

Exploración laparoscópica de las vías biliares

César Benítez Arregui, Mauricio Morillo, Milton Veloz

Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Quito, Ecuador.

Resumen

Se presenta la experiencia inicial de los autores con la exploración laparoscópica de las vías biliares. Existiendo colédocolitiasis simultáneamente con colelitiasis en el 15 a 20% de enfermos, la resolución de estos dos problemas ha sido preocupación constante de los cirujanos. En el presente trabajo fueron incluidos 20 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía y exploración de las vías biliares laparoscópicamente, 13 de ellos tenían el diagnóstico de colédocolitiasis antes de la cirugía y en siete de ellos la colédocolitiasis fue un hallazgo de la colangiografía operatoria televisada que rutinariamente se realiza en nuestro servicio. En 9 casos, la exploración se la realizó a través del conducto cístico y 11 a través de colédocotomía. En 17 casos la exploración y resolución de la colédocolitiasis fue exitosa. Tres casos fueron convertidos a cirugía abierta. No hubo complicaciones atribuibles al método. La exploración laparoscópica de las vías biliares es un método factible de ser realizado en nuestro medio, es confiable y eficiente, permitiendo la resolución en una sola etapa de los dos problemas del enfermo.

Palabras clave: Laparoscopia, Colédocolitiasis, Colecistectomía.

Summary

Our initial experience with laparoscopic common bile duct exploration is presented in 15%-20% of patients cholechololithiasis is simultaneously present with cholelithiasis and a one-stage procedure in order to solve this two problems is highly desirable. 20 patients had a laparoscopic common bile duct exploration done simultaneously with laparoscopic cholecystectomy. In 13 of these patients the presence of common bile duct stones were known before the operation and in seven it was a finding of the fluoroscopic intraoperative cholangiography routinely done by the authors. In nine cases the exploration was performed via the cystic duct and in 11 via an anterior choledocotomy. In 17 cases the procedure was successful. Three patients needed a conversion to open surgery. No complications arising from the method were found. No mortality was found. Laparoscopic common bile duct exploration is a feasible, safe and successful way to resolve stones present in the gallbladder and common bile duct.

Key words: Laparoscopic, Cholechololithiasis, Cholecystectomy.

Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central 1998;23(1): 18-19.

Introducción

La litiasis biliar es una patología frecuente en el Ecuador, como consecuencia y ejemplo de ello, el Servicio de Ci-

ugía General del Hospital Carlos Andrade Marín (HCAM) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de Quito-Ecuador, realiza aproximadamente 700 operaciones biliares por año. La litiasis biliar se origina en la vesícula como colelitiasis, en situaciones anatómicas que lo permiten, los cálculos migran al colédoco. Las personas portadoras de colelitiasis tienen simultáneamente colédocolitiasis en el 15% a 20% de casos.^{1,2} Mientras mayor edad tienen, mayor es la incidencia de colédocolitiasis.³ Clásicamente, utilizando cirugía abierta, la colelitiasis y colédocolitiasis han sido resueltas en un solo tiempo, es decir en una sola operación. El advenimiento de instrumentación endoscópica retrógrada determinó que algunos grupos médicos resolvieran la colédocolitiasis endoscópicamente y la colelitiasis mediante cirugía convencional, es decir, en dos tiempos.⁴ Con la llegada de la cirugía laparoscópica, este tratamiento en dos tiempos, uno endoscópico y uno laparoscópico, se popularizó, sumándose, eso sí, a la morbimortalidad de la colecistectomía, la morbimortalidad nada despreciable de la papilotomía endoscópica.^{5,6}

Actualmente, con el mayor dominio que se tiene de las técnicas laparoscópicas, es posible resolver en un solo tiempo laparoscópico, tanto la colelitiasis como la colédocolitiasis.⁷⁻¹⁰ En el Servicio de Cirugía del HCAM, hemos realizado conjuntamente colecistectomía y exploración de vías biliares laparoscópicas en 20 pacientes en un período de dos años (1995-1997).

