



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-307 - TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LAS COLEDOCOLITIASIS. EXPERIENCIA INICIAL EN UN HOSPITAL INSULAR

Alcaide Matas, Fernando; Meus, Maurizio; Giordano, Hernán; Troncoso Pereira, Paula; García Pérez, José María; Gil Iriondo, Alberto; Campano Cruz, Ildefonso; Fernández Alonso, Alejandro

Hospital Mateu Orfila, Mahón.

Resumen

Objetivos: La controversia en el tratamiento de las coledocolitiasis (CDLT) aún perdura. Se discute la opción de realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y posteriormente una colecistectomía laparoscópica (CL) vs tratamiento integral laparoscópico. Las guías internacionales no han reflejado hasta el momento la superioridad de una técnica frente a la otra, por lo que no existe un consenso de actuación ante esta patología. El tratamiento quirúrgico de las CDLT en un solo tiempo y por vía laparoscópica, es un tratamiento que se considera válido en casos seleccionados y que va a estar condicionado por la disponibilidad de un servicio de Digestivo que realice CPRE. Presentamos nuestra experiencia inicial en una pequeña serie de 5 pacientes en un hospital insular en el que hay servicio de Digestivo pero no realizan CPRE.

Métodos: Presentamos a 5 pacientes en su mayoría añosos, con edades comprendidas entre los 67 y los 86 años (4 de ellos con más de 80), tres mujeres y dos hombres, con cuadros de ictericia obstructiva secundaria a colelitiasis y coledocolitiasis; todos fueron estudiados con ecografía, TC y colangioRMN. Todos fueron tratados quirúrgicamente en un solo tiempo, mediante abordaje laparoscópico. En todos se practicó una colecistectomía y una exploración de la vía biliar principal con realización de colangiografía intraoperatoria (CIO) que confirmó el diagnóstico de coledocolitiasis (empedrado coledociano, grandes litiasis de hasta 3 cm). Se realizó coledocotomía en todos y se emplearon sonda de Fogarty, cesta de Dormia o pinzas de Randall percutáneas para la extracción de los cálculos. Se comprobó mediante nueva colangiografía y/o coledoscopia la extracción completa. En 3 casos se dejó un tubo de Kehr y en 2 se realizó una coledocorrafia primaria. En uno de los casos se extrajeron 15 cálculos quedando 2 residuales vistos en la CIO y obligando a pedir una CPRE posoperatoria. En una paciente se extrajo una prótesis biliar colocada previamente por Digestivo por estenosis coledociana benigna. No hubo complicaciones intraoperatorias y ningún paciente se convirtió a cirugía abierta. El tiempo medio fue de 180 minutos. Todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente. Aquellos con tubo de Kehr, fueron dados de alta con el drenaje clampado y este se retiró tras control radiológico ambulatorio.

Conclusiones: Actualmente, la opción terapéutica en las CDLT debe de venir determinada por la experiencia de los equipos (cirujanos y digestólogos) así como por las circunstancias locales de cada hospital. En un hospital como el nuestro en el que no disponemos de CPRE, realizar dicha prueba supone derivar al paciente en avión a nuestro hospital de referencia en Mallorca. Consideramos que en casos seleccionados, el abordaje laparoscópico de la VBP es factible por equipos con amplia experiencia en laparoscopia avanzada, aportando grandes ventajas para el paciente y su familia, al evitar su traslado. El beneficio en cuanto a coste-efectividad

de esta técnica, especialmente en nuestro medio, es evidente. Somos conscientes de lo limitado de la serie y de que aún seguimos en la “curva de aprendizaje”.