

Revisión

Comparación entre colecistectomía por métodos mínimamente invasivos y la colecistectomía clásica

A. Pagán Pomar*, J. Ruiz Roselló**, J. Lago Rodríguez**, J.A. Soro Gonsálvez***

Desde la realización de la primera colecistectomía por Langenbuch en 1882 a través de una incisión en T, se han propuesto unas vías de acceso distintas e incluso unos tratamientos no quirúrgicos alternativos.

El desarrollo de técnicas mínimamente invasivas ha estimulado a los cirujanos a desarrollar distintas técnicas que hagan factible el tratamiento de la patología biliar con una mínima agresión.

Nosotros revisamos nuestra práctica con 31 pacientes a los que se practicó colecistectomía a través de una incisión subcostal mínima y los comparamos a 216 pacientes a los que se practicó colecistectomía por medio de laparotomía transrectal derecha según la metodología tradicional.

*Adjunto Servicio de Urgencias.

**Adjunto Servicio de Cirugía General.

***Jefe de Departamento y Servicio de Cirugía General.

Hospital Son Dureta.

Pacientes y métodos

Revisamos 216 pacientes a los que se practicó colecistectomía por laparotomía transrectal derecha entre junio de 1986 y septiembre de 1987. Entre febrero y diciembre de 1991 se han practicado 31 colecistectomías a través de una incisión subcostal de 6 centímetros como longitud media (con unos límites entre 4 y 9 centímetros). La edad media de los pacientes fue de 56 años, límites entre 30 y 75 años, 13 varones y 11 hembras. Los dos grupos eran comparables entre sí, con una edad media, para los pacientes con colecistectomía por laparotomía transrectal de 58 años con límites entre 23 y 80 años, 74 varones y 142 hembras. En los dos grupos de pacientes se ha excluido el diagnóstico de coledocolitiasis. El diagnóstico que determinó la indicación quirúrgica en el grupo de colecistectomía por laparotomía transrectal fue de 93 pacientes con cólico biliar (43%), 67 con colecistitis aguda (31%), 52 con colecistopancreatitis (24%) y 4 con epiema vesicular (2%). Todos los pacientes fueron sometidos a fase de enfriamiento y operados entre 1,5 y 3 meses tras el brote agudo (Tabla I). Se comparan estancias hospitalarias, complicaciones postoperatorias y la fiabilidad de la ecografía como única prueba complementaria evitando la colangiografía peroperatoria salvo en los casos en que se apreciaban signos inequívocos que obligarían a su realización.

Técnica quirúrgica

La colecistectomía por laparotomía se realizó con anestesia general, mediante incisión transrectal derecha y en todos los pacientes se practicó colangiografía peroperatoria. Tras la colecistectomía se dejó un drenaje de penrose por contraincisión.

La colecistectomía por minilaparotomía con los pacientes bajo anestesia general, con una incisión subcostal de 6 centímetros de longitud de media y unos límites entre 4 y 9 centímetros. La posición del paciente eran en hiperextensión de la columna vertebral. Se practicó mioto-

**TABLA I
INDICACIÓN COLECISTECTOMÍA**

	Colecistectomía	
	M. clásico (n = 216)	Minilaparoscopia (n = 31)
Cólico biliar	93 (43 %)	15 (48 %)
Colecistitis aguda	67 (31 %)	14 (45 %)
Colecistopancreatitis	52 (24 %)	1 (6,5 %)
Empiema vesicular	4 (2 %)	1 (6,5 %)

mía del recto anterior. Se utilizaron hemoclips de Weeck para la oclusión de la arteria y del conducto cístico en la mitad de los pacientes y en el resto ligaduras dobles de seda de 2/0 para el conducto cístico y ligaduras simples para la arteria cística. Se practicó colangiografía peroperatoria en 18 de los 31 pacientes y se mantuvo drenaje aspirativo cerrado 24 horas en 24 de los 31 casos.

Resultados

En el grupo de 31 pacientes intervenidos por minilaparotomía la ecografía fue diagnóstica de colelitiasis en el 100 %.

La ecografía abdominal diagnóstico de colelitiasis a 190 pacientes de los 216 estudiados (87 %), informó la dilatación de la vía biliar principal sin coledocolitiasis en 11 casos (6 %), informó de coledocolitiasis no comprobada por colangiografía peroperatoria en 6 casos (2,7 %) y no informó de dilatación de vía bi-

liar principal, aunque sin coledocolitiasis, en 9 casos (4 %).

