

# Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda

Aliro Venturelli L, Rodolfo Avendaño H, Interno Jean Michel Butte B y alumna Ivonne Zamorano V.

## RESUMEN

*Se presenta un protocolo prospectivo de selección de pacientes con colecistitis aguda para ser intervenidos por vía laparoscópica, como programa inicial de esta técnica en la Unidad de Emergencia del Hospital Clínico Regional de Valdivia. Entre Marzo de 1998 y Diciembre de 1999 se intervinieron con esta técnica 47 pacientes. De ellos, 37 cumplieron con los requisitos del protocolo. Los resultados obtenidos en estos 37 casos fueron excelentes, ya que no presentaron complicaciones, fue necesario convertir en sólo un caso, no se detectó colédocolitiasis ni neoplasia vesicular. El tiempo operatorio fue de dos horas o menos en el 92% de ellos y la estadía postoperatoria fue de 24 ó 48 h salvo el caso que se convirtió que se dio de alta al tercer día. En los 10 pacientes que se operaron fuera de protocolo 1 se reoperó por absceso subfrénico, el tiempo operatorio fue mayor a dos horas en 3 casos y la estadía postoperatoria también fue superior a tres días en 3 casos. Como conclusión, podemos afirmar que este protocolo cumple muy bien el propósito de seleccionar los mejores candidatos para una colecistectomía laparoscópica y podría flexibilizarse para permitir el ingreso de más pacientes. (Palabras claves/Key words: Colecistitis aguda/Acute cholecistitis; Colecistectomía laparoscópica/Laparoscopic cholecistectomy).*

## INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica se ha transformado en la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento electivo de la colelitiasis en la mayoría de los hospitales del país<sup>1</sup>, sin embargo su aplicación para el tratamiento de la colecistitis aguda en las unidades de emergencia ha sido más lento y existen pocas publicaciones nacionales al respecto<sup>2-6</sup>. La colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda constituye un mayor desafío quirúrgico que en la colelitiasis no complicada, porque se presentan mayores dificultades anatómicas, especialmente cuando ya se ha constituido un plastrón vesicular, creándose el riesgo de un mayor número de complicaciones intraoperatorias, de iatrogenia, porcentaje de conversiones y prolongando el tiempo operatorio. También en estos casos es más difícil descartar la concomitancia de una colédocolitiasis y debemos tener presente que el

cáncer vesicular, en nuestro medio, se presenta en un alto porcentaje como colecistitis aguda. Otro elemento que dificulta la introducción de esta técnica en los hospitales del Servicio de Salud, es la baja disponibilidad de equipos de cirugía laparoscópica, debiéndose priorizar la cirugía electiva en desmedro de la de urgencia.

En el hospital Clínico Regional de Valdivia la colecistectomía laparoscópica se introdujo en el año 1992 al adquirirse un equipo de cirugía laparoscópica<sup>7</sup>. En los últimos años, la compra de un segundo equipo permitió plantear la posibilidad de su uso por los cirujanos de la Unidad de Emergencia como técnica diagnóstica y como terapéutica en la colecistitis aguda. Para ello se estableció un protocolo de selección de pacientes con colecistitis aguda para la indicación de esta técnica con el propósito de disminuir el riesgo de complicaciones y de evitar tiempos operatorios muy prolongados.

El objetivo de este trabajo es presentar este protocolo y analizar sus resultados preliminares.

## MATERIAL Y MÉTODOS

El protocolo establece que se podrá operar por vía laparoscópica todo paciente menor de 60 años de edad que ingrese a la Unidad de Emergencia con un cuadro clínico de colecistitis aguda de menos de 72 horas de evolución, con una ecografía reciente que confirme el diagnóstico de colecistitis aguda, describa la vía biliar como normal y que, clínicamente y por laboratorio, se descarte una colédocolitiasis. Antes de ingresar a pabellón se le administra una dosis profiláctica de antibióticos que incluye ampicilina, quemisetina y gentamicina y como técnica quirúrgica se usa la técnica francesa. En todos los casos se llenó una ficha registrando los parámetros necesarios para efectuar este trabajo.

## RESULTADOS

Desde Marzo de 1998 hasta Diciembre de 1999, 47 pacientes con colecistitis aguda fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica, 35 de ellos fueron del sexo femenino y 12 del masculino. De todos los enfermos, 37 cumplieron con los requisitos del protocolo y 10 se excluyeron de él. Las causas por las que estos 10 pacientes cayeron fuera de protocolo se expresan en Tabla 1.

**Tabla 1. Causas de exclusión del protocolo.**

Causa	Nº pacientes
Más de 60 años	5
Más de 72 horas de evolución	4
Ambos	1
Total	10

La distribución por edad se expresa en la Tabla 2.

**Tabla 2. Distribución por edad.**

Edad (años)	Nº pacientes
20-30	12
31-40	12
41-50	14
51-60	4
Mayor de 60	5
Total	47

El tiempo de evolución de su cuadro clínico se expresa en la Tabla 3.