Material clínico

Se estudiaron 20 enfermos con litiasis en vesícula y colédoco, 15 mujeres y 5 hombres, con edades entre 35 y 82 años. Pre-operatoriamente, a más de la anamnesis y el examen físico, todos ellos tuvieron una ecografía. En 13 pacientes el diagnóstico de colédocolitiasis fue preoperatorio, en base a antecedentes de ictericia (dos enfermos), ictericia actual (tres enfermos), colédoco ecográficamente dilatado (seis enfermos), antecedentes de pancreatitis (un enfermo), litiasis del colédoco visible en la ecografía (un enfermo). En 7 pacientes el diagnóstico de colédocolitiasis fue un hallazgo de la colangiografía operatoria televisada realizada rutinariamente durante la colecistectomía laparoscópica. Para la cirugía se utilizaron cuatro trócares e insuflación con CO₂. La colangiografía transcística se la realizó utilizando el clamp de Olsen. El número de cálculos en colédoco osciló entre 1 y 55, el tamaño osciló entre 3mm y 12mm. En 9 casos, la exploración y limpieza del colédoco se hicieron a través del conducto cístico, utilizando la canastilla de Dormia, sondas de Fogarty e irrigación con solución salina. En 11 casos la extracción de los cálculos de colédoco se realizó a través de una colédocotomía de dirección longitudinal de aproximadamente

10mms, realizada con una microtijera. A través de la colédocotomía se introdujo un coledoscopio de 5mms, el mismo que se utiliza en cirugía abierta, el cual fue dirigido proximalmente para visualizar las vías intrahepáticas y distalmente para visualizar el colédoco distal y el esfínter de Oddi. Por el canal de trabajo del coledoscopio se introdujo la canastilla de Dormia, retirándose los cálculos en 4 enfermos. En los otros casos la extracción de cálculos se la hizo con graspers o disectores laparoscópicos o instrumental convencional como pinzas de Randall o sondas Foley introducidas a través del trocar subcostal.

Finalmente, se colocó una sonda en T de Kehr, se suturó el colédoco con nudos intra o extracorpóreos y se colocó un penrose, reproduciendo lo realizado en cirugía abierta. Se realizó conversión a cirugía abierta por no existir la seguridad de que el colédoco estaba totalmente libre de cálculos, en 2 casos de exploración transcística y en 1 caso de exploración transcoledociana.

Resultados

La duración de la cirugía osciló entre 120 minutos y 200 minutos. La limpieza del colédoco no fue satisfactoria en 3 casos: 2 de exploración transcística y 1 de exploración transcoledociana, los casos que fueron convertidos. No hubo complicaciones atribuibles al método. El promedio de hospitalización en la exploración transcística fue de tres días y en la transcoledociana de cinco días, exceptuando un paciente de 85 años que tuvo una hospitalización larga por enfermedad respiratorio crónica. En tres casos de exploración transcoledociana existió una pequeña fuga biliar exteriorizada por el penrose durante unos pocos días. La colangiografía diferida por la sonda de Kehr realizada en todos los pacientes de exploración transcoledociana no demostró litiasis residual en 10 de los 11 pacientes. En 1 caso existió una imagen sospechosa en el colédoco distal, la misma que desapareció al repetirse la radiografía. No ha habido manifestaciones clínicas de colédocolitiasis residual durante un seguimiento de seis a catorce meses.

Discusión y conclusiones

El Servicio de Cirugía del HCAM ha tenido especial preocupación por los problemas biliares durante varias décadas. En la antigua Clínica del Seguro Social comenzó a utilizarse la colangiografía operatoria desde los años cincuenta.¹¹ Por algunas décadas se utilizó la radiomanometría operatoria.¹² Posteriormente, la exploración radiológica operatoria fue dinámica, televisada,¹³ y la coledoscopia ha servido para controlar el éxito de las operaciones biliares.¹⁴ Con el advenimiento y la mayor experiencia con las técnicas laparoscópicas ha sido posible abordar el hepatocolédoco, sea a través del cístico o a través del colédoco. La exploración transcística se la puede realizar cuando el cístico está dilatado y los cálculos coledocianos son pocos en número, pequeños en tamaño y están situados por debajo de la desembocadura del cístico. En reportes de autores como Gigot,¹⁵ esta vía implica menor tiempo operatorio y menor hospitalización, pero es más peligrosa y menos exitosa en cuanto a despejar las vías biliares. La exploración transcoledociana se debe realizar cuando el colédoco se encuentra dilatado, los cálculos son múltiples y/o grandes o están situados en el conducto he-

pático. En la actualidad, Cushieri realiza un estudio europeo multicéntrico,¹⁶ con el fin de comparar los dos tratamientos para colédocolitiasis: el procedimiento en dos tiempos (papiotomía endoscópica+ colecistectomía laparoscópica), con el procedimiento en un solo tiempo que es motivo del presente trabajo (colecistectomía y exploración de vías biliares laparoscópicas). Algunos métodos adicionales que están siendo utilizados son: coledoscopio fino de 3mms para exploración transcística, litotripsia electrohidráulica transoperatoria, dilatación papilar con balón y esfinterotomía anterógrada laparoscópica.¹⁷⁻²⁰

