

## COLECISTECTOMÍA LAPAROSCOPICA. REVOLUCION EN CIRUGIA

\* Dr. Abel R. González, F.A.C.S., M.C.D.C.

\* Dr. Danilo Espinal, M.C.D.C.

\* Dr. Héctor Lebrón, M.C.D.C.

### RESUMEN:

Se reportan 60 casos de Colecistectomía laparoscópica, efectuados en la Clínica Dr. Abel González con éxito. Se destacan las ventajas de este nuevo método sobre la forma clásica de hacer la operación.

Colecistectomía laparoscópica

### ABSTRACT:

A report of 60 cases of Laparoscopic colecistectomy, done succesfully at Dr. Abel González Clinic is made. The advantages of this new method over the classic form of doing the operation are point out.

Laparoscopic colecistectomy

La colecistectomía es hoy la cirugía más frecuente de la cavidad abdominal. En los EE.UU. se hacen más de 500,000 procedimientos de este tipo, los cuales permanecen en el hospital de 4 a 5 días, además los pacientes requieren de 4 a 6 semanas para recuperarse completamente. La incisión subcostal usada más frecuentemente es dolorosa y vulnerable a infección y hernias.

En 1988 se reportó la primera Colecistectomía Laparoscópica en EE.UU.,<sup>1</sup> y desde entonces es la cirugía que más rápidamente se ha difundido.

Desde diciembre de 1990 hasta el momento de escribir este artículo hemos practicado 60 colecistectomías laparoscópicas en la Clínica Dr. Abel González.

### INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

Es importante que los pacientes que llevemos a este procedimiento por lo menos al principio de la experiencia sean pacientes que no tengan la vesícula inflamada, ni sospecha de coledocolitiasis, aunque esto no es una contraindicación; ya se están reportando videos de Colecistectomía Laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda. La colangiografía operatoria es un procedimiento usual durante colecistectomía laparoscópica, y si se encuentra coledocolitiasis, muchos cirujanos endoscópicos prefieren extraer los cálculos a través del duodeno, en vez de explorar el conducto común por el método abierto. Aunque también ya, hemos visto videos de exploración del conducto común por laparoscopia.

La única contraindicación absoluta del método, además de las contraindicaciones usuales de la anestesia, es EL EMBARAZO.



FIGURA No.1. Equipo usado en laparoscopia: monitor, cámara, fuente de luz, insuflador, instrumental, bomba de hidrodissección.

(\*) De la Clínica Dr. Abel González. Ave. Independencia esq. Bernardo Pichardo, Santo Domingo, R.D.

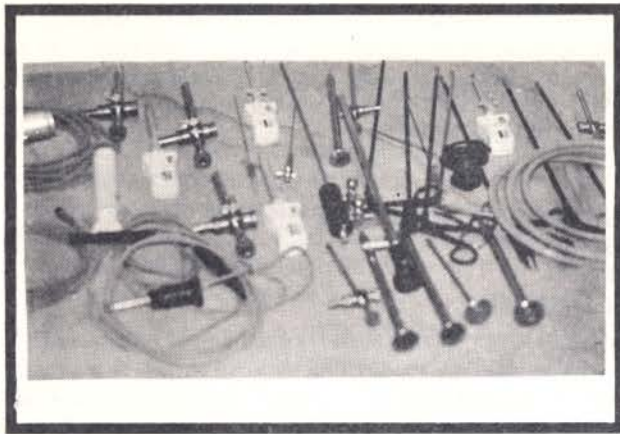


FIGURA No.2. Instrumental.



FIGURA No.3.: Paciente con los trocars situados. Al centro el Dr. Héctor Lebrón con la cámara; a la derecha el Dr. Danilo Espinal con las pinzas; al lado izquierdo el Dr. Abel R. González con un grapador, y a la derecha, al fondo, Oscar Trinidad, ayudante instrumentista.

### PROCEDIMIENTO

Bajo anestesia general se produce neumoperitoneo a una presión intra abdominal de 14 cm de agua, ya sea por inserción cerrada de la aguja de Veress, o por inserción abierta introduciendo el trocar bajo visión directa en pacientes que han sido previamente operados.

Usamos 4 punciones, una en el ombligo de 10 mm, una en el epigastrio de 10 mm, una en la línea claviclar media de 5 mm y otra en la línea axilar anterior, ambas por debajo del reborde costal. Por el ombligo se introduce el laparoscopio adaptado a una cámara de televisión, y mirando por la pantalla introducimos por los trocar auxiliares, pinzas, disectores, tijeras, clips y cauterio, para con éstos proceder a hacer la colecistectomía.

Después de extirpada la vesícula se extrae usualmente por la punción del ombligo y cuando hay piedra más grande que la punción se tritura la piedra o se amplía la incisión.

### REPORTE DE LOS PRIMEROS 60 CASOS

Las edades oscilaron entre 25 y 80 años: el sexo femenino 44 casos, masculino 16. El diagnóstico preoperatorio fue colelitiasis en todos los casos, pero el diagnóstico

postoperatorio fue de colecistitis subaguda en 25 casos y aguda en 4 casos; se usó en todos los casos una dosis de antibióticos perioperatoria y en 4 casos se siguió el antibiótico por 3 dosis (cefalexina 1G). En 30% de los casos no se usó analgésicos, y en 65% se usó una dosis solamente. En todos los casos, al paciente se le dio de alta a las 24 horas, menos en uno que se le dio de alta a las 48 horas; en 3 casos se convirtió de colecistectomía cerrada a colecistectomía abierta, uno debido a severa inflamación de la vesícula, otro a una fístula colecistoduodenal con el conducto común lleno de cálculos, y el paciente no hacía ictericia pues drenaba por la fístula, y el tercero el paciente presentaba cirrosis hepática con severa circulación colateral en la pared abdominal por hipertensión portal.

El tiempo operatorio fue de 20 minutos hasta 4 horas. Solamente se dejó drenaje a un paciente.

Salvo una colección sub-hepática en una paciente con una colecistitis subaguda muy inflamada, en la cual se practicó una disección muy laboriosa del lecho hepático, no hubo ninguna otra complicación mayor, ni operatoria, ni pulmonar, salvo tres ligeras infecciones en la incisión umbilical.

Todos los pacientes volvieron a sus trabajos de 4 a 6 días, en el postoperatorio.

### COMENTARIOS

Aunque parezca imposible, la colecistectomía laparoscópica es un método factible y de numerosas ventajas sobre otros métodos, para el tratamiento de la colelitiasis. Cuando uno pasa la curva del aprendizaje es un procedimiento sencillo y técnicamente más fácil que la colecistectomía abierta.

La ventaja para los pacientes son casi ausencia de dolor y por ende una disminución de las complicaciones pulmonares, no cicatriz, menos complicación de la incisión, vuelta a la vida normal más rápidamente. Además de una disminución de los días de hospitalización, lo que conlleva menos gastos para el paciente. La colección sub-hepática se pudo haber prevenido dejando un drenaje, ya que debemos tener presente el drenaje cuando esté indicado.

### RESUMEN

La colecistectomía cerrada llegó para quedarse y ofrece numerosas ventajas a los pacientes aquejados de cálculos a la vesícula biliar.

Ha llegado la era de la cirugía endoscópica y la podemos comparar con la era de la computadora, el que se niega a aceptarla y a aprenderla se quedó rezagado en el tiempo.

### BIBLIOGRAFIA

1. Reddick EJ, Oisen DO: Laparoscopic Laser Cholecystectomy: a comparison with Mini-Lap Cholecystectomy. Surg Endoscopy 1989 3: 131-133.