

Manejo de hallazgos poco comunes durante la colecistectomía: Quiste de colédoco, cáncer de vesícula colangiocarcinoma

Dr. Alejandro Mondragón Sánchez

Introducción

Al momento actual la colecistectomía laparoscópica es considerada el estándar de oro en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular sintomática, junto con otras enfermedades benignas de la vesícula biliar. Además la difusión del uso rutinario de la laparoscopia en los últimos años ha generado un incremento en la aceptación de cirugía de vesícula biliar en estados patológicos más tempranos. Como consecuencia muchas patologías asociadas pueden pasar desapercibidas, y ser hallazgos durante el procedimiento quirúrgico.

Estas patologías asociadas pueden ser desde parasitos, cirrosis hepática, quistes de colédoco, cáncer de vesícula, cáncer de vías biliares o hepáticas, o masas hepáticas tanto benignas como malignas. El cirujano que realiza de manera rutinaria este tipo de procedimientos debe estar siempre preparado para tomar la decisión correcta de acuerdo al hallazgo.

En este resumen se tratarán los hallazgos más importantes y más frecuentes.

Cáncer de vesícula biliar

Como consecuencia del amplio uso de la laparoscopia para la cirugía de vesícula biliar, el hallazgo de cáncer de vesícula de manera incidental también se ha incrementado, y el hecho de diagnosticarlo en etapas más tempranas ha modificado su evolución natural; sin embargo, el cáncer de vesícula sigue siendo una enfermedad potencialmente letal con un pronóstico desfavorable. El manejo de este hallazgo incidental por laparoscopia es controversial.

El cáncer de vesícula biliar es un hallazgo incidental en alrededor del 2-3% de los pacientes, y al menos la mitad de estos casos son descubiertos durante o después de la colecistectomía laparoscópica para enfermedad benigna.

Su descubrimiento temprano también representa un estadio oncológico más temprano teniendo como consecuencia un incremento en la sobrevida a largo plazo. Los pacientes con cáncer de vesícula biliar descubiertos incidentalmente tienen una mayor sobrevida comparados

con aquéllos en los cuales el diagnóstico se realiza en el preoperatorio (sobrevida a 5 años de 15 versus 33%).

Por lo tanto, el cirujano general debe estar preparado para el manejo de este tipo de cáncer encontrado de manera incidental. Es de suma importancia no violar los principios oncológicos en la primera cirugía en caso de que se necesite una reoperación con objetivo oncológico radical. Por ésta razón el cirujano haciendo la colecistectomía laparoscópica debe seguir estas reglas sencillas:

- 1) Realizar un perfil diagnóstico preoperatorio completo.
- 2) Cuando haya duda, convertir el procedimiento laparoscópico abierto.
- 3) Tratar de preservar la integridad de la vesícula biliar y manipularla lo menos posible.
- 4) Cerrar posibles fugas de la pared con clips o endoloop.
- 5) Usar siempre una bolsa de extracción para sacar la pieza.
- 6) Realizar inspección minuciosa de la pieza una vez extraída.
- 7) En caso de duda, solicitar estudio transoperatorio.
- 8) Evacuar el neumoperitoneo con los trocares *in situ*.

Durante la colecistectomía se ha reportado una incidencia del 25-30% de lesión incidental de la pared vesicular lo cual claramente afecta el pronóstico en casos de cáncer incidental.

La colecistectomía simple es un tratamiento adecuado únicamente para las etapas más tempranas del cáncer como estadios Tis y T1a, y la reintervención se recomienda para casos de tumores en estadio T2 y más avanzados; sin embargo, todavía existe controversia en el caso de tumores en estadio T1b para ser sometidos a cirugía radical. Asimismo durante la reoperación no existe evidencia que sustente si la resección hepática es el tratamiento adecuado en estos casos, y que pueda prevenir la recurrencia.

El manejo del cáncer de vesícula como hallazgo incidental sigue siendo controversial por la dificultad para comparar datos derivados de estudios con estandarizados. El único elemento que parece ser

*Cirujano en Práctica Privada, Centro Médico Toluca, Metec, Edo de México y Hospital ABC, Santa Fe.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicographic.com/cirujanogeneral>

constante, es aquel que confirma que el pronóstico depende estrictamente del estadio y de la posibilidad de lograr resecciones R0 (sin ningún elemento residual macroscópico).

