

Influencia de la cirugía abdominal previa en el aspecto clínico posoperatorio en la colecistectomía laparoscópica

Influence of previous abdominal surgery in the postoperative clinical aspect of laparoscopic cholecystectomy

Dr. Valdemir José Alegre Salles

Universidad de Taubaté. San Camilo, Taubaté, Sao Paulo, Brasil.

RESUMEN

Objetivo: analizar si la cirugía abdominal previa es un obstáculo en la evolución clínica posoperatoria de la colecistectomía laparoscópica.

Métodos: análisis retrospectivo de la evolución posoperatoria de 40 pacientes con cirugía abdominal anterior a la colecistectomía videolaparoscópica en comparación con un grupo de control sin cirugía.

Resultados: no hubo diferencias en los resultados clínicos entre los grupos con y sin cirugía previa en relación con los vómitos, el restablecimiento de la alimentación, el tránsito intestinal, y el período de estancia en el hospital.

Conclusión: los resultados nos permiten concluir que la cirugía abdominal previa no es una contraindicación para la colecistectomía videolaparoscópica.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica, cirugía abdominal previa, adherencias, pared abdominal, oclusiones intestinales.

ABSTRACT

Objective: To analyze whether a previous abdominal surgery obstructs the postoperative clinical outcome of laparoscopic cholecystectomy.

Method: Retrospective analysis of the postoperative outcomes of 40 patients with abdominal surgery prior to videolaparoscopic cholecystectomy and comparison with a non-operated control group.

Results: No differences in clinical outcome were observed regarding vomiting, re-establishment of feeding, intestinal transit, and length of stay at hospital, between the groups with and without previous surgery.

Conclusion: The results indicate that previous abdominal surgery is not a counter-indication for videolaparoscopic cholecystectomy.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy, previous abdominal surgery, adhesions, abdominal wall, bowel obstruction.

INTRODUCCIÓN

La aparición de adherencias en la cavidad peritoneal con la participación de los diversos segmentos del tracto digestivo, ocurren a menudo debido a la cirugía con la formación de tejido fibroso entre las asas intestinales, que constituye una fuente importante de morbilidad y mortalidad postoperatoria. Los principales factores etiológicos son trauma mecánico, lesión térmica, infección, isquemia de los tejidos y la presencia de cuerpos extraños, de modo que la nueva intervención se vuelve más compleja y aumenta la morbilidad y mortalidad posoperatoria.¹ Su desarrollo no tiene ninguna relación directa con el número de operaciones realizadas;² sin embargo, el uso de una técnica quirúrgica adecuada y meticulosa, con un mínimo trauma visceral, puede reducir la formación de adherencias peritoneales.³

Las adhesiones se producen en 68-100 % de los pacientes que se someten a una o más laparotomías,^{4,5} por lo general, son vascularizados y formados por bandas de tejido fibroso que unen previamente separando los órganos intrabdominales. El desarrollo de más de 90 % de los pacientes sometidos a laparotomía se produce después de un trauma quirúrgico.⁶ El objetivo del presente trabajo es analizar si la cirugía abdominal previa es un obstáculo en la evolución clínica posoperatoria de la colecistomía laparoscópica.

MÉTODOS

Sesenta pacientes fueron analizados retrospectivamente a partir de los factores de inclusión y exclusión adoptadas y después de su aprobación por el Comité de Ética Médica del Hospital Universitario y del Hospital Regional de Taubaté y Vale del Paraíba. La muestra fue la siguiente: grupo I – 20 pacientes con laparotomía media infra-umbilical (15 habían sometido a cirugías ginecológicas y cinco operación cesárea);

grupo II – 20 pacientes con laparotomía media supra-umbilical (10 de ellos con gastrectomía y 10 con colectomía) y grupo III –20 pacientes sin cirugía previa.

Los pacientes con colelitiasis sintomática fueron seleccionados al azar y de forma consecutiva. Fueron clasificados en función del riesgo quirúrgico en estadio I o II, sin diferencias entre los grupos, en cuanto a edad y número de laparotomías previas en un mismo paciente. Los diabéticos, las personas que sufren de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, obesidad mórbida, caquexia, cáncer o medicación crónica, se excluyeron.

