

MÓDULO II. VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

Vesícula biliar de pesadilla

Dr. José Humberto Vázquez Sanders, FACS

Participantes en el panel en el Congreso del Colegio Americano de Cirujanos, realizado en la Cd. de Chicago III. USA en Oct. 2012

Constantine V. Godellas, MD, FACS; Sharon O'Keefe, MD, FACS; Mehra Golshan, MD, FACS; Nathaniel J Soper, MD, FACS

Resumen del panel y comentarios

Podemos afirmar el hecho de que la colecistectomía es una operación peligrosa, y frecuentemente genera pesadillas en el cirujano. En un caso electivo suele ser una operación muy regulada, no dando lugar a que el cirujano realice sustantivas modificaciones a la técnica operatoria estándar, en cambio en la colecistitis aguda el equipo quirúrgico se ve en la situación de poner de manifiesto el ingenio, la imaginación y astucia para realizar un procedimiento exitoso.

Vesícula biliar de pesadilla no es lo mismo que "vesícula biliar difícil", hay vesículas biliares aparentemente fáciles de extirpar, que pueden convertirse en una pesadilla para el cirujano y su grupo.

En algunos pacientes con colecistitis aguda, clínicamente muy sintomáticos, los hallazgos laparoscópicos son semejantes a los que se observan en los casos electivos, como escasos edemas y adherencias, la anatomía conservada, el pedículo fácilmente abordable y una disección simple del lecho vesicular. Por el contrario, en algunos pacientes oligosintomáticos se encuentra un gran componente inflamatorio, es decir una colecistitis aguda "no sospechada".

Es por esto que el cirujano endoscopista debe estar familiarizado no sólo con el procedimiento, sino con las posibles alternativas técnicas; porque aun cuando seleccione a sus pacientes, en cualquier momento se puede encontrar con un cuadro agudo inesperado, y convertirse en una pesadilla el manejo.

Las causas más frecuentes para que el cirujano tenga "pesadilla" posterior a una colecistectomía laparoscópica son: la mala capacitación del cirujano y su grupo, incluido en esto no cumplir la curva de aprendizaje, la vesícula fácil y el cirujano con prisa y el utilizar instrumental de mala calidad o reutilizado.

Hay que recordar las limitantes de la colecistectomía laparoscópica, como son el necesitar instalaciones adecuadas con equipo e instrumental de alta tecnología. El personal necesita estar capacitado en el procedimiento a realizar, y tener el conocimiento de los recursos necesarios para la cirugía.

En la colecistectomía laparoscópica se necesita producir neumoperitoneo al paciente, y esto puede desencadenar complicaciones cardiopulmonares.

Las imágenes que proyectan la gran mayoría de los equipos actualmente trabajan en dos dimensiones, y el cirujano y su grupo requieren adaptarse a esta situación.

Otra limitante son las hemorragias, y en especial cuando éstas son importantes; además de que su control puede ser difícil. El oscurecimiento que produce está del campo operatorio, por absorber la luz de la fuente. Otro punto importante es que no se puede palpar, y la consistencia de las superficies de los órganos y tejidos son imaginarias. El cirujano debe a base de experiencia suprir este sentido.

Existen puntos básicos en la colecistectomía laparoscópica, como son: encontrar y sujetar adecuadamente la vesícula, disecar en forma anterógrada la vesícula e identificar el triángulo de Callot, movilizar el infundíbulo de la vesícula, identificar la unión del conducto cístico al hepático, y por último estar seguro al colocar grapas y localizar correctamente los sitios donde utilizar la electrocirugía.

Las colecistectomías difíciles son aquellas que se etiquetan como colecistitis aguda severa, la gangrena vesicular, el piocolécisto o hidrocolecisto, la vesícula escleroatrófica o el paciente portador de cirrosis hepática con insuficiencia o hipertensión portal. Otras colecistectomías consideradas difíciles son: la perforación vesicular, la vesícula en porcelana, la colecistitis xantogranulomatosa, el síndrome de Mirizzi, la fistula colecistointestinal y la colecistectomía en pacientes del sexo masculino por las alteraciones anatómicas que con frecuencia estos presentan.

