

Complicaciones biliares en colecistectomía laparoscópica

F.B. Hermo Mosqueira^a, B. Garea Cao^b, L. Bokser Fleser^c y A. Palomares y Díaz de Villegas^c

^aVocal de Formación Continuada de Semergen. A Coruña. Hospital Santa Teresa. ^bMédico General. Centro de Atención Primaria Os Mallos. ^cMédico General. Urgencias. Hospital Santa Teresa. A Coruña.

INTRODUCCIÓN

En la práctica médica habitual encontramos, con cierta frecuencia, a pacientes con colelitiasis. Utilizan el sistema de salud, sobre todo en situación de crisis de cólico biliar. Dado que un porcentaje de estos pacientes está asintomático y desconoce la posible evolución de esta patología, no acude a la consulta. Sería bueno que captásemos a aquellos que sí acudiesen para estudiarlos más a fondo con objeto de ver la posibilidad de utilizar los últimos avances tecnológicos: cirugía laparoscópica de vesícula biliar y de vías biliares. A propósito de ello se presenta un caso clínico, donde se utiliza dicha técnica con sus pros y sus contras.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 70 años de edad, que tras 9 días de una colecistectomía por vía laparoscópica comienza con fiebre de 38,5-39 °C y dolor en hipocondrio derecho (de tipo continuo); no tuvo náuseas, ni vómitos, catarsis normal. Aporta un informe de cirugía donde se describe una ecografía previa, en la que se visualizaba: una vesícula engrosada con múltiples imágenes ecogénicas de aproximadamente 15 mm de diámetro compatibles con cálculos que se movilizaban. El acto quirúrgico se reseña como muy laborioso debido a la gran obesidad de la paciente.

En el examen físico destaca la obesidad mórbida con un abdomen globuloso a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo, sin signos claros de reacción peritoneal. Fiebre de 38,8 °C.

La analítica sanguínea puso de manifiesto leucocitosis con desviación a la izquierda, estando el resto de parámetros hematimétricos y bioquímicos dentro de la normalidad.

En la radiografía de tórax se observó un pequeño derrame pleural, condensación en la base derecha y un neumoperitoneo en el espacio subfrénico derecho, que se interpretó como residual poscirugía.

La tomografía axial computarizada evidenció la presencia de una colección líquida perihepática con múltiples cálculos intraabdominales en su interior, localizados en el lecho de la vesícula y flotando en dicha colección líquida. No se observó líquido libre en otros sitios del abdomen. El resto sin particularidades (figs. 1-5).

Se ingresa a la paciente y se comienza el tratamiento con fluidoterapia, antibióticos por vía sistémica, analgésicos-antitérmicos y espasmolíticos. Se realizó una punción evacuadora, bajo seguimiento ecográfico, de la colección líquida perihepática. La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento instaurado sin necesidad de ser reintervenida quirúrgicamente.

A los 8 meses posteriores de este episodio, la paciente continúa asintomática. La rotura vesicular es una complicación que puede suceder en cirugías laparoscópicas laboriosas. El caso que se presenta constituye un hallazgo clínico interesante.

DISCUSIÓN

La cirugía laparoscópica de la vesícula biliar ha pasado a ser una alternativa cada vez más sólida a la cirugía convencional, ya que se han realizado miles de colecistectomías laparoscópicas hasta la fecha desde la introducción de esta técnica. Las complicaciones totales y, en especial, las biliares (bilirragias postoperatorias básicamente) han disminuido al consolidarse la experiencia laparoscópica.

El auge de la colecistectomía laparoscópica se ha producido por varios motivos:

El fracaso en la disolución de los cálculos biliares con los pobres resultados del ácido ursodesoxicólico.

La ineficacia a largo plazo de la litotricia extracorporal más el alto coste de los equipos.

La ausencia de cicatrices, la comodidad postoperatoria y el bajo coste de las intervenciones.

Indicaciones en atención primaria de la cirugía laparoscópica

- Colelitiasis y colecistitis.
- Exploración de las vías biliares.
- Coledocotomías y suturas de colédoco.
- Tratamiento de los quistes biliares simples.

Correspondencia: Dra. F.B. Hermo Mosqueira.
Hospital Santa Teresa.
C/ Sofía Casanova, 10. 2.º D. A Coruña.