**Tabla 3. Días de evolución cuadro clínico.**

Días cuadro clínico	Nº pacientes
1	12
2	10
3	15
Más de 3	7
No consignado	3

De la totalidad de la serie, 23 pacientes presentaron una clara masa palpable, 16 presentaron una temperatura axilar y/o rectal sobre lo normal y ninguno tenía ictericia. La ecografía describió en 32 casos una pared vesicular edematosa, en 21 colelitiasis múltiple, en 16 cálculo único y en 8 casos no aparece consignada. En todas las ecografías la vía biliar se detalló como normal.

Durante la intervención quirúrgica fue necesario practicar una punción vesicular en 26 pacientes y colangiografía intraoperatoria en un caso. Se produjo ruptura vesicular en 6 pacientes y en 28 la vesícula se extrajo en bolsa plástica. La divulsión umbilical fue necesaria en 21 pacientes y la sutura del orificio umbilical se practicó en 29 casos. El tiempo operatorio se expresa en la Tabla 4.

**Tabla 4. Tiempo operatorio.**

Minutos	Nº pacientes
Menos de 60	4
60 - 90	21
91 - 120	12
Más de 120	5
No consignado	5

Sólo 3 pacientes del protocolo, que corresponden a un 8,1% de la serie, requirieron de un tiempo operatorio superior a 2 horas, dos y media horas en 2 y tres horas en 1. De los 10 pacientes fuera de protocolo también 3 (30%) presentaron un tiempo operatorio mayor de 2 horas, siendo el más prolongado de 4 horas. En dos casos (4.3%), fue necesario convertir a cirugía clásica, un caso del protocolo y otro fuera de él. Los días de hospitalización postoperatorios se expresan en la Tabla 5.

**Tabla 5. Días postoperatorios.**

Número días	Nº pacientes
1	19
2	22
3	2
4	2
5	1
No consignado	1

Los tres pacientes que necesitaron más de 3 días postoperatorios corresponden al grupo fuera de protocolo. Un paciente de este grupo presentó un absceso subfrénico y fue necesario reintervenirlo. No hubo lesiones de la vía biliar ni infección de la herida operatoria. Drenaje subhepático se utilizó en los dos pacientes que se convirtieron y en un caso de colecistectomía laparoscópica. Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica y ninguno recibió tratamiento antibiótico. En dos pacientes la profilaxis se prolongó por 48 h postoperatorias. El resultado de las biopsias fue negativo para cáncer en todos los casos.

## DISCUSIÓN

Al analizar los resultados encontramos que 37 pacientes, 78,7% del total de la serie, estuvieron dentro de los parámetros establecidos por el protocolo. Si consideramos este grupo de pacientes vemos que sólo uno se convirtió, el tiempo operatorio fue de 2 horas o menos en un 92% de los casos, ninguno presentó complicaciones, en dos fue necesario un drenaje, no requirieron tratamiento antibiótico y la estadía postoperatoria en todos fue menos de

48 h, salvo el paciente que se convirtió y que se dio de alta al tercer día. En cambio, de los 10 pacientes que se salieron del protocolo, uno se convirtió, tres necesitaron más de 2 horas de intervención llegando uno a 4 h, uno se complicó y tres requirieron más de tres días de hospitalización.

Estas cifras nos permiten concluir que el protocolo establecido cumplió excelentemente la función de seleccionar a los pacientes con colecistitis aguda como buenos candidatos para una colecistectomía laparoscópica y que, ante una situación de escasa disponibilidad de equipos de laparoscopia, puede ayudar para lograr un máximo rendimiento de estos equipos. Además, permite que el equipo quirúrgico de turno no utilice demasiado tiempo en intervenir esta patología y pueda estar disponible para tratar pacientes con patologías que constituyen una mayor urgencia que la colecistitis aguda. Incluso podríamos concluir que el protocolo es demasiado estricto, ya que sus resultados son similares o mejores que los publicados para la cirugía electiva<sup>1</sup>.

Llama la atención que fue necesario practicar colangiografía intropertoraria en sólo un caso y no se detectó colédocolitis. Hasta la fecha ningún paciente de los operados ha consultado por este cuadro clínico. La explicación más lógica para esta situación es el bajo número de pacientes que se han operado y la restricción en la edad que establece el protocolo, ya que sabemos que la colédocolitis aumenta significativamente con la edad al igual que el cáncer vesicular que también presentó una incidencia de 0%.

El porcentaje de conversión 4.3% resulta muy aceptable siendo menor a lo publicado<sup>6</sup>.

## REFERENCIAS

1. Hepp J: Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. Encuesta nacional. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 567-71
2. Lizana C: Colecistectomía por videolaparoscopia. *Rev Chil Cir* 1991; 43: 285-91
3. Lizana C: Colecistitis aguda. Una perspectiva histórica de su tratamiento. *Rev Chil Cir* 1992; 44: 116-22
4. Suárez L: Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda mediante colecistectomía laparoscópica. *Rev Chil Cir* 1994; 46: 69-74
5. Larrachea P, Villagrán H, Bidegaín E *et al*: Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 371-5
6. Silva V: Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. *Rev Chil Cir* 1995; 47: 593-8
7. Venturelli A, Jara M, Murúa M *et al*: Colecistectomía laparoscópica. *Cuad Cir* 1994; 8: 46-50