El análisis estadístico incluyó la aplicación de la prueba exacta de Fisher y el nivel de rechazo de la hipótesis nula fue de 0,05 o 5 % ($\alpha \leq 0,05$). El estudio se centró solo en el resultado clínico para el primer día posoperatorio, pues este fue el período en que fueron dados de alta más de 85 % de los pacientes. Las variables para el análisis comparativo fueron vómitos, la reanudación de los alimentos, la duración de la estancia y el retorno de la peristalsis. Las diferencias en el uso clínico y la medicación no se consideraron.

RESULTADOS

La edad predominante fue entre 50 y 60 años. No se observó vómitos en el posoperatorio inmediato en 70 % (14/20) de los pacientes con incisión infraumbilical anterior; ni en 60 % (12/20) de los pacientes con cirugía previa supraumbilical y en 75,0 % (15/20) en el grupo sin cirugía. No hubo diferencia estadística entre los grupos ($p > 0,05$), como se muestra en la [tabla 1](#).

Tabla 1. Pacientes con vómitos en el período posoperatorio

Vómitos	Sin cirugía		Con Supraumbilical		Cirugía Infraumbilical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primer PO	05	25,0	08	40,0	06	30,0
Ausencia	15	75,0	12	60,0	14	70,0
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0

Cuando se analizó el período de alimentación, se encontró que la alimentación se introdujo al primer día de postoperatorio en 85,0 % (17/20) de los pacientes con cirugía infraumbilical, en 80 % (16/20) de los pacientes con cirugía supraumbilical y 80,0 % (16/20) en el grupo sin cirugía. La [tabla 2](#) muestra que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre los grupos en cuanto al período de alimentación ($p > 0,05$).

Tabla 2. Período de alimentación

Alimentación	Sin cirugía		Supraumbilical		Infraumbilical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primer PO	16	80,0	16	80,0	17	85,0
Ausencia	0,4	20,0	0,4	20,0	0,3	15,0
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0

La reanudación de la peristalsis del postoperatorio se observó hasta el primer día del postoperatorio en el 85,0 % (17/20) de los pacientes previamente operados con incisión infra-umbilical, en el 80,0 % (16/20) de los pacientes con cirugía supra-umbilical y en 80,0 % (16/20) en el grupo sin cirugía. No hubo diferencia estadísticamente significativa en relación con el regreso de perístasis ($p > 0,05$) ([tabla 3](#)).

Tabla 3. El retorno del peristaltismo en el posoperatorio

Regreso de peristalsis	Sin cirugía		Supraumbilical		Infraumbilical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primer PO	16	80,0	16	80,0	17	85,0
Ausencia	0,4	20,0	0,4	20,0	0,3	15,0
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0

El periodo de hospitalización mostró que 85,0 % (17/20) de los pacientes con cirugía infra-umbilical, 80,0 % (16/20) con cirugía supra-umbilical y 95,0 % (19/20) del grupo sin cirugía, fueron dados de alta en el primer día postoperatorio. Por lo tanto, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los grupos con cirugía previa ($p > 0,05$) y no fue estadísticamente significativa cuando se comparó con el grupo sin cirugía ($p < 0,05$) ([tabla 4](#)).

Tabla 4. Duración de la estancia en el hospital

Estadía en el hospital	Sin cirugía		Supraumbilical		Infraumbilical	
	No.	%	No.	%	No.	%
Primer PO	19	95,0	16	80,0	17	85,0
Ausencia	0,1	5,0	0,4	20,0	0,3	15,0
Total	20	100,0	20	100,0	20	100,0

DISCUSIÓN

Cuando comparamos el enfoque adoptado en relación con la laparotomía para una colecistectomía laparoscópica, se observó una reducción significativa de las variables, incluyendo el dolor postoperatorio, estancia hospitalaria, la morbilidad, la mortalidad y la mejora de los parámetros de convalecencia. Factores tales como la obesidad, la peritonitis, discrasias sanguíneas, embarazo, obstrucción intestinal, o adhesiones, puede aumentar el riesgo de complicaciones,⁷ así como de aumentar la tasa de conversión,⁸ y en la presencia de inestabilidad hemodinámica, radioterapia abdominal y distensión abdominal son consideradas contraindicaciones para la cirugía laparoscópica, especialmente en situaciones de emergencia.⁹

Operaciones realizadas principalmente en el abdomen superior no contraindica la opción por el abordaje laparoscópico; sin embargo, están asociados con un aumento de la tasa de conversión, el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria y la infección postoperatoria del sitio.¹⁰ La realización de la colecistectomía laparoscópica en pacientes previamente sometidos a laparotomía requiere cuidado en la penetración inicial de la cavidad peritoneal, pero no es una contraindicación para este método.¹¹

