

Centro de Investigaciones Medicoquirúrgicas (CIMEQ)

## LIGADURA DEL CONDUCTO CÍSTICO. COLECISTOTOMÍA Y EXTRACCIÓN DE CÁLCULOS VESICULARES

*Dr. Emigdio Collado Canto,<sup>1</sup> Dr. Eliot Martínez Pérez,<sup>2</sup> Dr. Juan C. Collado Otero<sup>3</sup> y Dr. Raúl A. Rodríguez Sánchez<sup>4</sup>*

### RESUMEN

Se realizó la ligadura del conducto cístico y extracción de cálculos en un paciente operado de urgencia, en el cual habían grandes dificultades técnicas para el abordaje de la vía biliar. Esto dio lugar a un estudio en animales, cuyos resultados fueron satisfactorios. Una vez sacrificados los animales se comprobó atrofia de la vesícula biliar sin complicaciones. El informe anatomopatológico destacó fibrosis. Se escogió un grupo de pacientes sintomáticos, que requerían colecistectomía y presentaban cirrosis hepática. Se les operó con aplicación de esta técnica por vía normal y laparoscópica. Los únicos requisitos técnicos fueron la ligadura del conducto cístico, extracción de cálculos y adecuada aspiración de la vesícula biliar.

Se obtuvieron buenos resultados con un mínimo de disección, sin complicaciones, con una anestesia y tiempo quirúrgico mínimo y con una técnica fácil y asequible a cualquier cirujano y en cualquier medio. Este proceder beneficiaría a los pacientes cirróticos.

*Descriptor DeCS:* CONDUCTO CISTICO/ cirugía; COLELITIASIS/cirugía; COLECISTOTOMIA/ métodos; LIGADURA/ métodos.

En 1980, operábamos a un paciente con heridas por arma blanca, una de las cuales interesaba duodeno y vesícula biliar; el derrame de bilis nos dificultaba la visibilidad para el cierre de la herida duodenal, por lo que procedimos a la liga-

dura del conducto cístico y aspiración de la vesícula.

En el seguimiento por consulta externa, el ultrasonido nos reveló la ausencia de vesícula biliar lo que nos sorprendió y motivó.

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Cirugía. Asistente.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Cirugía. Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología.

<sup>4</sup> Residente de 3er año de Cirugía. CIMEQ.

Conversamos con el doctor *Rodríguez Sotelo*,\* director del Centro de Cirugía Experimental, el cual se interesó y procedió a realizar el proceder en 12 curieles y 6 perros. Estos animales se sacrificaron al mes y 2 meses respectivamente y laparotomizados y se les halló atrofia de vesícula biliar las que se enviaron a patología. En todos los casos sólo se informó gran fibrosis de las muestras.

Con estos elementos decidimos realizar este proceder en pacientes enfermos de cirrosis hepática con litiasis vesicular, en los cuales habitualmente se producen sangramientos difíciles de cohibir al separar la vesícula del hígado. Según *Paquet*<sup>1</sup> la litiasis vesicular es 2 veces más frecuente en cirróticos que en pacientes sanos.

## MÉTODOS

Se escogieron 3 pacientes con litiasis vesicular sintomática y cirrosis hepática clasificados como Child A, los cuales fueron operados por el método descrito en este trabajo y los resultados que se obtuvieron fueron satisfechos y sin complicaciones.

A otros 3 pacientes se les realizó proceder de urgencia con el diagnóstico de impacto del cístico y también evolucionaron satisfactoriamente.

Los 3 últimos pacientes fueron operados por vía laparoscópica por presentar litiasis vesicular y también evolucionaron satisfactoriamente.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

A los pacientes operados convencionalmente se les realizó una pequeña inci-

sión subcostal derecha, ligadura del conducto cístico con material absorbible e incidió la vesícula por el fondo; el contenido de ésta se aspiró y se extrajeron los cálculos; el fondo vesicular se dejó. Es necesario aspirar bien el contenido de la vesícula para evitar la presencia de barro biliar.

En 3 pacientes operados por vía laparoscópica se efectuó lo siguiente:

- En el primer paciente se procedió a ligar con un clip el conducto cístico próximo al colédoco, se aspiró por punción la vesícula y se extrajeron los cálculos por una pequeña incisión subcostal. La vesícula se abrió por el fondo y se extrajeron los cálculos con una pinza de anillo.
- En el segundo previa ligadura del cístico con clip y aspiración de la vesícula, se procedió a incidir ésta en el bacinete y se extrajeron los cálculos con la pinza de disección por laparoscopia, los cuales se colocaron en un dedo de guante, tal como expone *Zucbect*.<sup>2</sup>
- En el tercer paciente se ligó el cístico y aspiró la vesícula con trócar de 10 mm por su fondo y a través de él se aspiraron los cálculos.

## DISCUSIÓN

Desde que *Alexander Trillan* describió en el siglo V la litiasis vesicular, el tratamiento para ésta ha sido el mismo, pero no ha sido así en el caso de la coledocolitiasis que ha evolucionado desde la coledocoduodenostomía hasta proceder como la CPRE y esfinterotomía endoscópica y esfinteroplastia.

