulas o una pinza grasper sin dientes. Debe tenerse especial cuidado con el uso de electrocoagulación monopolar en la separación de vísceras o cercano a ellas, el cono de quemadura es amplio al contacto directo y están descritas quemaduras inadvertidas por pérdida de aislación del instrumento en lugares del mismo que están fuera de la visión laparoscópica, también están descritas las lesiones térmicas por arco voltaico entre el electrocoagulador y otros instrumentos vecinos.

La inflamación aguda de la vesícula constituyó por breve plazo en los inicios una contraindicación de la cirugía laparoscópica. En el momento actual en todas las series hay pacientes agudos operados con resultados comparables a los no agudos. La posibilidad de puncionar con distintos instrumentos y evacuar el contenido líquido del órgano facilita la disección posterior de los elementos. Presenta un grado mayor de dificultad el cuadro con más de siete días de evolución o colecistitis aguda enfriada, dado el componente de fibrosis inicial con pérdida de planos claros de separación de las estructuras anatómicas. El desarrollo de instrumentos disectores adecuados de los que ya se dispone, mejora la posibilidad del tratamiento laparoscópico.

En estos casos la cifra de conversión aumenta, lo mismo que el tiempo operatorio, sin apreciarse aumento significativo de la morbilidad. Operar un cuadro agudo no significa necesariamente uso obliga-

do de drenaje, aun cuando la presencia de infección severa, la contaminación del espacio subhepático o la posibilidad de filtración biliar pueden ser factores que aconsejen drenar en algunos casos.

La colecistitis crónica escleroatrófica es una entidad patológica muy conocida y frecuente en Chile, lo que no se repite en otros países. En las series iniciales constituye una contraindicación relativa y es bueno que así sea ya que el grado de dificultad de disección de estructuras fibrosas en las que se incluye hígado, epiploon mayor, asas de intestino delgado y colon, y aun vía biliar principal, hace que la identificación anatómica sea en extremo difícil. Debe tenerse en estos casos especial cuidado con el uso de electrocoagulación por la posibilidad de daño tisular de vecindad. Es en estos pacientes en los que las cifras de conversión a cirugía abierta alcanzan los mayores índices, los que en algunas series llegan al 25% o más.

Sin embargo, el informe ecográfico de vesícula escleroatrófica o vesícula sin lumen no debe constituir contraindicación de videocirugía, ya que en muchos casos el grado de dificultad es superable. Sólo la inspección con el laparoscopio y el intento cauteloso de disección permite saber en cada caso la factibilidad del procedimiento.

Unido a la vesícula escleroatrófica o a veces sin ella puede existir una fístula biliodigestiva. Si el diagnóstico es conocido en el preoperatorio existe contraindicación relativa, ya que pocos cirujanos están familiarizados con la sutura por la vía laparoscópica, ni disponen de instrumental para ello. Si se tiene un portaagujas o holder y se ha realizado un entrenamiento previo con las técnicas de sutura y nudos intra o extracorpóreos en simuladores o modelos animales, se puede intentar el tratamiento por video laparoscopia de la fístula biliodigestiva. Si el diagnóstico constituye una sorpresa intraoperatoria y no se dispone de entrenamiento o instrumental apropiado, o si el grado de dificultad es considerable la técnica debe convertirse a abierta.

La existencia de pancreatitis aguda intensa concomitante dificulta significativamente la videocirugía, además es poco probable que se pueda realizar una adecuada exploración y drenaje de la vía biliar. Pasado el cuadro agudo pancreático y descartada o tratada la coledocolitiasis concomitante mediante papilotomía endoscópica, el paciente puede ser operado de la

vesícula biliar por la laparoscopia. El procedimiento no debe intentarse antes de pasados 45 días del cuadro agudo para permitir que el edema y la inflamación sean mínimos.

