

Cartas al director



Utilización de tijeras armónicas ultrasónicas en colecistectomía laparoscópica

Sr. Director:

Felicitemos sinceramente a Morales Conde et al por su trabajo sobre la utilidad de las tijeras armónicas ultrasónicas en las colecistectomías "difíciles"¹, con los que estamos completamente de acuerdo en las ventajas y posibilidades que este instrumento ofrece en la colecistectomía laparoscópica en general, y en las colecistitis agudas o colecistectomías complejas, en particular.

No obstante, nuestra experiencia es diferente en un punto, y nos parece importante aportarla en orden a diversificar el debate en este tema. En concreto, se trata de realizar la colecistectomía laparoscópica íntegramente con el bisturí armónico, incluyendo la sección de la arteria y conducto cístico, sin clips supletorios.

Nuestra táctica actual para todo tipo de colecistectomías, sean programadas o de urgencia, es la siguiente: abordaje inicial con tres trócares (óptica umbilical de 5 mm); disección y liberación de adherencias, así como de los elementos del hilio vesicular con tijeras armónicas ultrasónicas (Autosonix, USSC, Norwalk, CT, EE.UU.) a una potencia de 2,5 en la escala ultrasónica del fabricante en posición VAR y de 5 en posición FULL. Una vez identificados y liberados tanto la arteria como el conducto cístico, se procede a su sección-sellado con las tijeras armónicas, sin ninguna tracción y a una potencia de 0,5 en la escala ultrasónica en posición VAR. El resto de la colecistectomía se realiza con el mismo instrumento. No se deja drenaje salvo en procesos supurativos, necrosis o absceso pericolecistítico.

La potencia de 0,5 indicada por el fabricante equivale a una intensidad de 200 mA y la posición 5, a 470 mA. En realidad, la potencia de salida de la energía se encuentra en relación con la resistencia del tipo de tejido a seccionar y de las condiciones del paciente, por lo que se suele aplicar un valor estándar de 200 ohmios. Siendo la potencia igual a la intensidad al cuadrado por la resistencia, el equivalente a la máxima potencia (5 en posición FULL) sería de 44,18 vatios y la mínima (0,5 en posición VAR), de 8 vatios de potencia. Por consiguiente, a menor potencia, menos corte y más coagulación; a menor tracción de agarre, menos corte y más coagulación y a menor

tensión en el tejido, menor velocidad de corte y mayor efecto coagulador.

Siguiendo estas pautas, en ningún caso se han observado hemorragias intra o postoperatorias ni fugas biliares. Solamente en un paciente con cístico muy corto en el que la proximidad del colédoco no aconsejaba la intensificación de la energía ultrasónica, se añadió un clip supletorio. En algunos pacientes con colecistitis aguda y dificultad en la disección de la arteria y del conducto cístico, se realizó la sección simultánea de ambos. En un paciente con fístula colecistoduodenal, se seccionó la fístula con el bisturí armónico añadiendo una sutura serosa en el margen duodenal. Experiencias similares a la nuestra han sido comunicadas en la bibliografía con muy buenos resultados².

La utilización de energía ultrasónica minimiza los problemas habituales producidos por el electrocauterio, sobre todo la perforación vesicular, el riesgo de lesión vascular o visceral y otras complicaciones descritas por los autores. Al mismo tiempo, elimina los problemas derivados de la colocación de clips, que en modo alguno evitan las fugas biliares³, así como otros accidentes recientemente descritos como la migración coledociana y la formación de cálculos en la vía biliar^{4,5}. Por otra parte, se acorta el tiempo quirúrgico y se reducen costos en relación con la laparoscopia "clásica"².

La coincidencia de los dos casos de sección del conducto cístico con dos fístulas biliares, comentadas en el trabajo de Morales Conde et al, induce a pensar en problemas de técnica en la sección de los mismos, ya que en un caso refieren que el corte fue accidental y en el otro se trataba de un cístico corto, quizás la situación menos indicada para utilizar el bisturí armónico.

En todo caso, y aunque la discusión sigue abierta a la espera de nuevas aportaciones y resultados en series largas, nosotros sí somos partidarios, en general, de utilizar dicho instrumento para la colecistectomía laparoscópica total siempre y cuando se tenga la experiencia necesaria en el empleo del mismo.

M.A. Carbajo Caballero, F. Martín Acebes, M. Toledano, J.I. Blanco, J.C. Martín del Olmo y C. de la Cuesta

Servicio de Cirugía General. Hospital de Medina del Campo. Valladolid.

Bibliografía

1. Morales-Conde S, Sánchez Ganfornia F, Galván Martín J, Gonzalez Seco A, Martín Gómez M. Utilidad de la energía ultrasónica durante las colecistectomías difíciles por vía laparoscópica. *Cir Esp* 2001; 69: 40-43.
2. Hüscher CGS, Lirici MM, Anastasi A, Sansonetti A, Amini M. Laparoscopic cholecystectomy by harmonic dissection. *Surg Endosc* 1999; 13: 1256-1257.
3. Hanazaki K, Igarashi J, Sodeyama H, Matsuda Y. Bile leakage resulting from clip displacement of the cystic duct stump. A potential pitfall of laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1999; 13: 168-171.
4. Yoshisumi T, Ikeda T, Shimizu T, Ohta S, Nagata S, Sonoda T et al. Clip migration causes choledocholithiasis after laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2000; 14: 1188.
5. Mansoa A, Martins A, Brito e Melo M, Coito P. Surgical clips as a nidus for stone formation in the common bile duct. *Surg Endosc* 2000; 14: 1189.