En ningún grupo hubo mortalidad. De los 31 pacientes intervenidos por minilaparotomía, 4 presentaron complicaciones, 8 % de los casos (1 arritmia cardíaca, 2 retenciones de orina y 1 infección de la herida).

De los 216 pacientes intervenidos por laparotomía transrectal derecha, 26 presentaron complicaciones postoperatorias, 12 % de los casos (11 infecciones de la herida, 3 filtraciones de bilis por orificio de drenaje, 1 hemorragia de la herida quirúrgica, 1 insuficiencia renal aguda de causa prerrenal, 7 íleos prolongados, 1 infección urinaria, 1 arritmia cardíaca y 1 neumonía) (Tabla II).

En el grupo de 216 pacientes se practicaron 14 coledocotomías por dilataciones documentadas al realizar la colangiografía peroperatoria sin que en ninguna de ellas se obtuviesen cálculos en el interior del colédoco; en 1 de las 14 coledocotomías se practicó una papiloplastia transduodenal.

**TABLA II
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS**

	M. Clásico 26/216	Minilaparotomía 4/31
Arritmia	1	1
Retención orina	0	2
Infección herida	11	1
Filtración bilis	3	0
Hemorragia herida	1	0
Insuficiencia renal	1	0
Íleo prolongado	7	0
Infección orina	1	0
Neumonía	1	0

TABLA III
COMPARACIÓN ENTRE MINILAPAROTOMÍA Y LAPAROTOMÍA

	Colecistectomía	
	M. Clásico	Minilaparotomía
Complicaciones postoperatorias	10 %	3,2 %
Estancia hospitalaria	9,5 días	3 días

La estancia hospitalaria en el primer grupo fue de 3 días como media con unos límites entre 1 y 6 días. Para el segundo grupo, colecistectomía por laparotomía, la estancia fue de 9,5 días con unos límites entre 5 y 37 días.

Discusión

La minilaparotomía es una buena vía de acceso para la extirpación de la vesícula biliar, que en nuestro caso siempre ha sido posible, si bien es cierto que los pacientes fueron previamente seleccionados y se excluyeron todos aquellos casos en los que la clínica-analítica hacía sospechar la presencia de coledocolitiasis y la ecografía detectaba la presencia de coledocolitiasis o mencionaba la existencia de una dilatación de la vía biliar principal.

Las complicaciones quirúrgicas a nivel local, atribuidas propiamente a la técnica quirúrgica desarrollada, se reducen significativamente en el grupo de la minilaparotomía presentando tan sólo 1 caso en que aparece infección de la herida (3,2 %), mientras existen 11 casos de infección de la herida, 3 filtraciones de bilis por el orificio de drenaje, 1 hemorragia de la herida laparotómica y 7 íleos prolongados en los pacientes con laparotomía transrectal derecha (10 %).

La estancia hospitalaria se reduce significativamente en el grupo de la minilaparotomía, 3 días, frente a la estancia

que presentan los pacientes con laparotomía transrectal derecha, 9,5 días. Esta estancia se ve favorecida en los pacientes que presentan problemas en el postoperatorio, y en estos pacientes es de 12 días como media con unos límites entre 8 y 33 días (Tabla III).

Todo ello y si tenemos en cuenta que esta técnica puede ser desarrollada con el mismo instrumental con el que se efectúa la laparotomía transrectal creemos que representa un elevado beneficio financiero y además de procurar menor número de complicaciones y menor dolor en el postoperatorio con ventajas estéticas añadidas.

La principal desventaja es la necesidad de una rigurosa selección de los pacientes ante la imposibilidad obvia de realizar técnicas quirúrgicas sobre el colédoco. Debiendo tener en cuenta la posibilidad de ampliar la incisión ante la presencia de cálculos en la vía biliar principal para evitar yatrogenias.

Bibliografía

1. Reddick EJ, Olsen DO. Laparoscopic laser colecystectomy. *Surg Endosc* 1989; 3: 131-133.
2. Grace PA, Quereshi A. Reducción de la hospitalización postoperatoria con la colecistectomía laparoscópica. *Br J Surg* 1991; 78: 160-162.
3. García-Valdecasas JC, Almenara R. Subcostal incision versus midline laparotomy in gallstone surgery: a prospective randomised trial. *Br J Surg* 1988; 75: 473-475.
4. Ruiz Rosello J, Pagán Pomar A, Gamundi Cuesta M, Abad de Castro S, Frau Tugores A, Soro González JA. Colecistectomía por minilaparotomía. *Medicina Balear* 1992; 7: 135-138.