Se repite que los pacientes con alteraciones de la coagulación no deben operarse por la laparoscopia. Esta cirugía en enfermos preparados por los especialistas correspondientes no ofrecen mayor posibilidad de hemorragia que pacientes sin problemas de coagulación, por el contrario es una técnica menos traumática, de disección más fina y con mejor o mayor hemostasia que la colecistectomía clásica. Cada uno de estos pacientes debe ser evaluado por separado en conjunto con el hematólogo, no creemos que exista en ellos contraindicación absoluta.

Distinto es el caso de los enfermos con cirrosis hepática e hipertensión portal documentada con una panendoscopia que muestre várices esofágicas. Con mucha frecuencia al hígado pequeño, de consistencia muy aumentada y friable, difícil de movilizar o separar, se añadiría la presencia de gruesos y también friables cordones venosos en la región colecisto coledociana que al sangrar dificultan mucho el procedimiento. Lo mismo acontece con la hemostasia del lecho vesicular. En estos casos pensamos que existe contraindicación de intentar esta técnica quirúrgica.

El embarazo parece constituir contraindicación absoluta por dos motivos fundamentales que aun cuando no tienen comprobación científica, constituyen argumentos hasta ahora válidos. Existe la posibilidad de pasaje del CO₂ utilizado durante la insuflación continua al feto por la vía transplacentaria si aumentan los niveles sanguíneos de la madre durante la operación, cosa que sucede en algunos casos y es impredecible. El gas es muy difusible, puede traspasar la barrera placentaria y dañar el tejido nervioso del embrión por lo que los embarazos en su etapa inicial serían los más expuestos.

En la gravidez avanzada se produce un efecto de masa aumentada intraabdominal por lo que es más difícil contar con un espacio suficiente para introducir los trócares y desplazar mediante el neumoperitoneo las vísceras para crear la cámara en la que se trabaja usualmente en la colecistectomía laparoscópica.

Los pacientes con cáncer vesicular no deben ser operados por laparoscopia dada la posibilidad de

una eventual excisión radical de la lesión en los pocos casos de estadios tempranos de la enfermedad diagnosticados en el preoperatorio. Si se encuentra un cáncer vesicular como hallazgo operatorio en etapas avanzadas y por lo tanto excluidas de la cirugía radical curativa, no tiene sentido convertir a cirugía abierta, por el contrario, la mínima agresión de la laparoscopia y las biopsias permite disminuir la morbilidad y mortalidad de la cirugía exploradora.

La coledocolitiasis diagnosticada en el preoperatorio constituye un problema que debe ser resuelto previamente mediante la vía endoscópica. Si ello se logra, la videocirugía no debe ser demorada más allá de las 24 ó 48 horas, pues existe evidencia de posibilidad cierta y frecuente de episodios agudos vesiculares en el período que sigue a la papilotomía. Una alternativa a lo anterior la constituye el manejo de los cálculos de colédoco durante la laparoscopia por la vía transcística usando elementos dilatadores del conducto cístico y coledoscopios finos de tres mm. con canal de trabajo de 1,2 mm que permite la introducción de sondas de Dormia para la presa y extracción de los cálculos. Lo anterior es realizado bajo monitorización y requiere de experiencia en el manejo de los elementos anatómicos y de instrumental. Los casos realizados no son muchos, el éxito con el procedimiento va entre el 30 y el 90% según las series. La comunicación mayor conocida es un trabajo cooperativo de nueve centros norteamericanos que juntaron 250 casos tratados, con morbilidad en 3.5% y mortalidad en 0.4%. La morbilidad es referida a pancreatitis aguda, colangitis, perforación de colédoco, estenosis de vía biliar, biliperitoneos y otras menores.

Parece haber acuerdo en que el tratamiento por la vía laparoscópica transcística de los cálculos de colédoco en los pacientes de edad avanzada con enfermedades concomitantes serias o con colangitis, no reemplaza al tratamiento endoscópico. En algunos casos ni siquiera será necesaria la colecistectomía después de solucionado el problema coledociano, pues la posibilidad estadística de patología biliar posterior en este grupo seleccionado de pacientes es menor del 5%.

