
Utilidad de la colangiografía laparoscópica en pacientes con sospecha de coledocolitiasis

Usefulness of laparoscopic cholangiography in patients with suspected choledocholithiasis

Luis Ernesto Quiroga-Meriño ^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-5204-9576>

1

Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Servicio de Cirugía General. Camagüey, Cuba.

*Autor por correspondencia (email): lequiroga.cmw@infomed.sld.cu

Recibido: 21/05/2019

Aprobado: 22/10/2019

Ronda: 1

ESTIMADO DIRECTOR:

El inicio del estudio de la vía biliar según cita Quintero GA, ⁽¹⁾ se remonta 2 000 años a de C. cuando los babilonios describieron por primera vez la vesícula biliar, el cístico y el colédoco con fines rituales, en una oveja, el cual se expone en modelo en barro en el Museo Británico. No es hasta 1559 que Mateo Realdo de Colombo describe formalmente y por primera vez la coledocolitiasis como enferme-

dad, al hallar cálculos en la vía biliar de San Ignacio de Loyola, quien falleció de una sepsis biliar. ⁽¹⁾ La primera exploración de vías biliares se reporta en 1894 por Ludwig Rehn en Edimburgo, asociado a colecistectomía y en 1931 en Córdoba Argentina Mirizzi describe la primera colangiografía transoperatoria.

La coledocolitiasis se reporta como una complicación de la litiasis vesicular en un rango de 8 al 15 % de los casos, a pesar de los avances desde el punto de vista imagenológicos como la tomografía axial computarizada, la colangiorresonancia, ecoendoscopia, colangioscopia percutánea transhepática,

colangioscopia transoperatoria ya sea transcística o a través de la coledocotomía, la coledoscopia entre otros, asociado a un vertiginoso desarrollo de la cirugía de mínimo acceso; no existe consenso de cual algoritmo de diagnóstico y tratamiento es el ideal y el manejo hoy en día depende de la disponibilidad de recursos de cada región y la experiencia acumulada en los métodos. ^(2,3,4,5)

Según Heng-Hui Lien MD et al. ⁽⁶⁾ se reportan más beneficios en la exploración laparoscópica de la vía biliar principal (ELVBP) por la mínima invasividad, tratamiento concurrente de la litiasis vesicular en un solo acto anestésico y quirúrgico y corta estancia hospitalaria, en comparación con la vía convencional y la colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), asociado además que la colangiografía como proceder a estado vinculada casi desde su surgimiento; como método obligatorio a la colecistectomía.

En la actualidad se discuten dos métodos fundamentales para su tratamiento, el primero que incluye colangiopancreatografía retrograda endoscópica pre operatoria con esfinterotomía endoscópica (CPRE con EE) seguido de colecistectomía laparoscópica y el segundo la (ELVBP) con colecistectomía en el mismo acto quirúrgico. Con cierta tendencia a popularizar el método endoscópico a pesar de que varios ensayos clínicos y metaanálisis han arrojado como resultado similar capacidad para tratar la coledocolitiasis y la misma morbimortalidad. ^(4,7)

Se describe que el mejor momento para la exploración laparoscópica de la vía biliar es al unisonó de la colecistectomía videolaparoscópica, ya que brinda la ocasión del tratamiento en un mismo tiempo, siempre y cuando existan las condiciones favorables para el abordaje transcístico como, equipamiento completo, cístico ancho y permeable, coledocolitiasis distal, menos de cinco litiasis, catéter de Dormia, sondas para lavado coledociano, coledoscopio flexible (no indispensable) y manejo de la técnica de laparoscopia. ⁽⁴⁾

La exploración de la vía biliar para la extracción de cálculos coledocianos por laparoscópica se puede realizar a través de dos vías: transcística o por coledocotomía. En la primera, después de dilatar el conducto cístico, se puede extraer los cálculos del colédoco distal con canastillas especiales como la tipo Dormia. En la segunda, se realiza una coledocotomía por vía laparoscópica y se extraen los cálculos de la vía biliar principal. ^(4,7)

La exploración transcística tiene la limitación de no poder extraer cálculos situados en el hepático común, proximales a la entrada del cístico al colédoco, por razones de angulación del coledoscopio, por lo que se reserva para extraer cálculos distales de tamaño menor de 0,5 centímetros. La ventaja que ofrece es que se preserve la integridad, tanto de la VBP como del esfínter de Oddi, lo cual la hace de especial interés en pacientes jóvenes o de mediana edad. ^(8,9)

