



Papel de la colecistectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda complicada

Ricardo José Alcocer Tamayo,* Alejandro Tort Martínez,* Horacio Olvera Hernández,*
Fernando Ugalde Velásquez,* Jafet Israel Hernández Zavala*

Resumen

Antecedentes: La colecistectomía subtotal tradicional previene la lesión de la vía biliar en colecistectomías difíciles y remite el cuadro de colecistitis aguda. Se ha propuesto esta intervención para resolver eventos de colecistitis complicada. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos con la colecistectomía subtotal vía laparoscópica en pacientes con colecistitis complicada y proponer la colecistectomía subtotal laparoscópica como una cirugía segura en pacientes con colecistitis complicadas. **Material y métodos:** Revisión de 30 colecistectomías subtotales laparoscópicas en colecistitis complicadas. Análisis de índice de conversión a cirugía abierta, estancia hospitalaria prequirúrgica y postquirúrgica, complicaciones, sexo, edad, mortalidad, recidiva y reintervenciones tempranas y tardías. **Resultados:** Edad promedio 61.2 años, 15 mujeres y 15 hombres. Promedio de días de estancia hospitalaria prequirúrgica 2.2 días. Se realizó colecistectomía subtotal en todos los pacientes, laparoscópica en 76.6% de los casos (n = 23); siete se convirtieron a cirugía abierta. La estancia hospitalaria postoperatoria en pacientes con colecistectomía subtotal laparoscópica fue de 3.5 días. No se reportó en el seguimiento recidiva de colecistitis en ningún caso. Se informó una defunción por choque séptico. No ha sido necesaria la reintervención temprana ni tardía en este grupo de pacientes. **Conclusiones:** La colecistectomía subtotal laparoscópica aporta seguridad en pacientes con colecistitis complicada, evita la lesión de vía biliar y remite el cuadro agudo de colecistitis. En nuestra serie la colecistectomía subtotal laparoscópica aporta ventajas en comparación con la intervención abierta, pues disminuye los días de estancia intrahospitalaria postoperatoria y las complicaciones que ésta implica.

Palabras clave: Colecistitis crónica litiásica, colecistitis complicada, colecistectomía subtotal laparoscópica.

Abstract

Background: Traditional subtotal cholecystectomy not only prevents the common bile duct injury in difficult cholecystectomies but also suppresses the event of acute cholecystitis. This procedure has been proposed to solve complicated cholecystitis events. Our goals are to evaluate the results of laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients with complicated cholecystitis and also propose subtotal laparoscopic cholecystectomy as a safe surgical procedure. **Material and methods:** 30 laparoscopic subtotal cholecystectomies in complicated cholecystitis were reviewed. Conversion rate to open surgery, pre and postoperative hospital stay, complications, sex, age, mortality, re operation including early and late recurrence were analyzed. **Results:** Age average was 61.2 years, 15 females and 15 males. Preoperative hospital stay was 2.2 days. Subtotal cholecystectomy was performed in all 30 patients, laparoscopic approach in 76.6% of cases (n = 23); 7 cases were converted to open approach. Postoperative hospital stay in patients with laparoscopic subtotal cholecystectomy was 3.5 days. During the follow up; no cholecystitis recurrences were reported. One death was reported due to septic shock. No early or late re operations in this group of patient were required. **Conclusions:** Laparoscopic subtotal cholecystectomy adds safety for those patients with complicated cholecystitis not only preventing bile duct injury but also providing acute cholecystitis remission. In our series, laparoscopic subtotal cholecystectomy has advantages over open surgery mainly by reducing the days of postoperative hospital stay and the complications that this implies.

Key words: Chronic cholecystitis, complicated cholecystitis, laparoscopic subtotal cholecystectomy.

www.medigraphic.org.mx INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos se practican anualmente cerca de 700,000 colecistectomías laparoscópicas con una frecuencia de lesión en la vía biliar que alcanza 0.6%. El porcentaje de conversión a cirugía abierta es de 4.6% en la cirugía electiva y de 9.4% en la de urgencia.¹

La colecistectomía laparoscópica está ampliamente aceptada como el estándar de oro para el tratamiento

* Departamento de Cirugía General Hospital Regional 1° de Octubre.

