

Revista Mexicana de Cirugía Endoscópica

Volumen 3
Volume 3

Número 4
Number 4

Octubre-Diciembre 2002
October-December 2002

Artículo:

Colecistectomía laparoscópica en pacientes cirróticos. Reporte de 5 casos

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com



Colecistectomía laparoscópica en pacientes cirróticos. Reporte de 5 casos

Dr. Francisco Bautista González,* Dr. Álvaro Abascal Arias,** Dr. Pedro Reyes Páramo**

Resumen

Objetivo: Revisión de la experiencia en 3 años, del manejo por vía laparoscópica de pacientes cirróticos con enfermedad vesicular.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención. CMN Puebla.

Diseño: Reporte de casos; retrospectivo, descriptivo, observacional y transversal.

Pacientes y métodos: Se revisaron los expedientes de 5 pacientes operados por vía laparoscópica. Se valoraron variables como sexo, edad, enfermedad asociada, clasificación de Child, causa de cirrosis, diagnóstico ultrasonográfico, descripción quirúrgica del hígado, tiempo quirúrgico, transfusiones, complicación, evolución posoperatoria, días de estancia hospitalaria y diagnóstico histológico.

Resultados: Cuatro pacientes fueron mujeres, con edad promedio de 54 años; sólo 1 fue masculino, de 36 años. La causa de cirrosis en 3 pacientes fue viral, 1 de tipo autoinmune y 1 de tipo alcohol nutricional. Enfermedad asociada de diabetes mellitus en 1 paciente e hipertensión arterial en otro; 3 pacientes tipo Child A, 1 tipo Child B y 1 paciente tipo Child C. La colecistopatía fue de tipo crónica, fueron operados en forma programada, tiempo promedio quirúrgico de 100 minutos, no hubo complicaciones trans, ni posoperatorias, no se convirtió ninguna cirugía. El tiempo promedio de estancia intrahospitalaria fue de 4 días.

Conclusión: La colecistectomía por vía laparoscópica en pacientes cirróticos es un método seguro y eficaz, en pacientes compensados.

Palabras clave: Vesícula, colecistectomía laparoscópica, cirrosis.

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica (CL) es el procedimiento de elección en la colecistopatía.² La incidencia de enfermedad litiasica biliar en pacientes con cirrosis es elevada;⁵ implicando mayor morbilidad y mortalidad, pacientes con enfermedad hepática compensada, presentan mejor evolución al ser intervenidos por este tipo de cirugía. Las ventajas de la CL han sido extensamente publicadas, sin embargo en pa-

Abstract

Background: Reviewing the experience about 3 years; using laparoscopic cholecystectomy to cirrhotic patients with gallstone disease.

From: Medical Center. IMSS-Puebla.

Method: We reviewing the clinic records of 5 patients that underwent laparoscopic cholecystectomy. We evaluated age, sex, concomitant disease, child class, cirrhosis cause, ultrasound diagnosis, intraoperative liver appearance, operative time, transfusions, complications, rehabilitation, hospital stay and histologic diagnosis.

Results: 4 patients were female, promedy age was 54 years; only 1 was male, of 36 years. Cirrhosis cause in 3 patients was viral, 1 of autoimmune type and 1 of nutritional-alcohol type. Concomitant disease likes diabetes mellitus in 1 patient and arterial hypertension in other one. 3 Child A patients, 1 Child B patient and 1 Child C patient. The gallstone disease was chronic; all were programmed surgery; operative time promedy was 100 minutes; there weren't trans or postoperative complications, and no conversion. Hospital stay promedy was 4 days.

Conclusions: The laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients can be a safely method in compensated patients.