Por el contrario, la exploración por coledocotomía laparoscópica permite extraer cálculos proximales y distales de la vía biliar, la exploración transcoledociana de la VBP se realiza si existe desproporción del

diámetro de la VBP proximal y distal al cálculo y en el caso de litiasis coledocianas mayores o iguales de 20 milímetros pero requiere dejar un drenaje de la vía biliar por sonda T o transcística, al igual que en la cirugía clásica, aunque ya existen estudios de cierre primario del colédoco. ^(9,10)

Los fallos de la exploración transcoledociana pueden estar dados por, incorrecto vaciamiento al duodeno, imposibilidad de una clara exposición de la cara anterior del colédoco y la presencia de un cálculo enclavado en la papila, que junto a una vía biliar inferior a 8 mm (posible lesión y estenosis secundaria). ⁽⁹⁾

Hasta ahora el éxito es cercano al 80 % y a pesar de que agrega un tiempo operatorio prolongado, de 1 a 1,5 horas, los beneficios son sustanciales al completar el tratamiento del paciente en sólo una intervención, con aparente baja morbilidad. Es posible que los resultados que se obtengan con mayor experiencia en este procedimiento lo indiquen como el tratamiento de elección, por lo menos en un grupo seleccionado de pacientes. ⁽⁹⁾

En Cuba, la cirugía de mínimo acceso (CMA) existe como programa priorizado, además de corresponder como módulo obligatorio del programa de formación del residente de Cirugía General, lo que provoca una mayor experiencia por parte de los cirujanos graduados en el manejo de esta vía en superposición de la CPRE, que es llevada a cabo en la mayoría de las ocasiones por los gastroenterólogos y con una distribución como equipo menor a la de CMA, además que su certificación que se requiere para realizar esta técnica con calidad y excelencia según el Colegio Americano de Gastroenterología, es tener mínimo 200 procedimientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero GA. Cirugía Hepatobiliar: Historia y Perspectiva. Rev Med [Internet] Dic 2004 [citado 02 May 2019];26(4):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/67-5>
2. Guidi M, Jer Hwang H, Curvale C, Souto G, De María J, Ragone F, et al. Calidad y competencia en colangiografía endoscópica. Rumbo a lo seguro. Acta Gastroenterol Latinoam [Internet] 2015 [citado 02 May 2019];45(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/1993/199336842010/>.
3. Barba Valadez CT, Barba Valadez LA, Gaitán Mercado CM, López Rodríguez JL. Tratamiento de la colecistocolitiasis: colangiografía retrógrada endoscópica preoperatoria versus transoperatoria en el Hospital Miguel Hidalgo de Aguascalientes. Cir Gen [Internet]. 2017 [citado 10 Ene 2019];39(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76269>

4. Parra Membrives P, Martínez Baena D, Lorente Herce JM, Jiménez Riera G, Sánchez Gálvez MA. Recurrencia de coledocolitiasis tras exploración laparoscópica de la vía biliar principal. Cir Esp [Internet]. 2019 [citado 10 Ene 2019];97(6): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revistacirugia-espanola-36-articulo-recurrencia-coledocolitiasis-tras-exploracion-laparoscopicaS0009739X19300946>
5. Chuquispuma Torres R, Valcárcel Saldaña M, Cueva Flores D, Chiappe Gonzales A. Reporte de caso: Exploración laparoscópica de la vía biliar en coledocolitiasis primaria. Rev Médica Carriónica [Internet]. 2010 [citado 10 Ene 2019];1(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://cuerpomedico.hdosdemayo.gob.pe/index.php/revistamedicacarrionica/article/view/80>
6. Heng-Hui L, Chi-Cheng H, Hing-Shui H, Min-Yen S, Der-Fang CH, Nai-Yuan W, et al. Laparoscopic commonbileductexplorationwith T tube choledochotomyfor the management of choledocholithiasis. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2005 Jun;15(3):298-302.
7. Ramírez Amezcua FJ, Rojano Rodríguez ME, Vasquezmellado Martínez IP. Utilidad de la video colangioscopia tran soperatoria, aspectos endoscópicos de la vía biliar. Cir Gen. 2002;24(4):282-285.
8. Llanos López O. Tratamiento de la coledocolitiasis. Rev Ciencias Méd [Internet].1994 [citado 10 Ene 2019];23(2):[aprox 4 p.]. Disponible en: <https://arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1065/943>
9. Barreras González JE, Torres Peña R, Ruíz Torres, Martínez Alfonso MA, Roque González R, Brizuela Quintanilla R. Algoritmo para el tratamiento mínimamente invasivo de coledocolitiasis. Rev Cubana Cirugía [Internet]. 2014 [citado 03 Ene 2019];53(4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932014000400003

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

I. Luis Ernesto Quiroga-Meriño (Redacción del manuscrito. Revisión crítica del manuscrito. Aprobación de su versión final).