

Tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda: análisis de resultados

Xavier Viñas-Trullén, Xavier Feliu-Palà, Gemma Torres-Soberano, Enrique Macarulla-Sanz, José M. Abad, Pedro Besora-Canal, Ramon Claveria-Puig, Juan Basas-Bacardit, H. Hassan y Enrique Fernández-Sallent
Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital General de Igualada. Barcelona. España.

Resumen

Introducción. El objetivo de este estudio es la evaluación de nuestros resultados obtenidos con el tratamiento laparoscópico precoz en la colecistitis aguda.

Pacientes y método. Se estudió a los pacientes intervenidos de colecistitis aguda mediante colecistectomía laparoscópica precoz durante el período comprendido entre julio de 1993 y enero de 2002. Con anterioridad al estudio se establecieron 5 criterios de selección para su acceso laparoscópico: a) diagnóstico clínico-analítico-ecográfico de colecistitis aguda; b) inicio de los síntomas no superior a las 72 h; c) analítica hepática normal y vía biliar principal no dilatada y sin imágenes sugestivas de litiasis coledocal en la exploración ecográfica; d) estado general del paciente sin contraindicación para la laparoscopia, y e) ausencia de cirugía supramesocólica.

Resultados. Un total de 158 pacientes fueron tratados por colecistitis aguda. De ellos, en 73 enfermos (46,2%) se llevó a cabo colecistectomía laparoscópica precoz y en 12 casos fue preciso realizar conversión a cirugía abierta (16,4%). Presentaron complicaciones 9 pacientes (12,3%), y cuatro precisaron reintervención, uno de ellos por una lesión de la vía biliar principal, dos por hemoperitoneo por hemorragia del lecho hepático y uno por absceso intraabdominal. La estancia media fue de 5,6 días.

Conclusiones. Los resultados de este estudio han demostrado que el uso de la colecistectomía laparoscópica precoz en la colecistitis aguda es seguro y factible.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica.

LAPAROSCOPIC TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS: ANALYSIS OF THE RESULTS

Introduction. The aim of this study was to evaluate the outcomes of the use of early laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis.

Patients and method. All the patients who underwent early laparoscopic cholecystectomy (LC) for acute cholecystitis between July 1993 and January 2002 were reviewed. Selection criteria for early LC were the following: 1. diagnosis confirmed by means of clinical, laboratory and ultrasonographic findings; 2. onset of symptoms not more than 72 h previously; 3. normal blood sample, non-dilation of the common bile duct and ultrasonographic exclusion of common bile duct stones; 4. no contraindications for laparoscopy, and 5. no previous supramesocolic surgery.

Results. A total of 158 patients underwent surgery for acute cholecystitis during this period. Of these, 73 (46.2%) underwent early LC. There were 12 conversions (16.4%) to open surgery. Postoperative complications were detected in nine patients (12.3%), four of whom required reoperation: one for common bile duct injury, two for intra-abdominal bleeding from the gallbladder bed, and one for intra-abdominal abscess. The mean postoperative stay was 5.6 days.

Conclusion. The results of this study demonstrate that early LC for acute cholecystitis is a safe and feasible procedure.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy.

Introducción

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de los pacientes con litiasis biliar y constituye el 20% de los ingresos por enfermedad de la vesícula biliar¹.

Fue considerada inicialmente como una contraindicación para la cirugía laparoscópica^{2,3}, pero a medida que los cirujanos fueron dominando esta técnica, se han co-

Correspondencia: Dr. Xavier Viñas-Trullén.
Hospital General de Igualada.
Passeig Verdaguer, 128. 08700 Igualada. Barcelona.
Correo electrónico: epeinado@fsi.scs.es

Aceptado para su publicación en febrero de 2002.

municado resultados que la convierten en un método seguro y eficaz⁴⁻⁸.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados en el tratamiento precoz laparoscópico de la colecistitis aguda.

Pacientes y método

Estudio descriptivo, prospectivo, realizado durante el período comprendido entre julio de 1993 y enero de 2002. Se enunciaron previamente al estudio 5 criterios de selección de los enfermos para ser candidatos al acceso laparoscópico.