En los últimos meses se ha comenzado a desarrollar otra alternativa para el manejo de la coledocolitiasis por la vía laparoscópica. Se trata de la coledocotomía, extracción de cálculos con Dormia idealmente con la ayuda de coledoscopio flexible,

seguido de sutura de colédoco con o sin sonda de Kehr. Hay algunas series pequeñas de 15 ó 20 casos cada una publicadas en el mundo con aparentes buenos resultados inmediatos. En Chile hay un grupo que está haciendo sus primeros casos con coledocorráfia per prima, es decir, sin sonda T.

Se trata de un método que debe evaluarse; queda la incógnita de las eventuales filtraciones de bilis o de las eventuales estenosis de colédoco secundarias a la coledocorráfia sin sonda.

Las dos formas antes mencionadas de enfrentar la coledocolitiasis durante la cirugía laparoscópica están en sus inicios, han sido desarrollados en pocos centros, se dispone de equipamiento aun insuficiente para su empleo óptimo y deben ser evaluadas y validadas científicamente para su empleo óptimo y deben ser evaluadas y validadas científicamente antes de que su utilización masiva pueda ser recomendada.

¿Qué hacer frente a una coledocolitiasis no sospechada, diagnosticada durante una colecistectomía laparoscópica?

Parece haber consenso en que la posibilidad de la eventualidad fluctúa entre el 2 y 6%; también parece haber consenso en que un grupo de esos enfermos nunca tendrán síntomas derivados de ella y, por último, parece además haber acuerdo de que en otro grupo de estos pacientes habrá migración espontánea del o los cálculos a duodeno. Queda al final 1% de los casos de coledocolitiasis no sospechada o asintomática en el momento de la cirugía, que en el futuro será fuente de patología. Estas cifras, empleadas para fundamentar el uso selectivo de la colangiografía intraoperatoria, también nos sirven para centrar el enfoque del problema.

Podemos convertir a cirugía abierta y tratar de la manera convencional la litiasis coledociana. Es posiblemente la alternativa más correcta en un medio en que la experiencia laparoscópica es inicial, o en el que hay poca experiencia o aparataje para el manejo del cístico o el colédoco. Lo mismo vale para un medio en el que hay poca o nula posibilidad de manejo endoscópico de la papila.

Otra posibilidad es intentar la instrumentación de la vía biliar a través del cístico o mediante coledocotomía laparoscópica, siempre que se cuente

con el instrumental apropiado, alguna experiencia y la convicción de que el método es una alternativa aceptable en estos casos.

Otra posibilidad es terminar la colecistectomía por videolaparoscopia y al día siguiente intentar la papilotomía endoscópica, la que en buenas manos tiene rendimientos cercanos al 90% pero que no está exenta de morbilidad.

La última, pero no por ello menos atractiva alternativa, es esperar el paso del tiempo y la posibilidad de migración espontánea o de que el cálculo continúe asintomático.

Vemos claramente que la coledocolitiasis diagnosticada en el pre o en el intraoperatorio no constituye a la luz del conocimiento y el desarrollo tecnológico actual, una contraindicación para la cirugía laparoscópica. Los riesgos comparativos de todas las alternativas enunciadas, incluyendo el pasaje espontáneo de los cálculos a duodeno, deben ser considerados y evaluados mediante estudios serios multicóoperativos.

CUADRO 2
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA
CONTRAINDICACIONES
ABSOLUTAS
✓ Cancer Vesicular
✓ Embarazo ²
✓ Cirrosis Hepática con Hipertensión Portal
RELATIVAS
† Fístula bilio digestiva
Pancreatitis Aguda
Alteraciones de la Coagulación
Coledocolitiasis no Resuelta

→ esta cifra tan imprecisa 3 a 6% podría estar dentro de lo real si tenemos en cuenta que los enfermos ya seleccionados por la ecografía en el preoperatorio.