El número de casos del presente trabajo no es representativo como para poder asentar conclusiones sólidas. Sin embargo, se puede afirmar que la exploración laparoscópica de vías biliares es un método factible de ser realizado en nuestro medio, que es un método que implica seguridad para el enfermo, pero que naturalmente implica una curva de aprendizaje. El resolver los dos problemas, colelitiasis y colédocolitiasis, en un solo tiempo, es favorable desde el punto de vista de morbimortalidad, costo, preferencia del paciente y probablemente también en cuanto a éxito en despejar las vías biliares. Los servicios quirúrgicos interesados en patología hepatobiliar deberían implementar la exploración laparoscópica de las vías biliares.

Bibliografía

1. Birkett D, William L: Prevención y tratamiento de cálculos retenidos en el colédoco CI Q de N A, 1981; 4: 921.
2. Benítez-Arcatales, Benítez-Arregui: Cirugía Biliar Universidad Central del Ecuador. Quito, 1983.
3. Hermann R: Manual de Cirugía de la Vesícula Biliar y páncreas. Editorial Vims, Barcelona, 1980.
4. Stiegmann GV, Goff JS, Manzour A, Peartmann R, Neveille RM: Precholangiostomy endoscopic cholangiography and common duct exploration Am J Surg, 1992; 163: 227-230.
5. Coppola R, Riccioni M, Clett S, Cosentino L, Pichiochi A: Analysis of complications of endoscopic sphincterotomy for biliary stones in a consecutive series of 546 patients Surgical Endosc, 1977; 11: 129-132.
6. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen J, Russell R, Meyers W, Ligoury C: Endoscopic sphincterotomy complications and their management. An attempt at consensus Gastrointest Endosc, 1991; 37: 385-393.
7. Lezoche E, Paganini A, Feliciotti F, Chan R: Laparoscopic suture technique after common bile duct exploration Surg Laparosc Endosc, 1993; 3: 209-212.
8. Franklin ME, Pharand D: Laparoscopic common bile duct exploration Surg Laparosc Endosc, 1994; 4: 119-124.
9. Hunter JG: Laparoscopic transcystic common bile duct exploration Am J Surg, 1992; 163: 53-58.
10. Phillips EH, Carroll BJ, Pearlstein AR, Dayhovsky L, Fallas MJ: Laparoscopic choledochoscopy and extraction of common bile duct stones World J Surg, 1993; 17: 22-28.
11. Benítez-Arcatales C: Límites de la Exploración en Cirugía Biliar. Editorial Santo Domingo. Quito, 1969.
12. Benítez-Arcatales C. Las exploraciones colangiográficas y manométrica peroperatorias Editorial Tirso de Molina. Quito, 1954.
13. Benítez-Arregui C, Recalde M: Colangiografía operatoria televisada Cirugía Ecuatoriana 1989; 5(1): 21-23.
14. Benítez-Arregui C, Rosero C: Colédocoscopia operatoria Revista de la Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador, 1995; 20(1-2): 42.
15. Gigot JF, Navez B, Etienne J, Jadoul P, Kestens PA: Stratified intraoperative surgical strategy is mandatory during laparoscopic common bile duct exploration for common bile duct stones Surg Endosc, 1977; 11: 722-728.
16. Cushieri A, Croce E, Faggioni A, Jakimowicz J, Lezoche E, Ribeiro VM, Toul J, Visa J, Wayard W: EAES ductal stone study: preliminary findings of multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single stage management, 1996; 10: 1130-1135.
17. Carroll BJ, Phillips EH, Fallas MJ, Phillips EH: Laparoscopic transectic choledochoscopy. Surg Endosc, 1994; 8: 310-314.
18. Chaudra M, Papaicnu T, Daykhovsky L, Grundfest W, Phillips E: Biliary lithotripsy as an adjunct to laparoscopic common bile duct extraction Surg Endosc, 1993; 7: 356-359.
19. Carroll BJ, Phillips EH, Chaudra M, Fallas M: Laparoscopic transcystic duct balloon dilatation of the sphincter of Oddi Surg Endosc, 1993; 7: 514-517.
20. Curet MJ, Pitcher DF, Martin DT, Zucker KA: Laparoscopic antegrade sphincterotomy; a new technique for the management of complex choledocholithiasis Ann Surg, 1995; 221: 149-155.
21. De Paula AL, Hashiba K, Baffuto M, Zago R, Machado MM: Laparoscopic antegrade sphincterotomy Surg Endosc, 1993; 3: 157-160.