Cuando el cáncer de vesícula es diagnosticado por el patólogo en el postoperatorio, es muy importante reevaluar a los pacientes con tomografía computada, RMN o pet scan enfocados en el lecho vesicular, sitios de trócares y peritoneo e incluso en algunas ocasiones una revisión de laminillas con una segunda opinión. Todo esto son el objetivo de: confirmar el estadio oncológico, especificar el sitio exacto del tumor, obtener una evaluación completa del conducto cístico y evaluar si el ganglio cístico fue incluido en la resección.

La reoperación tiene como indicación dos objetivos claros: la resección del parénquima hepático con estructuras adyacentes para obtener una resección R0 y la limpieza de los ganglios linfáticos.

La colecistectomía laparoscópica no afecta la sobrevida en casos de hallazgo incidental de cáncer de vesícula, si es que se preservan rutinariamente los principios oncológicos en caso de una reintervención

Cirrosis hepática

La colelitiasis en pacientes cirróticos ocurre con el doble de frecuencia que en la población general, con una incidencia reportada de alrededor del 12 versus 5% de la población abierta.

En el pasado cuando alguno de estos pacientes necesitaba colecistectomía era invariablemente realizada como procedimiento abierto, aún cuando la laparoscopia ya estaba disponible; sin embargo, la colecistectomía abierta ha sido asociada a un incremento importante en la pérdida sanguínea, tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria, comparado con aquellos operados por cirugía laparoscópica. La morbimortalidad es hasta del 23 y 20% respectivamente.

A pesar de la popularidad de la colecistectomía laparoscópica, la cirrosis era considerada como una contraindicación o indicación para conversión; sin embargo, el progreso tecnológico y en la depuración de la técnica, ya reportado en la literatura ampliamente, han demostrado un incremento en la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes cirróticos con clasificación de *Child Pugh A* o *B*; siempre y cuando la técnica sea refinada y cuidadosa.

La técnica laparoscópica en casos con clasificación de *Child Pugh C*, es aún controversial, y puede utilizarse como alternativa la colecistectomía subtotal. La cual también es recomendable en pacientes con hilio, o lecho vesicular difícil.

Quistes de coléodo

Durante la vida adulta se encuentran un número considerable de quistes de coléodo. Durante la colecistectomía laparoscópica el ultrasonido abdominal no identifica de manera correcta los quistes, y muchas veces la imagen es interpretada como la vesícula biliar septada o dilatada. Una vez identificado, lo más correcto es realizar una colangiografía directamente del quiste, para definir su morfología, clasificación, anatomía intrahepática, estenosis y defectos de llenado polipoide que sugieran carcinoma.

Las posibilidades bien reconocidas de los quistes de coléodo de presentar como complicaciones colangitis ascendente, así como carcinoma especialmente en el adulto, obligan a la resección para prevenir el desarrollo de la misma. Por lo tanto, el manejo definitivo del quiste de coléodo consiste en su resección y reconstrucción en Y de Roux, con hepaticoyeyunostomía.

Este procedimiento puede ser realizado por laparoscopia o de manera abierta, pero dependerá mucho de la experiencia y habilidad del grupo quirúrgico.

Referencias

1. Duffy A, Capanu M, Abou AGK, Huitzil D, Jarnagin W, Fong Y, et al. Gallbladder cancer (GBC): 10 year experience at Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre (MSKCC). *J Surg Oncol* 2008; 98: 485-489.
2. Shih SP, Schulick RD, Cameron JL, Lillemoe KD, Pitt HA, Choti MA, et al. Gallbladder cancer: the role of laparoscopy and radical resection. *Ann Surg* 2007; 245: 893-901.
3. Hueman MT, Vollmer CM, Pawlik TM. Evolving treatment strategies for gallbladder cancer. *Ann Surg Oncol* 2009; 16: 2101-2115.
4. Pietrabissa A, Boggi U, Di Candio G, Julianotti PC, Sartoni G, Mosca F. Unsuspected choledochal cyst during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 1995; 9: 1127-1129.
5. Shaikh AR, Muneer A. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. *JSL* 2009; 13: 592-596.
6. Delis S, Bakoyannis A, Madariaga J, Bramis J, Tassopoulos N, Dervenis C. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients: the value of MELD score and Child-Pugh classification in predicting outcome. *Surg Endosc* 2010; 24: 407-412.