Key words: Gallbladder, laparoscopic cholecystectomy, cirrhosis.

cientes cirróticos existen pocos reportes. Algunos estudios muestran buenos resultados en pacientes con etapas tempranas de cirrosis y colecistopatía. No existen datos definitivos que justifiquen a la CL como primera línea en el tratamiento quirúrgico en pacientes con cirrosis.¹

La cirrosis hepática es un factor de riesgo serio, debido a las condiciones generales de los pacientes y a las dificultades técnicas quirúrgicas causadas por la circulación colateral y la tendencia al sangrado durante la colecistectomía abierta.¹⁰ Se reporta mortalidad hasta del 80% en pacientes tratados en forma abierta.⁷ Se ha demostrado que la CL disminuye la respuesta al estrés metabólico del hígado en pacientes con patología hepática crónica.¹¹ Existen reportes con buenos resultados en pacientes con colecistopatía asociada a otras patologías hepáticas como hipertensión portal, manejados por

* Cirujano General.

** Gastrocirujano.

vía laparoscópica.⁴ Es evidente que los pacientes con cirrosis leve y moderada con colecistopatía tendrán una mejor evolución quirúrgica, al ser sometidos a CL con resultados superiores a los que se realizó por vía abierta.³

El objetivo de este estudio es una revisión retrospectiva de la experiencia en un Centro Médico de 3er nivel de atención, en el manejo por vía laparoscópica de pacientes cirróticos compensados con enfermedad vesicular.

PACIENTES Y MÉTODOS

Por medio de la libreta de programación de cirugía y archivo de cirugías realizadas, se identificó a los pacientes con diagnóstico de cirrosis hepática y colecistopatía sintomática, que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica, del servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades CMN Puebla. Realizando una revisión retrospectiva de expedientes por medio del archivo clínico del hospital, de 3 años de experiencia en el periodo comprendido de enero del 2000 a julio del 2002. Cinco expedientes fueron revisados, valorando características preoperatorias como sexo, edad, enfermedad asociada, clasificación de CHILD, causa de cirrosis, confirmación de patología vesicular por ultrasonido; características transoperatorias como tiempo quirúrgico, conversión, complicaciones, aspecto macroscópico del hígado y características posoperatorias como diagnóstico histológico, transfusiones, evolución intrahospitalaria y días de estancia.

Se consideró la existencia de cirrosis, por antecedente de alcoholismo crónico, la presencia de enfermedad hepática viral previa, alteraciones clínicas, de laboratorio y aspecto macroscópico del hígado durante la cirugía.

La clasificación de Child-Pugh fue utilizada para valorar la severidad de la cirrosis hepática. La enfermedad vesicular fue evaluada preoperatoriamente por ultrasonido y confirmada por estudio histopatológico posoperatorio.

Todas las operaciones fueron realizadas con anestesia general, no se valoró el sangrado transoperatorio por no representar importancia (menor a 200 mL); el reemplazo de componentes sanguíneos se realizó en 2 de los procedimientos con plasma fresco congelado, en forma pre y transoperatoria.

Los tiempos quirúrgicos fueron documentados, así como los hallazgos transoperatorios y complicaciones en el récord quirúrgico. Se utilizó el procedimiento laparoscópico estándar en todos los pacientes, la hemostasia se realizó con electrocautero. La colecistectomía se realizó completamente en forma anterógrada.

RESULTADOS

Cuatro pacientes son mujeres, con edad promedio de 54 años, con extremos de 42 y 64 años. Sólo 1 paciente de sexo masculino, de 36 años, con antecedente de alcoholismo crónico. Ade-

más de la cirrosis hepática, 1 paciente presentó enfermedad asociada de diabetes mellitus tipo II; otro hipertensión arterial moderada; 3 pacientes presentaron clasificación Child A; 1 paciente clasificación Child B y otro paciente clasificación Child C.

