

Colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda

Laparoscopic. Cholecystectomy in htte acute cholecystitis

**Dr. José Luis Reguero Muñoz; Dr. Israel González Moya; Dr. Nelson Camacho Álvarez
Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dra. Elizabeth Hernández Moore**

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce doménech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio explicativo de las 284 colecistectomías laparoscópicas realizadas por colecistitis aguda entre el 1ro. de julio de 1996 y el 30 de junio del 2002 en el centro de Cirugía de Mínimo Acceso del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente "Manuel Ascunce Domenech" de Camagüey. El 66,9 % de los pacientes correspondió al sexo femenino. La edad promedio fue de 54,2 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de hasta 72 horas en 251 casos (88,4 %). El tiempo quirúrgico promedio en los pacientes operados por colecistitis aguda fue de 51,1 min. Se produjeron seis conversiones para un 2,1%. Se presentaron 10 complicaciones, lo que representó un 3,5 % de pacientes complicados. No existió mortalidad. El 93 % de los pacientes tuvieron una estadía post operatoria inferior a las 24 horas.

Concluimos que la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda es una técnica efectiva, segura, con baja morbilidad, y que debe ser el procedimiento de elección en estos pacientes, sobre todo durante las primeras 72 horas de iniciados los síntomas

DeCS: COLECISTITIS AGUDA, COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy has become the treatment of choice in symptomatic uncomplicated cholelithiasis; however, this procedure has been controversial for the management of acute cholecystitis because it is considered to be associated with more

complications. With the aim to describe our experience with laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis and assess its feasibility and safety, a descriptive study of the 284 laparoscopic cholecystectomies undertaken for acute cholecystitis between July 1st., 1996 and June 30th., 2002, in the Minimal Access Surgery Center of the “Manuel Ascunce Domenech” Provincial Teaching Hospital of Camagüey was performed. 66,9% of patients were female. The mean age was 54,2 years. Time of onset of symptoms was 72 hours or less in 251 cases (88,4%). Mean surgical time was 51,1 minutes. Six patients were converted to open cholecystectomy (2,1%). There were 10 complications, which represented a 3,5% complications rate. There was no mortality. 93% of patients had a post-operative stay less than 24 hours. We conclude that laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis is a safe and feasible technique, with low morbidity, and should be the procedure of choice in these patients within 72 hours of onset of symptoms..

DeCS: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA; COLECISTITIS

INTRODUCCIÓN

Aunque la colecistectomía laparoscópica es en la actualidad un procedimiento aceptado universalmente para el tratamiento de la colelitiasis sintomática no complicada, su aplicación en los pacientes con colecistitis aguda ha sido punto de controversia por considerarse asociada a un mayor número de complicaciones.^{1,2}

Cuando se introdujo la colecistectomía laparoscópica, la colecistitis aguda fue considerada una contraindicación relativa de esta técnica. Como resultado, muchos pacientes con colecistitis aguda continuaron sometidos a colecistectomía abierta, o los procedimientos laparoscópicos eran convertidos a abiertos cuando se encontraba una inflamación de la vesícula biliar.²

A medida que los cirujanos fueron ganando experiencia con la cirugía laparoscópica, varios estudios han demostrado que la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda puede ser llevada a cabo con seguridad^{3,4}.

El objetivo de nuestro trabajo es presentar los resultados de la colecistectomía laparoscópica realizada a pacientes con colecistitis aguda en nuestro Centro de Cirugía de Mínimo Acceso, con el fin de valorar su factibilidad y seguridad en estos pacientes.

MÉTODO

Se realizó un estudio explicativo de todos los pacientes con colecistitis aguda a los que se les realizó colecistectomía laparoscópica entre el 1ro. de julio de 1996 al 30 de junio de 2002, en el Centro de Cirugía de Mínimo Acceso del Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente “Manuel Ascunce Domenech” de Camagüey.

El diagnóstico de colecistitis aguda se estableció mediante el examen clínico, el estudio ultrasonográfico, exámenes de laboratorio, y hallazgos operatorios y anatomopatológicos.

Para el estudio se consideraron el sexo, la edad, clasificada en los siguientes grupos de edades: menos de 20 años, de 20 a 39 años, de 40 a 59 y 60 años y más; el tiempo de evolución de los síntomas, agrupado en pacientes hasta 72 horas y pacientes con más de 72 horas de evolución; el tiempo quirúrgico, la conversión a cirugía abierta y sus causas, las complicaciones trans y postoperatorias y la estadía postoperatoria (pacientes con menos de 24 horas, de 24 a 48 horas y más de 48 horas de estadía).

