

Editorial

Colecistectomía de única incisión: ¿una innovación segura?

Single-incision cholecystectomy: A safe innovation?

En los últimos 5 años hemos vivido una gran explosión en la aparición de innovaciones en la cirugía mínimamente invasiva. Todo se inició con la aparición de la colecistectomía transvaginal en 2007¹⁻³ y fue seguido por la colecistectomía de única incisión y puerto único⁴⁻⁶. Si bien estos nuevos accesos se han mostrado seguros en su desarrollo inicial, como se puede demostrar por las publicaciones primeras de series clínicas realizadas por grupos muy convencidos en el desarrollo de la técnica^{7,8} y por el Registro Nacional de Puerto Único⁹, en su uso expandido posterior nos puede suceder que atentemos contra la seguridad del paciente.

Al igual que cuando se universalizó el abordaje laparoscópico para la colecistectomía se pagó un precio en morbilidad sobre la vía biliar principal, estamos en un punto de inflexión en el que la universalización de la colecistectomía de única incisión podría repetir el error. Además, en este nuevo abordaje, la morbilidad a pagar puede ser doble: sobre las propias estructuras anatómicas del pedículo hepático y sobre la pared abdominal. Analizando los datos reportados en nuestro registro nacional, uno puede pensar que estamos ante una cirugía segura, pues la mortalidad en la colecistectomía es nula, así como la iatrogenia sobre la vía biliar en un total de 745 colecistectomías realizadas, además de tener una muy baja tasa de complicaciones del acceso umbilical. Pero esta visión es sesgada. En primer lugar, el registro da una foto fija de la situación en un momento determinado, pero no reporta el seguimiento a largo plazo de los pacientes. En segundo lugar, y creo que más importante, existe en el territorio nacional mucha casuística no reportada al registro y realizada bajo distintas técnicas, instrumentación y dispositivos, con escasa o nula intención de auditar el resultado inicial y a largo plazo.

La posibilidad de que exista mayor morbilidad postoperatoria con la cirugía de única incisión se empieza ya a comunicar en algunas publicaciones internacionales y esto nos debe alertar para que no suceda lo mismo en nuestro país. Ya en 2010 se empezaron a comunicar casos aislados de lesiones de vía biliar común y lesiones asociadas a nivel pedículo hepático^{10,11}. Garg et al.¹² comunican una lesión de vía biliar sobre una serie corta de 35 pacientes (el 2,85%) y una

necesidad de colocación de puertas adicionales en el 28,5% de los casos para finalizar con éxito el procedimiento. Joseph et al.¹³ realizan un metaanálisis que incluye 45 estudios con 2.626 pacientes, hallando una tasa de lesión de vía biliar del 0,72% en el grupo de colecistectomía de única incisión, cifra que casi dobla las aceptadas universalmente para la colecistectomía laparoscópica convencional de 0,4-0,5%.

Todo esto puede verse agravado por la situación que vivimos en la actualidad. La dificultad para incorporar los nuevos dispositivos de puerto único y los nuevos instrumentos articulados y precurvados a nuestro armamentario por el incremento del coste que esto supone hace que en algunos hospitales se realice cirugía de única incisión en condiciones subóptimas. Se está popularizando el uso del «glove-port»¹⁴, solución de bajo coste que no vamos a criticar en cuanto a lo que tiene de dispositivo artesanal que permite tener una única incisión que agrupa puertas de entrada y no tener fuga masiva de neumoperitoneo, pero que debemos poner en cuarentena cuando asocia el concepto de «todo vale». Con esto se quiere decir que, con frecuencia, vemos que se asocia el uso del guante como dispositivo al uso de instrumental recto, a ópticas de diámetro estándar y a angulaciones no adecuadas para la cirugía de única incisión.

Actuar sobre patología sin proceso inflamatorio actual o antecedente

Actuar sobre pacientes ASA I-II y con IMC bajos

Adecuada identificación de las estructuras pedículo de la vesícula biliar antes de su clipado y sección

Colocar puertas adicionales cuando sea necesario para conseguir lo anterior o para realizar una adecuada exposición, disección y extirpación del órgano diana

Emplear dispositivos homologados o con contrastada seguridad clínica para intentar minimizar al máximo los problemas derivados del uso de la técnica

Figura 1 – Recomendaciones para la colecistectomía de única incisión.