Correspondencia:

Ricardo José Alcocer Tamayo

Celular: 9995760256

E-mail: dralcoacer@hotmail.com

de la litiasis vesicular; sin embargo, es probable que en los pacientes con colecistitis crónica agudizada se presenten dificultades técnicas debido a la densa fibrosis, lo que impide por lo tanto, una clara identificación de la anatomía del triángulo de Calot. En la era de la cirugía abierta, la colecistectomía subtotal fue aceptada como un procedimiento seguro y definitivo para el manejo de los cálculos y la colecistectomía laparoscópica subtotal se ha transformado en su obvia evolución.²

La colecistectomía subtotal es una técnica bien establecida para el tratamiento de la colecistitis aguda complicada que se considera segura a corto plazo y de la que se describen pocas complicaciones en su seguimiento.³ Es un procedimiento adecuado para el tratamiento de colecistitis severas, puesto que disminuye el porcentaje de complicaciones secundarias a la cirugía.⁴

La colecistectomía laparoscópica subtotal previene las lesiones de la vía biliar y disminuye significativamente la tasa de conversión del procedimiento en pacientes con colecistitis severa.⁵ Los pacientes con una vesícula difícil representan un desafío para el manejo laparoscópico, pues requieren ocasionalmente la conversión a cirugía abierta para prevenir la catastrófica posibilidad de lesionar la vía biliar extrahepática o de sangrados excesivos.⁶

Recientemente se ha publicado en la literatura nacional e internacional la experiencia de la colecistectomía subtotal realizada por vía abierta o laparoscópica como un procedimiento seguro que puede emplearse para resolver los casos de la litiasis vesicular complicada, la cual además de solucionar satisfactoriamente el padecimiento, es capaz de prevenir una complicación quirúrgica.⁷

Presentamos una serie de casos con el objetivo de evaluar los resultados obtenidos con la colecistectomía subtotal vía laparoscópica en pacientes con colecistitis aguda complicada y proponer la colecistectomía subtotal laparoscópica como una cirugía segura en pacientes con colecistitis aguda complicada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de revisión retrospectivo y descriptivo. Se llevó a cabo una revisión de los registros de pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica durante el periodo comprendido de enero de 2013 a febrero de 2016 en el Hospital Regional 1° de Octubre de la Ciudad de México y se seleccionaron aquéllos con diagnóstico de colecistitis complicada, en quienes se realizó colecistectomía subtotal. Se evaluó la existencia de historia clínica preoperatoria completa en el expediente, hojas postoperatorias, datos de ingreso y egreso hospitalario, registro de complicaciones postoperatorias en el expediente clínico, seguimiento en la consulta externa, así como resultados de laboratorio y ultrasonido (USG) vesicular que fueran compatibles con el diagnóstico transquirúrgico de colecistitis aguda com-

plicada en todos los casos. Se descartaron los expedientes y pacientes con procedimiento postquirúrgico de colecistectomía laparoscópica total. Se analizaron variables como sexo y edad, estancia hospitalaria prequirúrgica y postquirúrgica, índice de conversión a cirugía abierta, indicaciones para conversión quirúrgica a cirugía abierta, complicaciones postoperatorias tempranas y tardías, mortalidad, reintervenciones tempranas y tardías incluyendo la recidiva de algún cuadro nuevo de colecistitis. Los resultados son descriptivos y se expresan en porcentajes y rangos.

RESULTADOS

Se encontró un total de 1,500 registros de colecistectomías laparoscópicas en el periodo estudiado de tres años. Dentro de estos procedimientos quirúrgicos, en 30 casos están documentados por clínica, hallazgos transquirúrgicos y ultrasonido, el diagnóstico de colecistitis aguda complicada y el reporte quirúrgico de colecistectomía subtotal. Estos pacientes (n = 30) representan 2% del total de las colecistectomías laparoscópicas realizadas (n = 1,500) en este periodo. Fueron 15 (50%) pacientes del sexo femenino y 15 (50%) del masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 61.2 años (rango de 29 a 91 años). Los días promedio desde el ingreso de los pacientes hasta su intervención quirúrgica fue de 2.23 días (rango de uno a cinco días).

Las cirugías fueron realizadas por diferentes cirujanos del hospital, todas como cirugías de urgencia e iniciadas por abordaje laparoscópico. Como hallazgo más frecuente en la realización de colecistectomía subtotal se reportó presencia de piocolecisto acompañado de plastrón de epiplón hacia la pared vesicular, firmemente adherido a región de triángulo de Calot en 80% de los casos (n = 24). En 16.7% de los pacientes (n = 5) se reportó presencia de fibrosis severa que afecta al hilio hepático, bolsa de Hartmann y cuello de vesícula y sólo un paciente (3.3%) con datos de cirrosis hepática con riesgo de sangrado abundante por la disección (*Cuadro 1*).

Al decidir durante el transoperatorio llevar a cabo una colecistectomía subtotal, se realizó en todos los casos una incisión longitudinal del infundíbulo al fondo vesicular con posterior sección circunferencial total de la vesícula, dejando el remanente unido a lecho hepático (*Figuras 1 y 2*).

Cuadro 1. Indicaciones de colecistectomía subtotal.