Los resultados se expresaron en valores porcentuales y se mostraron en tablas estadísticas.

RESULTADOS

De las 4 573 colecistectomías laparoscópicas realizadas en el período estudiado en nuestro centro de cirugía de mínimo acceso, 284 correspondieron a pacientes con colecistitis aguda, lo que representa el 6,2 % del total de intervenciones por afecciones de la vesícula biliar.

El 66,9 % de los casos correspondió al sexo femenino y el 33,1 % al masculino.

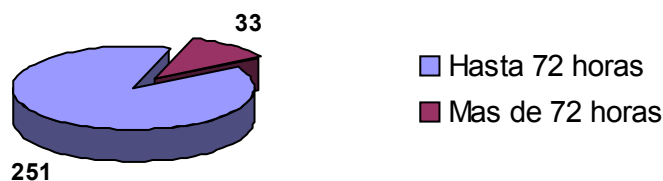
Con respecto a la distribución de los pacientes por grupos de edades, 120 (42,3 %) corresponden al grupo de 40 a 59 años y 93 pacientes (32,7 %) a los de 60 años y más. La edad promedio fue de 54,2 años, y el rango osciló entre 19 y 89 años. (tabla 1)

Tabla 1. Distribución según grupos de edades

Grupos de edades	Pacientes	%
<20	2	0,7
20-39	69	24,3
40-59	120	42,3
60 y más	93	32,7
TOTAL	284	100,0

El tiempo de evolución de la enfermedad fue de hasta 72 horas en 251 casos (88,4 %) y mayor de 72 horas en 33 (11,6 %) (Gráfico 1)

Gráfico 1: Tiempo de evolución de los síntomas



El tiempo quirúrgico promedio en los pacientes operados por colecistitis aguda fue de 51,1 min, con un rango de entre 25 y 120 minutos.

Se produjeron seis conversiones a cirugía abierta en la casuística que reportamos, para un 2,1 % de conversiones: cinco debidas a dificultades para la identificación de las estructuras y una por lesión de la vía biliar principal. Se realizó colecistectomía subtotal en 17 pacientes (5,9 %).

Se presentaron 10 complicaciones, una transoperatoria y nueve postoperatorias, lo que representó un 3,5 % de pacientes complicados. La complicación transoperatoria fue lesión de la vía biliar principal en un paciente (0,03 %). (tabla 2)

Con respecto a las postoperatorias, se produjo bilirragia en cuatro pacientes, todos tratados laparoscópicamente, y sepsis de la herida epigástrica, por donde se realiza la extracción de

la vesícula biliar, en dos casos. Las otras tres complicaciones, presentes en una paciente cada una, fueron litiasis residual del colédoco, fiebre postoperatoria e infarto agudo del miocardio. No tuvimos mortalidad en esta serie.

Tabla 2. Complicaciones

Complicaciones	Transoperatorias	Postoperatorias
Bilirragia	-	4
Sepsis de herida epigástrica	-	2
Litiasis residual del colédoco	-	1
Fiebre postoperatoria	-	1
Infarto agudo del miocardio	-	1
Lesión Vía Biliar Principal	1	-
Total	1	9

El 93 % de los pacientes tuvieron una estadía postoperatoria inferior a las 24 horas, y 10 pacientes permanecieron en el hospital de 24 a 48 horas y más de 48 horas, respectivamente. (tabla 3)

Tabla 3: Estadía postoperatoria

Tiempo en horas	Pacientes	%
<24	264	93,0
24 a 48	10	3,5
> 48	10	3,5
TOTAL	284	100,0

DISCUSIÓN

En grandes series de colecistectomías laparoscópicas por litiasis vesicular no complicada existió un amplio predominio del sexo femenino, y la morbilidad en los hombres osciló solamente entre 15,8 %⁵ y 11,7 %.⁶ Sin embargo, en trabajos que reportan operados de colecistitis aguda, la diferencia entre los géneros disminuyó y el sexo masculino representó

entre el 39,1 % y el 48,8 % del total de casos.⁷⁻¹⁰ Un porcentaje similar se obtuvo en este trabajo (33,1 %).