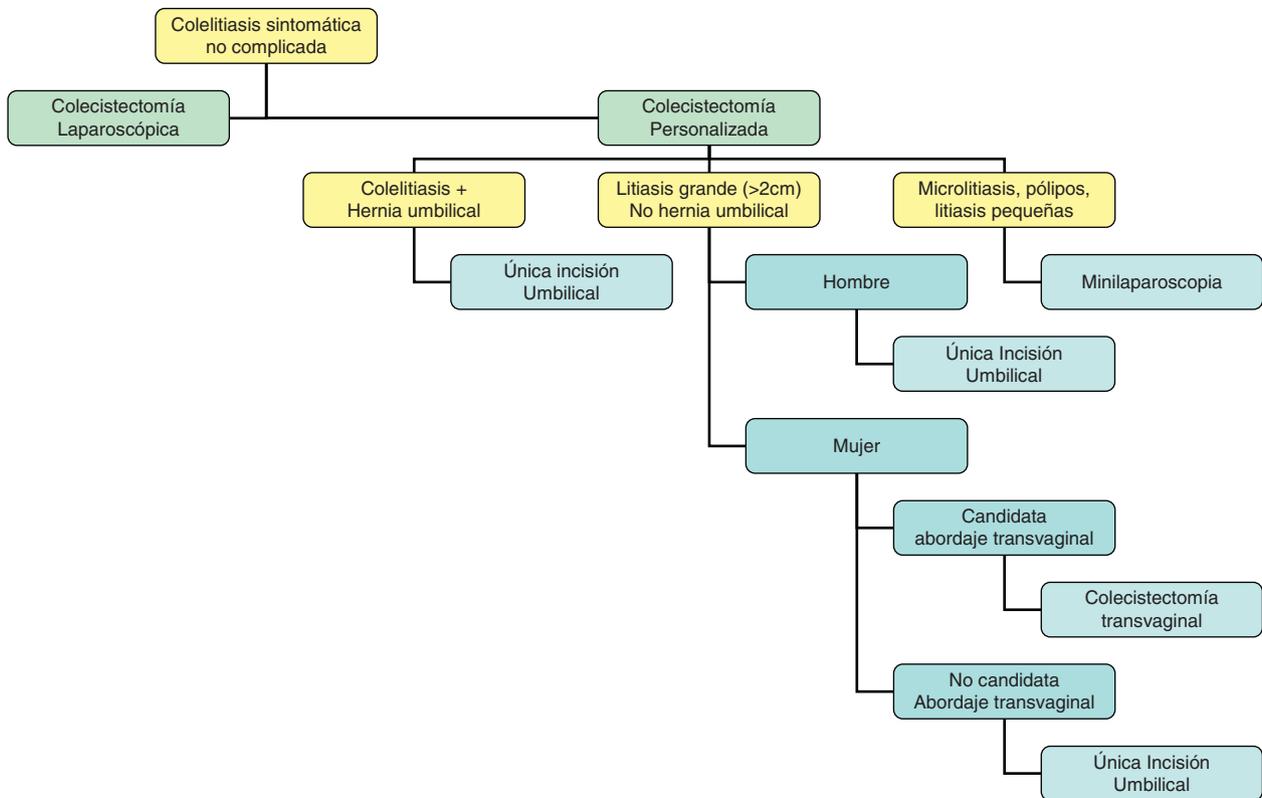


Figura 2 – Algoritmo de decisión en la colecistectomía endoscópica personalizada.

A todo esto debemos añadir que se puede asociar una inadecuada selección de los pacientes y una deficiente autocrítica, al existir mayor preocupación por la resolución del caso clínico individual que por el progreso global de la técnica y del abordaje, lo que puede llevar al desprestigio por un mal uso de los mismos.

Y no hemos analizado el problema potencial que tenemos sobre la pared abdominal. Es pronto para poder analizar lo que pasará a medio plazo con el abordaje umbilical, pero es de esperar que las series con seguimientos largos puedan ir comunicando morbilidad sobre el mismo. Las complicaciones en la puerta de entrada deberemos analizarlas de forma detallada, pues existen muchas preguntas todavía no respondidas respecto de este tema como pueden ser cómo realizar el cierre, si asociar o no prótesis o la tasa de infección y herniación postoperatoria.

Por todo ello, deberíamos poner atención en un uso juicioso del abordaje de única incisión para la colecistectomía con el fin de no repetir errores pasados al introducir la innovación en la cirugía de mínima invasión que tiene un potencial enorme. Con este fin, adjuntamos una serie de recomendaciones que siguen la mayoría de grupos de trabajo que se han preocupado por el desarrollo de esta técnica y que velan por el seguimiento de los casos realizados y la seguridad, partiendo desde una correcta indicación quirúrgica (fig. 1). En la indicación quirúrgica de la colecistectomía la aparición de todos estos nuevos abordajes nos lleva a veces a preguntarnos cuál es la técnica ideal para cada paciente, pues casi podemos elegir una «colecistectomía endoscópica a la carta». A modo de ejemplo

adjuntamos un algoritmo personal que es usado para la indicación de una colecistectomía mínimamente invasiva según la vía laparoscópica convencional o mediante el empleo de nuevos abordajes y técnicas (fig. 2).