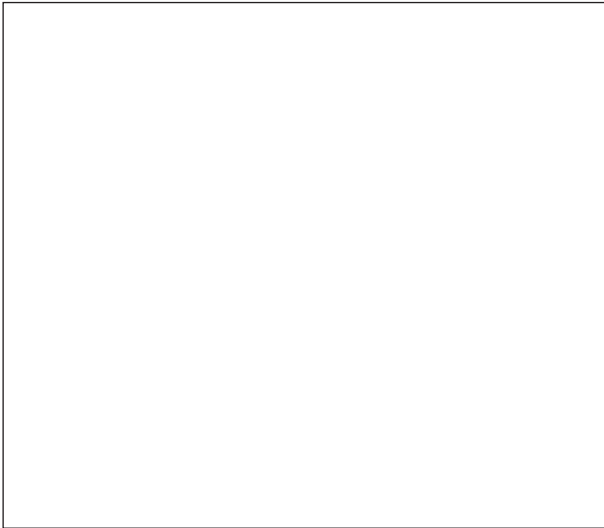
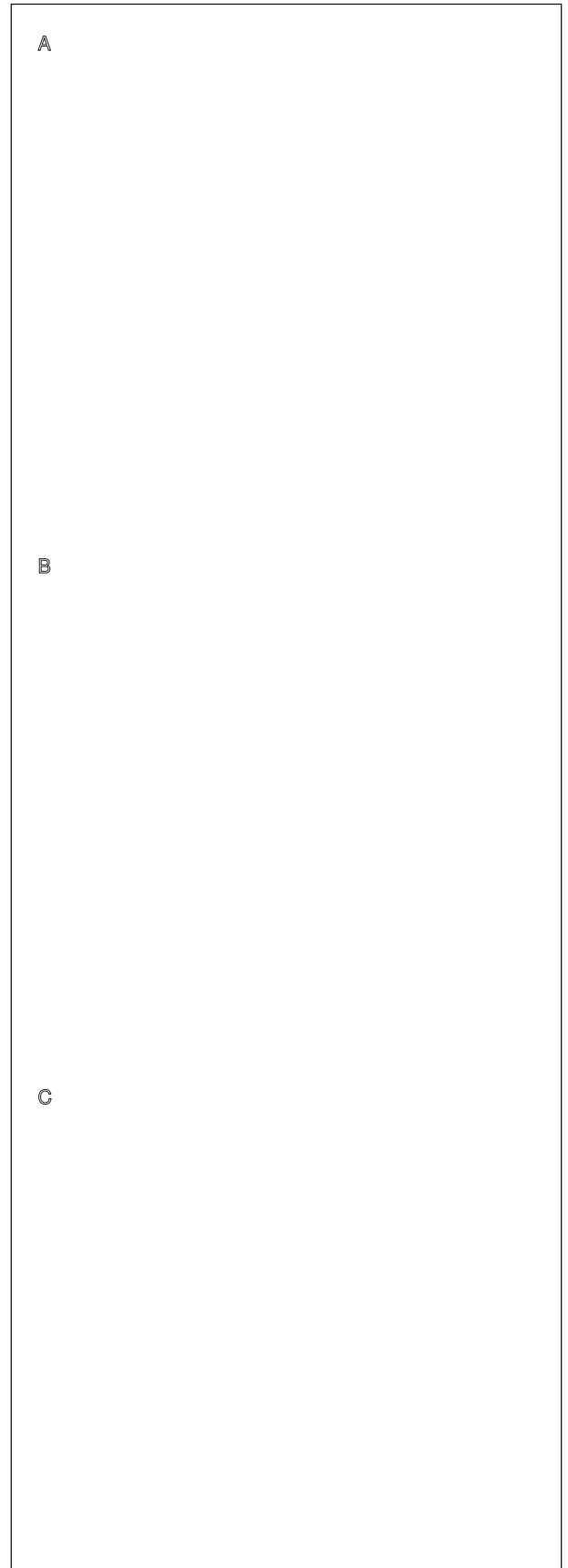


Figura 1. Dos imágenes cálcicas superpuestas redondeadas y una tercera imagen similar correspondientes a cálculos biliares.