Se describe en la literatura que los hombres parecen tener un riesgo particular de desarrollar la forma aguda de la enfermedad, así como una mayor mortalidad operatoria. Algunos sugieren que la mayor morbimortalidad pudiera deberse al rechazo a solicitar atención médica por los hombres hasta que la enfermedad está en estadios avanzados, aunque otros consideran que existe un problema multifactorial.^{8,10} El promedio de edades en los enfermos estudiados fue muy similar al reportado en las series de Suter,² Heng-Hui¹⁰ y Michalowski,¹¹ e inferior al de Colonval.⁴ Los pacientes operados por Vergnaud¹² y Hamour¹³ tuvieron un promedio de edad inferior en más de una década.

El momento en que se realiza la cirugía laparoscópica durante una colecistitis aguda es de la mayor importancia. Cuando la operación se realiza después de 72 horas de iniciados los síntomas, se incrementa la frecuencia de complicaciones y las posibilidades de conversión son mayores.^{1,14,15} En la serie que presentamos, todos los pacientes convertidos a cirugía abierta tenían más de 72 h de iniciados los síntomas, lo que evidencia la mayor dificultad técnica de esta intervención cuando el estado inflamatorio de la vesícula es más avanzado. Estudios que comparan la colecistectomía laparoscópica temprana con la intervención demorada en el curso de la colecistitis aguda, demuestran que la intervención realizada durante las primeras 72 horas ofrece beneficios, tanto médicos como socioeconómicos, y consideran que en manos de cirujanos laparoscópicos experimentados constituye el procedimiento de elección.^{1,14,16-18}

En trabajos que recogen el tiempo quirúrgico promedio en los pacientes con colecistitis aguda operados por vía laparoscópica, éste fue superior al obtenido en nuestro estudio: Michalowsky¹¹ informa 73 min, 100 min en la serie de Hamour,¹³ 130 en la de Colonval⁴ y 144,1 en la casuística de Kok.¹⁹ La complejidad del procedimiento cuando la vesícula está inflamada, obliga a efectuar con frecuencia modificaciones técnicas que permitan la remoción del órgano enfermo, como descompresión de la vesícula distendida, necesidad frecuente de colocación de drenaje y disección cuidadosa limitada a la unión cístico-vesicular, que prolongan el tiempo quirúrgico en comparación con las intervenciones en pacientes sin colecistitis aguda.⁵

Ramson plantea que aproximadamente el 20 % de las colecistectomías laparoscópicas realizadas por colecistitis aguda requieren conversión a cirugía abierta a causa de severa inflamación.²⁰ Assaff²¹ realizó conversión al 23 % de sus pacientes con colecistitis aguda y similar cifra obtuvo Eldar.²² Kanaan²³ solo reporta un 10 % en sus 161 pacientes. Nuestras cifras de conversión son inferiores, a pesar de que representaron una casuística mayor que en estos trabajos. A este bajo índice de conversiones contribuyó, en nuestro criterio, la realización de colecistectomía subtotal en 17 pacientes a los que, de otra forma, hubiera sido necesario llevar a cirugía abierta. Mediante este procedimiento se deja intacta la pared posterior de la vesícula, con el fin de evitar sangramiento excesivo en el lecho vesicular o lesión de los conductos biliares. Actualmente se considera que la colecistectomía subtotal es un procedimiento relativamente simple que permite la remoción de una “vesícula difícil” y reduce la necesidad de conversión y las complicaciones en la mayoría de los pacientes.¹¹

El índice de complicaciones que obtuvimos fue marcadamente inferior al de otras series, que reportan índices de complicaciones entre el 8,8 % y el 19 %.^{16,21,22,24,25} De igual forma, la ocurrencia de lesión de la vía biliar principal en nuestra casuística fue inferior a la reportada.¹⁴

Se plantea que las operaciones sobre una vesícula inflamada aumentan las posibilidades de lesión del árbol biliar.¹⁴ La lesión del colédoco es una complicación importante que requiere conversión a cirugía abierta y un procedimiento de reconstrucción del árbol biliar. Su ocurrencia disminuye con la experiencia del cirujano y su estricta adherencia al principio de realizar una disección cuidadosa cercana a la unión cístico-vesicular.

La colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda permitió a los pacientes de esta serie una estadía postoperatoria muy breve, similar a la de los operados con colelitiasis no complicada por vía laparoscópica,⁵ lo que subraya otra ventaja de la técnica en este tipo de enfermos.

CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda es una técnica efectiva, segura, con baja morbilidad.