Las recomendaciones para realizar una colecistectomía más segura son: usar lentes u ópticas angulares de 30° cuando se amerita aplicar un puerto adicional, con objeto de facilitar la disección. Otra recomendación es puncionar la vesícula en los casos de encontrarla con mucha tensión, y sujetarla firmemente a nivel la pared del fondo vesicular, con una pinza tipo Grasper fuerte y segura. Si la disección de la unión del cístico al hepático

es difícil, el cirujano puede iniciar la colecistectomía por el fondo vesicular (disección retrógrada), o realizar colecistectomía a nivel del infundíbulo o bolsa de Hartmann para guiarlo en su disección, y así llegar al conducto cístico.

En casos extremos podemos dejar *in situ* la pared posterior de la vesícula, cauterizando la mucosa libre a la cavidad, para evitar secreciones de esta o las adherencias a este sitio que se pueden generar. En casos de duda durante el procedimiento el cirujano puede apoyarse en otros cirujanos que se encuentren cerca de la sala de operaciones.

Existen maniobras técnicas sugeridas en la disección de esas vesículas difíciles, como realizar colangiografía transvesicular para esclarecer la desembocadura del cístico al conducto colédoco.

Al realizar colecistografía transoperatoria podemos ver la desembocadura del cístico, excepto cuando hay cálculos impactados en este sitio. El estudio colangiográfico en ocasiones puede dar un mapa de los conductos intrahepáticos de los segmentos IV y VII inflamados, y el cirujano tomarlo como puntos orientadores en su disección.

Otra maniobra útil puede ser utilizar el ultrasonido transoperatorio. Éste ayuda a identificar la desembocadura del cístico o la existencia de litos en la vía biliar. En algunos casos el gran tejido inflamatorio o fibrótico impide identificar el conducto cístico; en estas situaciones se puede ligar el cístico en su salida inmediata del infundíbulo, aunque quede un conducto largo.

En los casos que se tiene duda al ligar el cístico, se puede dejar sin ligar, pero colocando siempre un drenaje en la zona, con la gran posibilidad de que si no existe aumento en la presión intracoledociana este conducto abierto cierre en los siguientes días. En caso de no cerrar esta fistula en un tiempo prudente no mayor a 30 días, se puede aplicar por colangiografía retrógrada transduodenal una prótesis de colédoco, y complementarla con una papiloesfinteroplastía.

El cirujano debe conocer alternativas de estrategia en estos casos difíciles, como realizar una colecistectomía

laparoscópica retrógrada, una colecistectomía subtotal o una colecistectomía.

Otra sugerencia en estos casos de colecistectomía difícil es que el cirujano debe imaginar la trayectoria de la vía biliar con base en su experiencia, y realizar su disección con instrumentos romos como la cánula de aspiración. Por último, otra alternativa es el realizar una conversión a colecistectomía abierta.

Lengyel y colaboradores en la revista *Surgery* de 2012, refieren que si no se tiene un avance en la disección, y el tiempo quirúrgico es prolongado ($>$ de 1 hora, sin avance en la disección) se recomienda la conversión a cirugía abierta. Con esto se acorta el tiempo quirúrgico, y se disminuyen los riesgos de complicaciones.

Se debe tomar en cuenta que la conversión cuando es electiva no es una complicación, sino un arma que el cirujano tiene para prevenir complicaciones. Éstas se presentan en cualquier momento del procedimiento, y se convierten en una pesadilla para el cirujano y su equipo.

Dentro de los cuidados postoperatorios se debe vigilar la evolución atípica del paciente, y en esto la manifestación del paciente de dolor abdominal, la distensión, los vómitos, la aparición de ictericia, la aparición de exudados a través de heridas o drenajes y la fiebre son signos y síntomas anormales que indican complicaciones inherentes al procedimiento, y el cirujano debe realizar estudios encaminados a establecer el diagnóstico de alguna complicación operatoria.

Como conclusiones a esta pesadilla en la colecistectomía laparoscópica, decimos que el cirujano debe pensar que puede ocurrir una complicación en todo procedimiento quirúrgico.

Se debe estar capacitado, y haber cubierto su curva de aprendizaje para estar preparado al realizar estudios transoperatorios necesarios para ofrecer una seguridad a su paciente, ser conscientes de nuestras limitaciones, conocer todos los recursos del hospital en que trabajamos, y saber con quién, cómo y a dónde recurrir si llega a ser necesario trasladar al paciente para el manejo de alguna complicación.