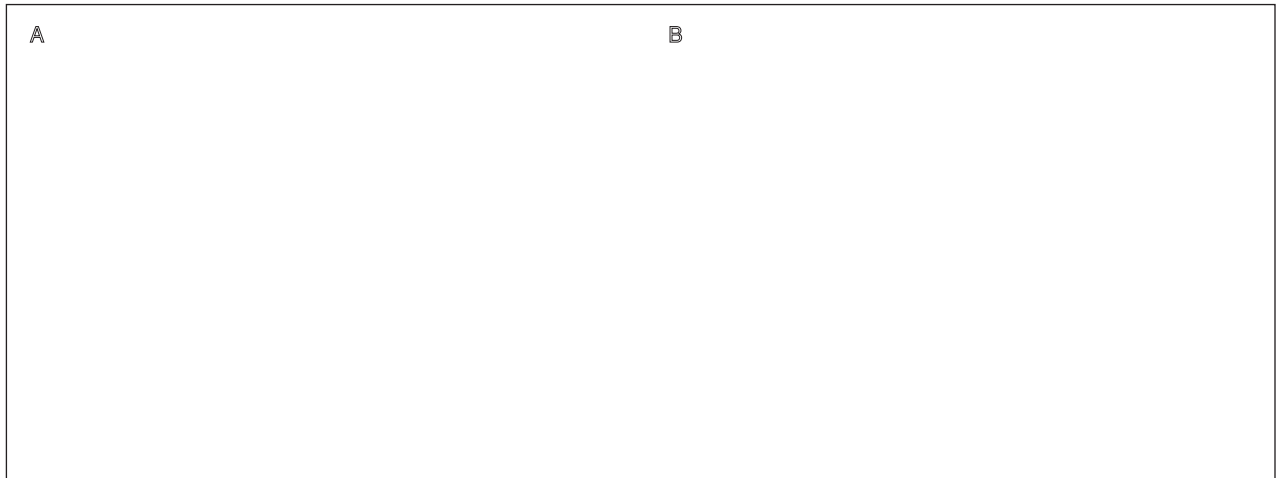


Figura 2. Dos imágenes superpuestas de cálculos biliares.

Figura 3. A la derecha se observa una hipodensa estrecha y alargada junto a dos cálculos biliares.



Figuras 4 A-C. A la derecha (A), se observa una zona hipodensa cada vez más amplia (líquido) junto a 2 cálculos biliares (B y C) que ocupan la parte superior y la inferior de la imagen.



Figuras 5 A y B. A la derecha de las imágenes, la misma zona hipodensa, mucho más amplia en la imagen A que en la B. En esta última, se aprecia un cálculo biliar.

- Ancianos y pacientes con patología respiratoria crónica.
 - Obesos, especialmente con hernia de hiato asociada.
- Se utilizará la cirugía convencional en las siguientes situaciones:
- Colecistitis aguda.
 - Adherencia múltiples o muy evolucionadas.
 - Vesícula esclerotrónica con importante fibrosis asociada.
 - Eventraciones poslaparotomía.

Contraindicaciones

Absolutas

- Pacientes con contraindicación formal para la anestesia general.
- Pacientes cirróticos con ascitis y/o alteraciones severas de la coagulación.
- Pacientes multioperados con bloqueo adherencial de la cavidad abdominal.
- Eventraciones poslaparotomía.

Relativas

- La obesidad.
- Colecistitis de repetición, de larga evolución y asociados a grandes cálculos vesiculares.
- La propia colecistitis aguda.
- Determinadas variantes anatómicas y malformaciones que puedan dificultarla.

Complicaciones

Graves:

- La perforación visceral básicamente del duodeno y del ángulo hepático del colon.
- La lesión de la vía biliar principal.
- La hemorragia por sección de la arteria cística o alguna de sus ramas, que es la complicación más frecuente.

Existen otras complicaciones menos graves y de relativa fácil solución en cirugía laparoscópica: la perforación de la vesícula biliar (favorecida por el engrosamiento de la pared y/o por cálculos enclavados que producen vesículas a tensión).

La caída de bilis y cálculos en cavidad peritoneal libre (el olvido de alguno de estos cálculos no tiene repercusiones para el paciente) al extraer la vesícula, el problema más común.

En ocasiones, la disección vesicular del lecho hepático puede ser difícil e incluso hemorrágica.

Ventajas

Cuidados postoperatorios simples y casi no hay dolor.

- El tránsito intestinal se restablece de inmediato (12 a 24 h), con ausencia de íleon paralítico.
- La necesidad de medicación es mínima y se reduce la estancia y el coste hospitalarios.
- Ausencia de secuelas quirúrgicas estéticas (cicatrices). Más importante la ausencia de eventraciones poslaparotomía.
- La evisceración es casi imposible y la infección muy infrecuente.
- La ausencia de secuelas respiratorias: especial indicación en ancianos y/o pacientes con problemas respiratorios.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesta C, Cabre C. Disolución de los cálculos biliares con ácido ursodesoxicólico: estudio espectrográfico de los cálculos no disueltos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1986; 70: 37-41.
- Feliu Palá, Fernández Sallent E. La colecistectomía laparoscópica en los Hospitales comarcales de Catalunya. *Cir Lap Endosc* 1994; 1: 48-53.
- Go PM, Schol F, Gouma DJ. Laparoscopic cholecystectomy in the Netherlands. *Br J Surg* 1993; 80: 1180-1183.
- Paredes Cotore JP, Carrillo Pallarés A, Ramírez Felipe JA. La colecistectomía laparoscópica en España: estudio multicéntrico de 2.432 enfermos. *Rev Esp Enf Digest* 1994; 85: 19-26.
- Peris Sat J, Collet D, Vitale G, Belliard R, Sosso M. Laparoscopic treatment cholecystectomy and lithotripsy *Surg Endosc* 1990; 4: 1-5.
- Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Staroscik RN et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A Meta-analysis. *Ann Surg* 1996; 224: 609-620.
- Targarona EM, Marco C, Balagué C, Rodríguez J, Hoyuela C, Espert JJ et al. Lesión quirúrgica de la vía biliar: análisis comparativo entre la colecistectomía laparoscópica y la convencional. *Cir Esp* 1997; 62: 195-202.