Debe ser el procedimiento de elección en estos pacientes, sobre todo durante las primeras 72 horas de iniciados los síntomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Navez B, Mutter D, Russier Y, Vix M, Jamali F, Lipski D. Safety of laparoscopic approach for acute cholecystitis: retrospective study of 609 cases. *World J Surg.* 2001;25(10):1352-6.
2. Suter M, Meyer A. A 10-year experience with the use of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: is it safe?. *Surg Endosc.* 2001;15(10):1187-92.
3. Greenwald JA, McMullen HF, Coppa GF, Newman RM. Impact on outcome in patients with acute cholecystitis. *Ann Surg.* 2000; 231(3):552-56.
4. Colonval P, Navez B, Cambier E, Richir C, Pierpont B. Is laparoscopic cholecystectomy effective and reliable in acute cholecystitis?. *Ann Chir.* 1997; 51(7):689-96.
5. Reguero Muñoz JL, González Moya I, Camacho Alvarez N. Colectomía Laparoscópica. Informe de 1 100 pacientes operados. *AMC.* 1999;3(2):4
6. Bandurski R, Zalewski B, Kamocki Z, Piotrowski Z, Stocki W, Cepowicz D. Laparoscopic cholecystectomy conversion: causes and surgical procedures. *Wiad Lek.* 1997;1(1):231.
7. Glenn F, Dillon LD. Developing trends in acute cholecystitis and choledocholithiasis. *Surg Gynecol Obstet.* 1980;151:528-32.
8. Rusell JC. Symptomatic cholelithiasis: a different disease in men?. *Ann Surg.* 1998;227(2):195-200.
9. MacDonald JA. Early cholecystectomy for acute cholecystitis. *Can Med Assoc J.* 1994;111:796-99.
10. Heng-Hui L, Ching-Shui H. Male gender: risk factor for severe symptomatic cholelithiasis. *World J Surg.* 2002;26(5):598-601.
11. Michalowski K, Bornman PC, Krige JE, Gallager PJ, Terblanche J. Laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients with complicated acute cholecystitis or fibrosis. *Br J Surg.* 1998;85(7):904-6.

12. Vergnaud JP, Lopera C, Penagos S. Colectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. *Rev Col Cir.* 2001;16(4):9.
13. Hamour OA, Kashgari RH, al-Harbi MA. Minimal invasive surgery: a district hospital experience. *East Afr Med.* 1998; 75(5):274-8.
14. Strasberg SM. Laparoscopic biliar surgery. *Gastroenterolog Clin.* 1999;28(1):117-32.
15. Madan AK, Aliabadi-Eahle S, Tesi D, Flint LM, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis?. *Am J Surg.* 2002;183(3):232-6.
16. Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. Prospective randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Ann Surg.* 1998;227(4):461-7.
17. Lai PB, Kwong KH, Leung KL, Kwok SP, Chan AC, Chung SC. Randomized trial of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg.* 1998;85(6):764-7.
18. Liu TH, Cnsorti ET, Mercer DW. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: technical considerations and outcome. *Semin Laparosc Surg.* 2002; 9(1):24-31.
19. Kok KY, Mathew VV, Tan KK, Yapp SK. A prospective review of laparoscopic cholecystectomy in Brunei. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8(2):120-2.
20. Ransom KJ. Laparoscopic management of acute cholecystitis with subtotal cholecystectomy. *Ann Surg.* 1998;54(18):1955-7.
21. Assaff Y, Matter I, Sabo E, Mogilner JG, Nash E, Abrahamson J et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis and the consequences of gallbladder perforation, bile spillage and "loss" of stones. *Eur J Surg.* 1998;164(6):425-31.
22. Eldar S, Sabo E, Nash E, Abrahamson J, Mather I. Laparoscopic cholecystectomy for the various types of gallbladder inflammation: a prospective trial. *Surg Laparosc Endosc.* 1998;8(3):200-7.

23. Kanaan SA, Murayama KM, Merriam LT, Dawes LG, Prystowsky JB, Rege RV. Risk factors for conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. *J Surg Res.* 2002;106(1):20-4.
24. Meyer L, Rupprecht J, Kahler G, Hoffmann C, Kronert T, Scheele J. Laparoscopic cholecystectomy as routine intervention in acute cholecystitis. *Zentralbl Chir.* 1998;13(2):74-7.
25. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Marín P, Torralba JH, García Ayllón J. Laparoscopic cholecystectomy vs open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: a prospective study. *Arch Surg.* 1998;33(2):173-5.

Recibido: 14 de octubre de 2002

Aprobado: 15 de febrero de 2003

Dr. José Luis Reguero Muñoz Especialista II Grado Cirugía General, Profesor Auxiliar Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Doménech.