1. Diagnóstico clínico-analítico-ecográfico compatible con colecistitis aguda (fiebre, dolor hipocondrio derecho, test de Murphy positivo, peritonismo local, leucocitosis, engrosamiento de la pared vesicular, distensión vesicular, líquido libre).
2. Inicio de los síntomas no superior a las 72 h.
3. Analítica hepática normal y vía biliar principal no dilatada y sin imágenes sugestivas de litiasis coledocal.
4. Estado general del paciente sin contraindicación para la laparoscopia.
5. Ausencia de cirugía supramesocólica.

Posteriormente se verificó en el estudio anatopatológico la evidencia del proceso colecístico agudo.

Durante este período, 158 pacientes fueron tratados por colecistitis aguda. De ellos, 73 enfermos cumplían los criterios de selección. Se trataba de 32 varones y 41 mujeres, con un rango de edad de 26-74 años y una edad media de 55 años.

Antes de la intervención se prescribió a todos los pacientes una dosis profiláctica de 2 g de cefoncidil, según el protocolo hospitalario. En los casos de colecistitis gangrenosa se prescribieron dosis terapéuticas.

Efectuamos colecistectomía de manera sistemática siguiendo la técnica de laparoscopia abierta con el trocar de Hasson descrita por Fitzgibbons⁹.

Dependiendo de las dificultades halladas en el acto operatorio, se realizaron algunas modificaciones de la técnica quirúrgica.

Es muy habitual en la intervención de este proceso la punción aspirativa para descompresión de la vesícula y el posterior cultivo de bilis.

En ocasiones, cambiamos el trocar de 5 mm del vacío derecho por uno de 10 mm para introducir una pinza que mejorara el agarre de la pared vesicular.

Las maniobras quirúrgicas más excepcionales fueron las de hidrodissección, cuando la calidad de las adherencias no permitían una disección segura y la colocación de un quinto trocar en una línea media imaginaria en el hipocondrio derecho, para facilitar la separación de las vísceras intraabdominales para mejorar la visualización del campo quirúrgico.

La vesícula se extrajo en el interior de una bolsa de protección en todos los casos.

El drenaje aspirativo subhepático se retiró en la mayoría de los pacientes en las 24-48 h del postoperatorio, sin que se evidenciaran pérdidas importantes.

Se ha utilizado el test exacto de Fisher y el de la χ^2 para el análisis estadístico, realizado para comparar la morbilidad entre las 30 primeras colecistectomías y las 43 restantes.

Resultados

De los 73 pacientes intervenidos por laparoscopia, 12 precisaron conversión a cirugía abierta (16,4%). La causa principal fue la dificultad en la disección del triángulo de Calot, debido al proceso flogótico agudo hallado en el acto quirúrgico, que impedía seguir con plena seguridad la intervención por esta vía.

En 8 casos de los 12 pacientes convertidos (66,7%), la evolución de los síntomas era de 72 h. La estancia media fue de 5,6 días (rango, 2-12 días), con una mediana de 4 días.

Presentaron complicaciones 9 pacientes (12,3%), de los cuales cuatro precisaron reintervención, uno de ellos

por una lesión de la vía biliar principal diagnosticada a las 48 h del postoperatorio inmediato, presentando mal estado general, analítica séptica y drenaje con elevado débito biliar. Se procedió a una revisión por vía abierta, hallándose una sección incompleta de la vía biliar principal. El tratamiento quirúrgico realizado fue una hepatico-leyeyunostomía. El paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio inmediato ni tampoco a largo plazo.

En otros 2 casos se evidenció hemorragia postoperatoria inmediata, con pérdidas importantes de sangre por el redón y moderada inestabilidad hemodinámica. Se revisó la zona operatoria por vía abierta, realizándose hemostasia.

El otro paciente fue reintervenido por un absceso residual intrabdominal que no era drenable por TAC.

El resto de la morbilidad fue de baja complejidad (5 casos) y consistió en el absceso de pared umbilical.

En los 30 primeros casos de nuestra serie se realizaron 15 colangiografías intraoperatorias en las que se canalizó el cístico con éxito, sin que en ninguno de los pacientes se evidenciara litiasis coledocal. En 2 pacientes más se intentó la exploración radiológica sin conseguirse la canalización del cístico.