Los parámetros evaluados antes de la operación como un predictor de conversión se relacionan con la presencia de una cirugía previa, el espesor de la pared de la vesícula visualizada por ultrasonido y la experiencia del cirujano que realiza lo procedimiento.¹² Adherencias peritoneales postoperatorias son complicaciones frecuentes y graves para el paciente. La incidencia varía desde 67 hasta 93 % después de la cirugía abdominal, llegando a 97 % después de la cirugía ginecológicas y puede ser responsable de hasta el 80 % de los casos de obstrucción intestinal.¹³

La presencia de intestino adherido a la pared abdominal anterior es visible en aproximadamente 63 % de casos,¹⁴ factor de alto riesgo para la instalación del neumoperitoneo.

En este estudio, 55,0 % (11/20) de los pacientes se habían sometido a cirugía previa con más de una intervención quirúrgica. La posibilidad de que se produzcan adherencias es estadísticamente igual entre los individuos con una o más incisiones, de forma similar a los pacientes con incisión abdominal media, que tienen más que aquellos con incisión transversal.^{3,13} Sin embargo, una alta incidencia de la adhesión peri-umbilical se ha observado después de una incisión media, lo que refuerza la idea de que este sitio no debe ser utilizado para la primera punción abdominal cega.¹⁴

Las incisiones en el abdomen superior están relacionados con la formación de una mayor cantidad de adherencias, en comparación con la región abdominal inferior,³ es interesante emplear una ecografía abdominal durante el período preoperatorio inmediato para la detección de adherencias peritoneales.¹⁵ En este caso, la cavidad peritoneal puede abordarse mediante la primera inserción del trocar en el noveno espacio intercostal izquierdo.¹⁶ Cuando hay antecedentes de cirugía abdominal superior, se recomienda la inserción de la colocación del primero puerto abdominal bajo visión directa en la cavidad peritoneal.¹³

En las últimas décadas, muchas investigaciones se han realizado para encontrar una modalidad de tratamiento para la prevención de adherencias después de una cirugía intrabdominal. Métodos adyuvantes se utilizan como barreras para prevenir adhesiones que disminuyen el contacto entre los tejidos lesionados que conducen a la formación

de adherencias. Sin embargo, el éxito de los presentes métodos de prevención de la adhesión no ha sido satisfactorio.^{17,18}

Los cambios en el proceso después de la operación indican que no hay diferencia cuando el paciente se ha sometido a una cirugía abdominal anterior. Teniendo en cuenta, sin embargo, una contraindicación relativa para la realización de la colecistectomía laparoscópica.^{18,19} La presencia de incisión abdominal no aumenta la tasa de conversión durante la colecistectomía laparoscópica, que es alrededor de 3 %, no aumenta las complicaciones estimados en aproximadamente el 1,6 % y no aumenta la duración media de la hospitalización de 1,3 días. No se observaron diferencias con respecto a la presencia de vómitos, el inicio de la alimentación oral de pacientes, la restauración de tránsito intestinal y el tiempo de hospitalización.^{20,21} Sin embargo, otros estudios han comparado la localización de la incisión quirúrgica considerándolos hasta y por debajo del ombligo y llegó a la conclusión de que la presencia de incisiones adicionales aumentó el riesgo de lesiones intraoperatorias, duración del efecto, la tasa de conversión, complicaciones postoperatorias la cirugía y la estancia hospitalaria.²²

La evolución clínica no fue diferente entre los grupos sometidos a colecistectomía laparoscópica, con o sin cirugía previa, lo que sugiere que este factor no contraindica la elección de abordaje laparoscópico para el procedimiento quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pattaras JG, Moore RG, Landman J, Clayman RV, Janetschek G, McDougall EM, et al. Incidence of postoperative adhesion formation after transperitoneal genitourinary laparoscopic surgery. *Urology*. 2002;59(1):37-41.
2. Boey JH. Cavidade peritoneal. In: Way LW. *Cirugía: diagnóstico e tratamento*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1993;331.
3. Brill AI, Nezhat F, Nezhat CH, Nezhat C. The incidence of adhesions after prior laparotomy: a laparoscopic appraisal. *Obstet Gynecol*. 1995;85(2):269-72.
4. Menzies D, Ellis H. Intestinal obstruction from adhesions how big is the problem? *Ann R Coll Surg Engl*. 1990;72:60-3.
5. Ellis H. The clinical significance of adhesions: focus on intestinal obstruction. *Eur J Surg Suppl*. 1997:5-9.
6. Luijendijk RW, de Lange DC, Wauters CC, Hop WC, Duron JJ, Pailler JL, et al. Foreign material in postoperative adhesions. *Ann Surg*. 1996;223:242-8.
7. Eubanks S, Schawer PR. *Cirugía videolaparoscópica*. In: Sabiston DC, Lyerly HK. *Tratado de cirugía: as bases biológicas da prática cirúrgica moderna*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999;738-50.
8. Simopoulos C, Botaitis S, Polychronidis A, Tripsianis G, Karayiannakis AJ. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy to open cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2005;19(7):905-9.

