



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-440 - COLECISTECTOMÍA ASOCIADA A GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA, ¿ES SEGURA?

Puche Pla, José Julián; Grifo Albalat, Isabel; Jareño Martínez, Sara; Sánchez Campos, Raúl; Vázquez Prado, Antonio; Bruna Esteban, Marcos; Oviedo Bravo, Miguel; Melero Abellán, Antonio

Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia.

Resumen

Objetivos: Determinar si es segura la colecistectomía concomitante con la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) para el tratamiento de la colelitiasis asociada a obesidad mórbida (OM).

Métodos: Estudio observacional analítico de una base de datos prospectiva de cirugía de la OM. Se han seleccionado los 119 pacientes operados consecutivamente mediante GVL durante los últimos 6 años (desde enero de 2009 hasta diciembre de 2014). Todos habían sido estudiados mediante ecografía preoperatoria. Se realizó colecistectomía siguiendo un criterio selectivo (enfermedad vesicular demostrada) y nunca en pacientes sin colecistopatía. Se excluyeron tres pacientes convertidos precozmente a cirugía abierta (por complicación al introducir los trócares en dos casos y adherencias extensas que hacían impracticable la cirugía laparoscópica en un caso). Finalmente entraron en el estudio 116 pacientes, divididos en dos grupos: grupo A (GVL con colecistectomía, 14 pacientes) y grupo B (GVL sin colecistectomía, 102 pacientes). Ambos grupos fueron homogéneos en cuanto a edad, sexo, IMC, comorbilidades, estimación preoperatoria del riesgo quirúrgico (ASA, OS-MRS y POSSUM fisiológico) y asociación de otros procedimientos. Se realiza un análisis comparativo de la duración de la intervención, pérdidas estimadas de sangre, conversión a cirugía abierta, morbilidad esperada (POSSUM) y real, reintervenciones y estancia postoperatoria. Método estadístico.: análisis descriptivo global y comparativo de los resultados con el programa estadístico SPSS. Los datos cualitativos se expresaron en porcentajes, los cuantitativos en media o mediana según simetría y dispersión de la distribución. Las comparaciones se hicieron mediante la prueba del chi-cuadrado (prueba exacta de Fisher) para los datos cualitativos; para los cuantitativos se usó la t de Student o pruebas no paramétricas (Mann-Whitney) según normalidad de la distribución (test de Kolmogorov-Smirnov). Se ha establecido un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Realizamos colecistectomía en 14 (12%) de nuestros pacientes operados con GVL sin mortalidad operatoria. La colecistectomía prolongó la intervención una mediana de 65 minutos (210 vs 145 min; $p = 0,04$), con una mayor pérdida estimada de sangre (100 vs 50 cc; $p < 0,04$). Las diferencias en conversiones a cirugía abierta (14,3 vs 2%), estancia postoperatoria (5,5 vs 5 días) y reintervenciones precoces (12,3 vs 4,9%) no alcanzaron significación estadística. La morbilidad postoperatoria tampoco difirió significativamente (28,6 vs 15,7%). Sin embargo, según estimación POSSUM y Portsmouth-POSSUM, sí que fueron significativamente mayores la puntuación operatoria (11 vs 9; $p < 0,001$), el riesgo de morbilidad (21,6 vs 16,2%; $p = 0,003$) y el riesgo de mortalidad (1 vs 0,7%; $p = 0,01$) en el grupo de colecistectomía.

Conclusiones: En nuestra experiencia la colecistectomía asociada a la GVL incrementa la pérdida estimada de sangre, sin aumentar de forma significativa la morbilidad, las reintervenciones o la estancia postoperatoria. Sin embargo, la valoración según el sistema POSSUM y p-POSSUM indica que los pacientes del grupo de colecistectomía asociada tienen un mayor riesgo quirúrgico. Estos resultados apoyan nuestra actitud de reservar la colecistectomía para la colecistopatía sintomática. En pacientes asintomáticos aconsejamos restringir la colecistectomía a los casos más favorables, cuyas condiciones locales y generales hagan prever un riesgo bajo.