Los hallazgos por ultrasonido de patología vesicular fueron litiasis múltiple con vesícula engrosada en 3 pacientes, litio único en otro paciente y vesícula escleroatrófica en el último paciente. Todos los pacientes se operaron en forma programada. El tiempo quirúrgico fue de 135 minutos en el 1er paciente, 126 min en el segundo, 60 minutos en el tercero, 70 minutos en el cuarto y 100 minutos en el quinto. No se convirtió el procedimiento laparoscópico en ningún caso, ni se observaron complicaciones trans y posoperatorias. Se utilizó reemplazo de componentes sanguíneos preoperatorios en el paciente de Child B y C, a base de 1 paquete de plasma fresco congelado cada 8 h por 2 días y 3 paquetes en forma transoperatoria; no se transfundió en forma posoperatoria. La causa de cirrosis hepática se determinó por enfermedad viral hepática previa en 3 pacientes corroborada por panel viral; de tipo B en 1 paciente, confirmado por biopsia hepática abierta previa, realizada en forma particular; de tipo C en 2 pacientes, sin realizarles biopsia. En el paciente masculino se consideró el tipo alcohol-nutricional. En otro paciente se confirmó la cirrosis por biopsia percutánea preoperatoria, siendo de tipo autoinmune, confirmándose de aspecto micronodular durante la cirugía. La descripción del cirujano de la apariencia del hígado en forma intraoperatoria en los otros 4 pacientes fue de tipo macronodular. La evolución posoperatoria fue adecuada, con estancia intrahospitalaria promedio total de 4 días en todos los pacientes. El diagnóstico histológico de la vesícula confirmó la presencia de patología crónica y presencia de litos.

- Sólo hubo una sola biopsia hepática
- no se elaboran cuadros que permitan apreciar mejor la distribución
- la aplicación de referencias bibliográficas no respetan ningún orden.

DISCUSIÓN

La enfermedad vesicular es el doble de prevalente en pacientes con cirrosis que la población en general, debido a factores implicados en la alta incidencia de formación de litos como hipersplenismo, niveles de estrógenos elevados, hemólisis intravascular incrementada además de una reducción del vaciamiento de la vesícula. Esta prevalencia se considera un problema de salud pública en otros países.¹ En México existen pocos trabajos al respecto, sin embargo de acuerdo a lo reportado, consideramos que la cantidad de pacientes revisados coincide con la media nacional.¹⁶ Durante la selección encontramos 15 pacientes con cirrosis colecistectomizados, entre procedimientos lapa-

roscópicos y abiertos, siendo estos últimos en su mayoría, debido a criterios de exclusión como falta de información completa, nuestro universo de trabajo se redujo a un reporte de casos, no siendo significativo como en otros estudios.

En la época de los 80s, la colecistectomía abierta en pacientes con cirrosis fue asociada a mortalidad posoperatoria hasta 17%, el sangrado excesivo, falla hepática posoperatoria y sepsis fueron los responsables de la mayoría de las muertes.^{6,7} A nivel nacional, en procedimientos abiertos, se reporta mortalidad del 16%, asociada a insuficiencia renal y choque hipovolémico.¹⁶ En nuestro estudio no se observó morbilidad ni mortalidad, probablemente debido a que fueron pocos casos, un tiempo de seguimiento relativamente corto y con enfermedad hepática compensada, en pacientes con clasificación Child A y B, el procedimiento laparoscópico es seguro; estudios futuros son requeridos para evaluar el manejo de la enfermedad vesicular en pacientes con Child C, ya que existen algunos reportes en pacientes con cirrosis e hipertensión portal causados por trombosis venosa portal y cavernomatosis.⁴ Varios autores han descrito dificultades técnicas debido al incremento en la vascularidad hepática, cortocircuitos arteriovenosos que impiden una hemostasia ade-

cuada, siendo más difícil de controlar por cirugía laparoscópica,¹² considerándola una contraindicación absoluta¹⁵ y relativa por otros,^{8,16} de acuerdo a la experiencia mundial y nacional, nosotros no coincidimos con lo señalado.