9. Szomstein S, Lo Menzo E, Simpfendorfer C, Zundel N, Rosenthal RJ. Laparoscopic lysis of adhesions. *World J Surg.* 2006;30(4):535-40.
10. Kararyiannakis AJ, Polychronidis A, Perente S, Botaitis S, Simopoulos C. Laparoscopic cholecystectomy in patients with previous upper or lower abdominal surgery. *Surg Endosc.* 2004;18(1):97-101.
11. Balagué C, Targarona EM, Ojuel J, Viella P, Espert JJ, Pascual S, Sugrañes G, et al. Factors predictive of conversion to open surgery in laparoscopic cholecystectomy. Analysis of a prospective series of 502 patients. *Cir Esp.* 2000;68(2):139-43.
12. Ghezzi TL, Moschetti L, Corleta OC, Abreu GP, Abreu LP. Analysis of the videolaparoscopy potentiality in the surgical treatment of the bowel obstruction. *Arq Gastroenterol.* 2010;47(2):148-51.
13. Bing Y, ChangYang G, ZhiYong Q, Xia Z, ZhengYu L, XiaoRong Q, ShengTao Z, et al. *BMC Biotechnology.* 2010;10:65.
14. Frazee RC, Roberts JW, Symmonds R, Snyder SK, Hendricks J, Smith R, et al. What are the contraindications for laparoscopic cholecystectomy? *Am J Surg.* 1992;164(5):491-4.
15. Hsu WC, Chang WC, Huang SC, Torng PL, Chang DY, Sheu BC. Visceral sliding technique is useful for detecting abdominal adhesion and preventing laparoscopic surgical complications. *Gynecol Obstet Invest.* 2006;62(2):75-8.
16. Kumakiri J, Takeuchi H, Sato Y, Kitade M, Kikuchi I, Shimanuki H, Kinoshita K. A novel method of ninthintercostal microlaparoscopic approach for patients with previous laparotomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2006;85(8):977-81.
17. Polymeneas G, Theodosopoulos T, Stamatiadis A, Kourias E. A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2001;15:41-3.
18. Tittel A, Treutner KH, Titkova S, Ottinger A, Schumpelick V. New adhesion formation after laparoscopic and conventional adhesiolysis: a comparative study in the rabbit. *Surg Endosc.* 2001;15:44-6.
19. Yu SC, Chen SC, Wang SM, Wei TC. Is previous abdominal surgery a contraindication to laparoscopic cholecystectomy? *J Laparoendosc Surg.* 1994;4(1):31-5.
20. Strassmann V, Velhote MCP, Napoli F, Chao LW, Macedo M, Pereira SS, et al. Colecistectomia videolaparoscópica nos pacientes com cirurgia abdominal prévia: técnicas e cuidados necessários para sua realização. *GED.* 1994;13:118-20.

21. Salles VJA, Marotta A, Bertolucci CA, Chavarria G, Cunha MAC, Afonso MCN, et al. Influência das aderências peritoneais na evolução clínica pós-operatória da colecistectomia videolaparoscópica. Rev Bras Videocir. 2007;5(3):117-20.

22. Bouasker I, El Ouaer MA, Smaali I, Khalflah M, Ben Achour J, Najah N, et al. Laparoscopic cholecystectomy on a previously operated abdomen. Tunis Med. 2010;88(2):88-91.

Recibido: 26 de abril de 2014.

Aprobado: 4 de junio de 2014.

Valdemir José Alegre Salles. Universidad de Taubaté. San Camilo, Taubaté, Sao Paulo, Brasil.

Correo electrónico: vjasia@gmail.com