---

\*El doctor Rodríguez Sotelo, ya fallecido, en ese momento ocupaba dicha responsabilidad en el Centro de Cirugía Experimental, y llevaba a fase de terminación su libro de Cirugía Experimental (N. del E).

En 1980 efectuamos la ligadura del cístico y aspiración de la bilis vesicular en un paciente. Se revisó la literatura médica ante la posibilidad de realizar este proceder. El doctor *Rodríguez Sotelo* nos ayudó al realizar esto en animales, pero quedaba por vencer el escepticismo de algunos cirujanos que planteaban la posibilidad del desarrollo de un carcinoma de vesícula en una vesícula litiásica. Otros planteaban que todas las vesículas litiásicas debían ser extirpadas. Al respecto, *Kosall*<sup>3</sup> informó que en 1874 en autopsias hechas se mostraron 634 cadáveres con cálculos silentes, o sea, el 34 % y *Glen*<sup>4</sup> afirmó que sólo halló 1 % de carcinomas de vesícula en pacientes de más de 50 años.

De todos modos en nuestra serie los cálculos se extirparon y éstos son invocados como factor litiásico. Mediante este método la disección requerida fue mínima, al reducirse enormemente el riesgo anestésico y quirúrgico, no se produjo sangramiento en ningún caso y la evolución fue satisfactoria.

Los ultrasonidos posoperatorios informaron ausencia de vesícula sin otras alteraciones, con lo que creemos se cumple lo esperado. Sobre todo en pacientes en los que otro proceder sería prácticamente imposible o a expensas de un gran riesgo. También se evitaba una segunda intervención en los pacientes en que hubiese sido necesario hacer una colescistotomía.

Creemos que la técnica puede ser usada en pacientes cirróticos y de alto riesgo quirúrgico, pues disminuye notablemente el sangramiento y acorta considerablemente el tiempo quirúrgico y la anestesia. No obstante, el tiempo señalará las indicaciones precisas.

En conclusión podemos decir:

1. La colescistotomía, extracción de cálculos y ligadura del cístico es un proceder que puede realizarse en pacientes con mal estado general y afecciones asociadas que tengan indicación quirúrgica.
2. Es un procedimiento fácil de efectuar con un mínimo de disección y que evita una segunda intervención y aparición de complicaciones, en pacientes a los que sólo se les realizó colescistotomía.
3. Puede ser llevada a cabo también en pacientes que van a ser operados electivamente, con las siguientes ventajas:

- Nunca provoca lesión del colédoco, ya que sólo se realiza la ligadura del conducto cístico.
- Disminuye el tiempo quirúrgico y anestésico tanto en la técnica convencional como en la laparoscópica.
- Su práctica en pacientes cirróticos, no los expone a sangramientos, pues no se extirpa la vesícula de su lecho.
- Disminuye las complicaciones de la colescistectomía laparoscópica, como son: hemorragia del lecho vesicular, deslizamiento de clips y lesión del colédoco, para ser éstas las más frecuentes según *Karl A. Zucher*.
- Pone al alcance de todos los cirujanos la colescistectomía laparoscópica al disminuir el campo que se disecará.
- No impide la práctica de la colangiografía transoperatoria y extracción de cálculos por vía transcística.

## SUMMARY

The ligation of the cystic duct and the extraction of gall stones were performed in urgently operated patient with great technical difficulties for the approach of the biliary tract: This led to conduct a study of animals with satisfactory results. Once the animals were sacrificed it was observed gall bladder atrophy without complications. Fibrosis was stressed in the anatomopathological report. A group of symptomatic patients who required cholecystostomy and suffered from liver cirrhosis were chosen and operated on by using this technique by normal and laparoscopic pathway. The only technical requirements were the ligation of the cystic duct, the extraction of gall stones and the adequate aspiration of the gall bladder.

*Subject headings:* CYSTIC DUCT/surgery; CHOLELITHIASIS/surgery; CHOLECYSTOSTOMY/methods; LIGATION/methods.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paquet H, Lazar K. Cholecystectomy in cirrotic patients with portal hypertension. A challenge or an impossible procedure? XXVIII World Congress of the International College of Surgeons. Abstracts 1992;43.
2. Karl AZ. Tratamiento laparoscópico de las colecistitis agudas y crónicas. *Clín Quir Norteam* 1992;5:31.
3. Kosal H. Pathogenic correlation of gallstone. A review of 1 847 autopsias. *Am Arch Surgery* 1959;79-514.
4. Glen FK. The age factor in the mortality of patients surgery of biliary tract. *Surgery Gynecologic Obstetric* 1955;100-11.

Recibido: 12 de septiembre de 1996. Aprobado: 11 de septiembre de 1997.

Dr. *Emigdio Collado Canto*. Centro de Investigaciones Medicoquirúrgicas (CIMEQ). Calle 216, entre 13 y 15, Siboney, municipio Playa, apartado 6096, Ciudad de La Habana, Cuba.