En nuestra revisión podemos apreciar una relación mayor en pacientes mujeres, como la que se reporta en múltiples publicaciones en colecistopatías sin cirrosis.^{13,14}

La colecistectomía laparoscópica en pacientes con cirrosis ofrece un potencial de menores adherencias abdominales en el cuadrante superior derecho, tiempo quirúrgico menor, estancia corta hospitalaria, mínimas complicaciones, rehabilitación posoperatoria rápida y costos generales menores, siendo ventajas para pacientes en programa de trasplante hepático.⁵

CONCLUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica es un método seguro y eficaz en pacientes con cirrosis temprana y compensada, con morbilidad y mortalidad aceptable en el tratamiento de enfermedad biliar sintomática. Contrario a lo que se creía, la cirrosis no es una contraindicación, en manos experimentadas es un procedimiento a escoger.

REFERENCIAS

1. Poggio JL, Rowland CHM, Gores GJ, Nagorney DM, Donohue JH. A comparison of laparoscopic and open cholecystectomy in patients with compensated cirrhosis and symptomatic gallstone disease. *Surgery* 2000; 127: 405-11.
2. Leone N, Garino M, De Paolis P, Pellicano R, Fonda GR, Rizzetto L. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. *Dig Surg* 2001; 18: 449-52.
3. Urban L, Eason GA, ReMine S, Bogard B, Magisano J. Laparoscopic cholecystectomy in patients with early cirrhosis. *Curr Surg* 2001; 58: 312-15.
4. Dalvi AN, Deshpande AA, Doctor NH, Maydeo A, Bapat RD. Laparoscopic cholecystectomy in patient with portal cavernomatosis and portal hypertension. *Indian J Gastroenterol* 2001; 20: 32-3.
5. Fernandes NF, Schwesinger WH, Hilsenbeck SG, Gross GW, Bay M, Sirinek KR. Laparoscopic cholecystectomy and cirrhosis: a case-control of outcomes. *Liver Transpl* 2000; 6: 340-4.
6. Friel CM, Stack J. Laparoscopic cholecystectomy in patients with hepatic cirrhosis a five-year experience. *J Gastrointest Surg* 1999; 3: 286-91.
7. Sleeman D, Namias N, Levi D, Ward FC, Silva R. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. *J Am Coll Surg* 1998; 187: 400-3.
8. Almenara R, Hoyuela C. Liver: Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients. *Br J Surg* 1995; 82: 88-94.
9. Lausten SB, Jensen L. Laparoscopic surgery abolishes the hepatic catabolic stress response in patients with chronic persis-
- tent hepatitis and postnecrotic liver cirrhosis. *Gut* 1997; 41: 229-36.
10. Wroblewski T, Pawlak J. Laparoscopic cholecystectomy in the cirrhotic patients. *Br J Surg* 1998; 85: 120-24.
11. Yerdel MA, Koksoy C. Laparoscopic versus open cholecystectomy in cirrhotic patients: a prospective study. *Surg Lap Endos Perc Tech* 1997; 7: 483-86.
12. Clark JR, Wills VL. Cirrhosis and Laparoscopic cholecystectomy. *Surg Lap Endos Perc Tech* 2001; 11: 165-69.
13. Garza FJH, Basurto KE, Pulido CA. Colecistectomía por laparoscopia: Experiencia en 100 pacientes. *Cir Gen* 1998; 20: 243-5.
14. Pérez MA, Roesh DF, Díaz BF, Martínez FS. Experiencia en colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar en el paciente anciano. *Cir Gen* 2000; 22: 35-40.
15. Braghetto I, Hernández F. Indicaciones y contraindicaciones en colecistectomía laparoscópica. *Rev Chil Cir* 1992; 44: 1-16.
16. Carmona R, Suazo J, Mercado MA, Orozco H. Colecistectomía abierta en pacientes cirróticos. Experiencia en el INNSZ. *Rev Gastroenterol Méx* 1996; 61: 220-25.

Correspondencia:

Dr. Francisco Bautista González

Avenida Beneficio de Patio No. 309

Colonia Real de Minas

Código Postal 42090 Pachuca, Hidalgo.

Teléfono-Fax: 01 771 71 35745

Correo electrónico: Drbaushark@ hotmail.com