Como dicen Berci et al.¹⁵ en un reciente editorial, en la colecistectomía laparoscópica nuestra primera premisa debe ser no hacer daño y la segunda, llevar cuidado con la presencia de litiasis en la vía biliar principal. La lesión de vía biliar principal se ha duplicado en la era de la laparoscopia respecto de la era de la colecistectomía abierta, y corremos el riesgo de que se vuelva a duplicar en la era de la colecistectomía de única incisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zorrón R, Maggioni LC, Pombo L, Oliveira AL, Carvalho GL, Filgueiras M. NOTES transvaginal cholecystectomy: preliminary clinical application. *Surg Endosc.* 2007;22:542-7.
2. Bessler M, Stevens P, Milone L, Parikh M, Fowler D. Transvaginal laparoscopically assisted endoscopic cholecystectomy: A hybrid approach to natural orifice surgery. *Gastrointest Endosc.* 2007;66:1243-5.
3. Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S, Wattiez A, Mutter D, Coumaros D. Surgery without scars: Report of transluminal cholecystectomy in a human being. *Arch Surg.* 2007;142:823-6.
4. Romanelli JR, Mark L, Omotosho PA. Single port laparoscopic cholecystectomy with the TriPort system: A case report. *Surg Innov.* 2008;15:223-8.

5. Merchant AM, Cook MW, White BC, Davis SS, Sweeney JF, Lin E. Transumbilical Gelport access technique for performing single incision laparoscopic surgery (SILS). *J Gastrointest Surg.* 2009;13:159–62.
6. Sasaki A, Ogawa M, Tono C, Obara S, Hosoi N, Wakabayashi G. Single-port versus multiport laparoscopic cholecystectomy: A prospective randomized clinical trial. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2012;22:396–9.
7. Lai EC, Yang GP, Tang CN, Yih PC, Chan OC, Li MK. Prospective randomized comparative study of single incision laparoscopic cholecystectomy versus conventional four-port laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg.* 2011;202:254–8.
8. Bucher P, Pugin F, Buchs NC, Ostermann S, Morel P. Randomized clinical trial of laparoendoscopic single-site versus conventional laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 2011;98:1695–702.
9. Moreno-Sanz C, Morandeira-Rivas A, Morales-Conde S, Targarona Soler EM, Salvador-Sanchís JL. Resto de participantes en el Registro Nacional de Cirugía Laparoscópica a través de Incisión Única. Cirugía laparoscópica a través de incisión única. Análisis del registro nacional. *Cir Esp.* 2012;90:298–309.
10. Lau KN, Sindram D, Agee N, Martinie JB, Iannitti DA. Bile duct injury after single incision laparoscopic cholecystectomy. *JSLs.* 2010;14:587–91.
11. Chiruvella A, Sarmiento JM, Sweeney JF, Lin E, Davis Jr SS. Iatrogenic combined bile duct and right hepatic artery injury during single incision laparoscopic cholecystectomy. *JSLs.* 2010;14:268–71.
12. Garg P, Thakur JD, Singh I, Nain N, Mittal G, Gupta V. A prospective controlled trial comparing single-incision and conventional laparoscopic cholecystectomy: Caution before damage control. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2012;22:220–5.
13. Joseph M, Phillips MR, Farrell TM, Rupp CC. Single incision laparoscopic cholecystectomy is associated with a higher bile duct injury rate: A review and a word of caution. *Ann Surg.* 2012;256:1–6.
14. Jeon HG, Jeong W, Oh CK, Lorenzo EI, Ham WS, Rha KH, et al. Initial experience with 50 laparoendoscopic single site surgeries using a homemade, single port device at a single center. *J Urol.* 2010;183:1866–71.
15. Berci G, Hunter J, Morgenstern L, Arregui M, Brunt M, Carroll B, et al. Laparoscopic cholecystectomy: First, do no harm; second, take care of bile duct stones. *Surg Endosc.* 2013;27:1051–4.

José F. Noguera

*Servicio de Cirugía General, Consorcio Hospital General
Universitario de Valencia, Valencia, España*

Correo electrónico: drjfnoguera@hotmail.com

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.06.001>