



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-249 - INICIACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DEL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ROBÓTICO DE LA COLEDOCOLITIASIS: COLECISTECTOMÍA Y COLEDOSCOPÍA SIMULTÁNEA

Herrero Vicente, Christian José; Pardo Aranda, Fernando; Espín Álvarez, Francesc; Cremades Pérez, Manel; Vidal Piñeiro, Laura; Zárate Pinedo, Alba; Navinés López, Jordi; Cugat Andorra, Esteban

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Objetivos: Se sugiere que la colecistectomía y resolución de coledocolitiasis en pacientes con vesícula *in situ* puede realizarse con cirugía mínimamente invasiva en un único acto quirúrgico. El acceso robótico representa una excelente alternativa en casos complejos. Se describe una serie inicial de pacientes consecutivos intervenidos en una unidad HPB especializada de un hospital de tercer nivel. Se analiza la vía de abordaje, la tasa de éxito, el método de extracción de la coledocolitiasis, la morbilidad posoperatoria y la estancia hospitalaria.

Métodos: Se incluyen todos los pacientes diagnosticados de colelitiasis con coledocolitiasis desde enero de 2021 hasta marzo de 2022. En todos los casos se realiza colecistectomía y exploración de vía biliar con coledoscopia de 3 mm desechable. Se incluyeron un total de 26 pacientes (40% mujeres y 60% varones) con una edad media de 62 años (DE 21 años) y un IMC medio de 28 (DE 5). 5 (20,8%) pacientes se catalogaron como ASA 1, 9 (37,5%) ASA 2, 8 (33,3%) ASA 3 y 2 (8,3%) ASA 4. El diagnóstico clínico o síntoma inicial fue: colangitis aguda 11 (42%) pacientes, dolor abdominal tipo cólico 6 (23%), pancreatitis aguda 6 (23%), ictericia 2 (8%) y colecistitis aguda 1 (4%). El diagnóstico de coledocolitiasis se realizó por colangiorresonancia magnética en 20 (81%) pacientes, con ecografía abdominal en 4 (15%) y por ecoendoscopia en un único paciente (4%).

Resultados: En 19 pacientes (73%) se realizó el procedimiento de forma asistida por laparoscopia y en 7 (27%) por vía robótica. La tasa de éxito del procedimiento fue del 96%: abordaje transcístico en 19 (76%) casos, en 5 (20%) se realizó coledocotomía. En 9 (36%) de los pacientes se extrajeron 2 litiasis, en 4 (16%) > 5 litiasis y en 4 (16%) no se encontraron coledocolitiasis intraoperatoriamente. En 12 (44%) pacientes se realizó la extracción con cesta de Dormia, en 2 (8%) se realizó litotricia, en 5 (20%) se realizó una extracción combinada con láser + cesta y en 1 (4%) paciente se extrajo la litiasis con instilación de suero fisiológico intracoledocal. Se dejó drenaje abdominal en 10 (40%) pacientes. El tiempo quirúrgico medio fue de 135 minutos (DE 55). La mediana de estancia hospitalaria fue de 2 (1-22) días. 3 (12%) pacientes presentaron algún tipo de morbilidad en el posoperatorio según la clasificación de Clavien-Dindo (CD): un caso de anemia que requirió transfusión sanguínea (CD II), un caso de colección abdominal que requirió tratamiento con antibiótico (CD IIIa) y un caso de colangitis aguda que requirió traslado a UCI (CD IVa). No hubo ningún caso de mortalidad.

Conclusiones: La implementación de un programa de coledoscopia en una unidad de cirugía de HPB especializada es factible, con una tasa de éxito del 96%. El uso del coledocoscopia de 3 mm junto con la plataforma robótica permitiría realizar el abordaje transcístico con seguridad.