Actualmente no practicamos esta exploración en este grupo de enfermos seleccionados y no hemos evidenciado ningún caso de litiasis residual a medio plazo.

En nuestra serie ha participado un total de 10 cirujanos, que formaban un equipo quirúrgico de 2 cirujanos en cada intervención. Todos ellos tenían un rango similar en cirugía laparoscópica de la colelitiasis no complicada y habían superado la curva de aprendizaje en esta intervención (50 colecistectomías).

No hemos evidenciado diferencias en función de la experiencia del equipo quirúrgico como variable. En las 30 primeras colecistectomías por colecistitis aguda de nuestra serie necesitaron reintervención 4 pacientes. En las 43 siguientes no se ha referido ninguna reintervención. Este resultado es estadísticamente significativo ($p = 0,02$).

El tiempo quirúrgico en la práctica de la colecistectomía laparoscópica fue de 90 ± 20 min.

Discusión

La vía laparoscópica para el tratamiento de la colecistitis aguda aporta una serie de ventajas frente a la cirugía convencional⁵⁻¹⁰, pero se ha evidenciado un aumento de la lesión de la vía biliar principal y de conversión respecto a la cirugía laparoscópica de la colelitiasis no complicada¹¹.

En la tabla 1 se comparan nuestros resultados con las series revisadas en la bibliografía. La mayoría de los artículos refieren un índice de conversión superior al 15% y una morbilidad entre el 8 y el 19%. La lesión de la vía biliar principal no excede del 1,2%¹². Nuestros resultados no difieren, globalmente, de los publicados.

Estamos convencidos de que nuestros criterios de selección¹³ modificados han sido demasiado rigurosos para intervenir a estos enfermos por vía laparoscópica, dándole demasiada importancia a la ausencia de cirugía supramesocólica y a que la sintomatología clínica no fuera superior a las 72 h.

En la bibliografía consultada hay autores¹⁰ que ya citan que la cirugía previa supramesocólica no constituye una

TABLA 1. Bibliografía: resultados

Autor y referencia	N.º	Índice de conversión (%)	Estancia media	Morbilidad (%)	Lesión de la vía biliar principal (%)	Fístula biliar (%)	Absceso intraabdominal (%)	Hemorragia intraabdominal (%)
Brodsky ¹⁴	215	20,5	4,5	17	0,9	3,7	0,4	4,6
Pessaux ¹²	132	38,6	6,1	15	1,2	2,4	1,2	—
Luján ⁵	114	15	2	14	0	—	—	—
Eldar ⁷	93	28	3,3	8,5	0	1,5	0,7	7
Del Rey ⁸	100	24	5,3	19	0	6	1	5
Hospital General de Igualada	73	16,4	5,6	12,3	1,3	0	1,3	2,7

TABLA 2. Morbilidad: resultados

Morbilidad	30 CL	43 CL	Análisis estadístico
Reintervenciones	4	0	(p ≤ 0,02)
Absceso de pared	2	3	(p = NS)

CL: colecistectomía laparoscópica; NS: no significativo.

contraindicación para el acceso laparoscópico. Brodsky¹⁴, en su trabajo, analiza una serie de factores, entre ellos la duración de los síntomas mayor de 96 h, como valores predictivos de conversión en la colecistitis aguda, llegando a la conclusión del limitado valor predictivo de los mismos para la conversión; además, considera que los parámetros evaluados (varón, edad > 60 años, vesícula no palpable, leucocitosis superior a 18.000/ μ l) tienen poca utilidad clínica. Aun cuando estos parámetros estaban presentes, fue posible finalizar la colecistectomía laparoscópica en un 60% de los pacientes. Concluye que la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda debería intentarse en todos los casos y la decisión de convertir sólo debería realizarse intraoperatoriamente.

Para nuestro grupo de trabajo, en la actualidad estos dos criterios de selección para indicar la vía laparoscópica (antecedentes de cirugía supramesocólica y duración de los síntomas < 72 h) son relativos, siendo conscientes de que en esta nueva etapa de disminución de los criterios de selección de los enfermos puede aumentar el índice de conversión, si bien podrá beneficiarse de los resultados de la cirugía laparoscópica un porcentaje más amplio de pacientes con colecistitis aguda.

