

Cirugía de las vías biliares: Colectectomía laparoscópica

Leonardo J. Henríquez

Hospital de Clínicas Caracas

La laparoscopia es un método quirúrgico insuficientemente usado en el pasado que recientemente ha adquirido un gran auge debido a la posibilidad de expandir su utilidad, al permitir extraer la vesícula sin necesidad de una laparotomía exploradora.

Esta intervención se practica con una técnica muy similar a la extirpación de la vesícula con el abdomen abierto, pero con una gran cantidad de ventajas sobre la técnica clásica.

Las indicaciones, contraindicaciones, ventajas y complicaciones son descritas en este artículo.

La cirugía de la vesícula biliar ha cambiado en forma drástica en los últimos dos años debido al desarrollo de alta tecnología en equipos audiovisuales que han permitido acoplar una microcámara con el laparoscopio, cámara que a su vez va conectada a dos monitores de televisión y de esta manera obtener un adecuado campo visual para la extirpación de la vesícula biliar sin necesidad de abrir el abdomen.

Las indicaciones para la colectectomía laparoscópica son básicamente las mismas que para la colectectomía clásica con la salvedad de algunas contraindicaciones relativas.

Entre las contraindicaciones cabe señalar en primer lugar, el cuadro de colecistitis aguda el cual no es aconsejable tratarlo con este método durante la etapa inicial en la práctica de esta técnica; algunos autores que inicialmente consideraron la colecistitis aguda una contraindicación absoluta actualmente practican esta técnica en la mayoría de dichos casos. La presencia de adherencias en el área operatoria como consecuencia de operaciones previas en esta región del abdomen igualmente debe considerarse una contraindicación para el operador inexperto, ya que esto implica una variación en la técnica que requiere cierta destreza y experiencia, al igual que lo requeriría un caso similar que es tratado por colectectomía clásica. Obesidad, operaciones previas

en el área pélvica, vesícula escleroatrófica o cálculos grandes en el ultrasonido no son contraindicaciones para la realización de esta operación.

La técnica de esta operación consiste en lo siguiente: se practica un neumoperitoneo de la manera usual con aguja de Veress que se introduce a través de la herida umbilical. Una vez obtenida una presión suficiente, un trócar de 10 mm penetra en la cavidad abdominal por la misma herida, a través del cual se introduce el laparoscopio que se conecta a la microcámara, y a su vez ésta se conecta con los dos monitores de televisión. Bajo visión directa en los monitores se introducen otros tres trócares, uno en la línea media abdominal, otro en la línea media clavicular y otro en la línea axilar anterior. Se introducen las micropinzas a través de los trócares y se obtiene adecuada exposición del área donde se encuentra el conducto cístico, retrayendo el fondo y el bacinete de la vesícula con dichas pinzas. Con la pinza del operador se practica la disección del conducto cístico así como de la arteria cística. El conducto cístico en su porción distal (cercano a la vesícula) se ocluye con una grapa y se practica un pequeño corte en la parte alta del mismo a través del cual se introduce un catéter especial con el cual se practica la colangiografía peroperatoria.

Se retira el catéter y se cierra el conducto cístico en su porción proximal con otras dos grapas. La arteria cística igualmente se ocluye con grapas y se seccionan el conducto y la arteria cística entre las grapas. Se procede a disecar la vesícula del lecho hepático con electrocoagulación.

Se practica hemostasia del lecho hepático y se extrae la vesícula a través del orificio umbilical.

Se vacía cuidadosamente el neumoperitoneo, se cierra la herida umbilical y se aproxima la piel de todas las heridas con puntos subcuticulares.

El paciente es dado de alta el mismo día o al día siguiente de la operación.

Las ventajas de esta intervención sobre la operación de vesícula tradicional incluyen:

1. El dolor es de menor intensidad, requiriendo los pacientes calmantes ocasionales por las primeras 48 horas.
2. El coste total se reduce en un 25-30%
3. El paciente puede ser dado de alta el mismo día o al día siguiente.
4. La rápida reincorporación a la rutina diaria (actividades normales a la semana de operado en contraste con 3 a 6 semanas que es lo usual para la operación clásica).
5. La cicatriz es muy poco visible, en lugar de las heridas de colecistectomía clásica que miden entre 7 y 20 cm de longitud.
6. No existe parálisis gastrointestinal transitoria pudiendo el paciente ingerir alimentos a las pocas horas de la intervención.
7. Menos problemas respiratorios debido a que el dolor es de menor intensidad, lo cual a su vez permite a los pacientes respirar con mayor profundidad y disminuir la posibilidad de atelectasias.

Las desventajas más importantes de esta ope-

ración son, en primer lugar, el hecho de que el equipo es sumamente costoso lo cual atrasa la difusión de esta técnica, y en segundo lugar, el hecho de que esta operación requiere que todo un equipo de cirujanos tenga un entrenamiento especial, ya que es un trabajo imposible para un solo cirujano.

Las complicaciones inherentes a la operación son básicamente las mismas que las de la colecistectomía clásica.

La posibilidad de daño a una víscera hueca o a un vaso sanguíneo durante la introducción de la aguja de Veress o de los trócares es infrecuente debido al mecanismo protector de dichos instrumentos, siempre y cuando se utilice una técnica adecuada. El posible daño a una estructura vascular en el área de entrada de los trócares ocurre en un bajísimo porcentaje de los casos y la gran mayoría ceden con presión local.

No queda la menor duda que esta técnica constituye unos de los avances más importantes de la cirugía abdominal en los últimos tiempos y que su proyección hacia el futuro abre un nuevo horizonte en el tratamiento de las enfermedades de los órganos intraabdominales.

Sociedad Americana del Cáncer

El Cuerpo de Directores de la Sociedad Americana del Cáncer, por recomendación de sus Comités para Avanzar la Lucha Mundial Contra el Cáncer, ha establecido un programa, "Audrey Meyer Mars" de Becas Internacionales para Oncología Clínica. El propósito de estas becas es proveer un año de entrenamiento avanzado en tratamiento clínico de cáncer en un centro de cáncer en los Estados Unidos, para capacitar a médicos y cirujanos de otros países.

Dos o tres becas serán ofrecidas cada año, una a un candidato de un país específico seleccionado por el Comité de la Sociedad para el Avance de la Lucha Mundial Contra el Cáncer, y las otras para candidatas de países en desarrollo. El número de becas en cada año dependerá del interés generado para la donación de fondos establecidos por la donante, la finada Sra. Audrey Meyer Mars.

Nos place informarles que el Comité ha designado a Venezuela como el país prioritario para las becas de 1995. Esto significa que los aspirantes calificados de Venezuela tendrán preferencia para una de las becas ofrecidas ese año. Este anuncio se hace con anticipación debido al tiempo necesario para que los candidatos cumplan los requerimientos administrativos para participar en las instituciones que entrenarán.

Un folleto con instrucciones puede ser solicitado a:

American Cancer Society, Inc.
1599 Clifton Road, N.E.
Atlanta, Ga 30329-4251

En el folleto figura la lista de los centros de cáncer participantes, a los cuales debe pedirse los formatos para hacer la solicitud.