Consideramos muy relevante para el éxito del tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda la experiencia del equipo quirúrgico.

En la tabla 2 se hace referencia a la morbilidad de alta complejidad. Se aprecia una significación estadística entre las 4 reintervenciones de la serie documentadas en las primeras 30 colecistectomías, frente a ninguna reintervención de las 43 restantes ($p = 0,02$). Atribuimos esta morbilidad de alta complejidad a la curva de aprendizaje.

Dos estudios recientes prospectivos aleatorizados⁴⁻¹⁶ y otro no aleatorizado¹⁷ demuestran que el tratamiento médico inicial, seguido de un tratamiento quirúrgico diferido por laparoscopia de la colecistitis aguda, no reduce los índices de morbilidad ni los de conversión en este proceso. Pero la intervención precoz laparoscópica ofrece ventajas médicas y socioeconómicas, con una menor estancia hospitalaria y acelerando el período de recuperación.

Con ánimo y espíritu intervencionista, estamos convencidos de que el método laparoscópico en la colecistitis

aguda, cuando se indica precozmente y realizada por un grupo de cirujanos expertos, es el tratamiento de elección para esta enfermedad quirúrgica en este nuevo milenio.

Bibliografía

- Sharp KW. Acute cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1998;68:269-79.
- Cusheiri A, Berci G, McSherry CK. Laparoscopic Cholecystectomy. *Am J Surg* 1990;159:273.
- Schimer BD, Edge BS, Dix J, Hyser MJ, Hanls JB, Jones RS, et al. Laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. *Ann Surg* 1991;213:665-76.
- Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai ECS, Wong J. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg* 1998;227:461-7.
- Luján JA, Parrilla P, Robles R, Marin P, Torralba JA, García-Ayllón J. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. A prospective study. *Arch Surg* 1998;133:173-5.
- Eldar S, Eitan A, Bickel A, Sabo E, Cohen A, Abrahamson J, et al. The impact of patient delay and physician delay on the outcome of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg* 1999;178:303-7.
- Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Matter I. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: prospective trial. *World J Surg* 1977;21:540-5.
- Del Rey A, Suárez R, Martínez A, Espadas B, Sanz M, Hernández J, et al. Resultados del abordaje laparoscópico en la colecistitis aguda. *Cir Esp* 1999;65:310-2.
- Fitzgibbons RJ, Shmid S, Santoscoy R, Tyndall S, Hinder R, Filipi CH. Open laparoscopy for laparoscopy cholecystectomy. *Surg Endosc* 1991;1:216-22.
- Carbajal MA, Martín JC, Blanco JL, Cuesta C, Atienza R, Inglada L, et al. Tratamiento de la colecistitis aguda en la era laparoscópica. Estudio comparativo laparoscopia versus laparotomía. *Rev Esp Enferm Digest* 1998;90:788-90.
- Feliu X, Fernández E, Clavería R, Abad JM. Evolución de la colecistectomía laparoscópica en los hospitales comarcas de Cataluña. *Rev Esp Enferm Digest* 2000;92:211-6.
- Pessaux P, Tuech JJ, Rouge C, Duplessis R, Cervi C, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. *Surg Endosc* 2000;14:358-61.
- Rattner DW, Ferguson CH, Warshaw AL. Factors associated with successful laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg* 1993;217:233-6.
- Brodsky A, Matter I, Sabo E, Cohen A, Abrahamson J, Eldar S. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: can the need for conversion and the probability of complications be predicted? A prospective study. *Surg Endosc* 2000;14:755-60.
- Feliu X, Clavería R, Encinas X, Besora P, Martín G, Fernández E. Impacto de la colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la colecistitis aguda. *Cir Esp* 1996;59:51-3.
- Lai PBS, Kwong KH, Leung KL, Kwok SPY, Chung ACW, Lau WY. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg* 1998;85:764-7.
- Serralta A, Planells M, Bueno J, López C, Pous S, Rodero D. Estudio prospectivo de la colecistectomía laparoscópica urgente frente a diferida como tratamiento de la colecistitis aguda de corta evolución. *Cir Esp* 2000;5:445-9.