Dignóstico	Número de casos	%
Piocolecisto	24	80
Fibrosis	5	16.66
Cirrosis hepática	1	3.33
Total	30	100

En todos los casos se procedió a la extracción total de los litos en el interior de vesícula y remanente. En la mayoría de las ocasiones se trató de un único lito de gran tamaño adherido a pared vesicular (n = 19) que representa 63.3% y el resto con litiasis múltiple. El cierre del muñón vesicular se realizó de diversas maneras de acuerdo con la descripción de la nota quirúrgica: puntos separados de seda (n = 2), sutura anclada con Vicryl (n = 4), con nudo preformado (Endoloop) (n = 15) y nudo de seda (n = 9) (Figura 3). No se aplicó ninguna técnica quirúrgica imagenológica adicional (colangiografía transoperatoria). En todos los pacientes se dejó drenaje abierto (Penrose) a sitio quirúrgico fijado a piel.

Se realizó colecistectomía subtotal completada por vía laparoscópica en 23 pacientes (76.6%) y en siete (23.3%) se hizo conversión a cirugía abierta con el mismo proce-

dimiento subtotal final. Las causas de conversión a cirugía abierta se reportaron como «técnicamente no posible» y por probabilidad de lesión a vía biliar en dos cirugías (6.66% del total de las 30), en tres de ellas la indicación de conversión fue por presencia de sangrado que impidió la adecuada visualización de la anatomía vesicular (10% del total de las 30) y dos de ellas fueron por prolongación del tiempo quirúrgico a más de una hora sin lograr un avance importante de la disección (6.66% del total de las 30) (Cuadro 2).

En la estancia postoperatoria se registró en 14 pacientes (46.6%) gasto biliar por drenaje con un promedio de 20 a 30 mL aproximadamente en las primeras 24 horas y en todos estos pacientes el gasto se volvió mínimo, de características serosas a las 48 horas.

Los días de estancia intrahospitalaria postoperatoria promedio en pacientes en quienes se realizó colecistectomía subtotal laparoscópica fue de 3.5 días con un rango de uno a nueve días (Cuadro 3) y en la cirugía convertida a abierta con colecistectomía subtotal fue de 5.6 días con un rango de tres a ocho días, lo cual representa una diferencia de dos días de estancia postoperatoria. En referencia a la presencia postoperatoria prolongada en los pacientes operados por abordaje laparoscópico fue de hasta nueve

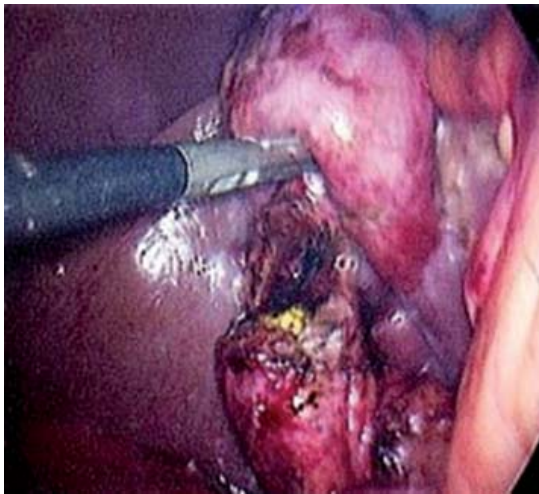


Figura 1. Inicio de incisión circunferencial.



Figura 2. Corte circunferencial total de vesícula biliar a nivel de bolsa de Hartman.

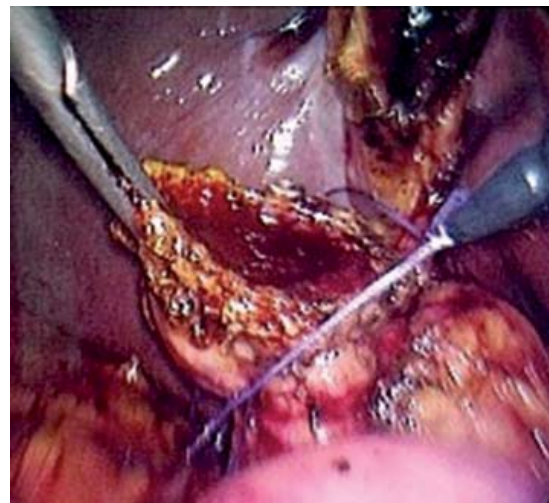


Figura 3. Cierre de remanente vesicular con Endoloop.

Cuadro 2. Causas de conversión a cirugía abierta.

Indicación	Número de casos	%
Sangrado	3	10
Imposibilidad técnica	2	6.66
Tiempo quirúrgico a > 1 hora	2	6.66
Total	7	23
CLS	30	76.66

Cuadro 3. Tabla porcentual de resultados con CSL.

	Promedio/porcentaje	
Total de colecistectomías	n = 1,500	100
Total de colecistectomías subtotales	n = 30	2
Total de CSL	n = 23	76.66
Edad	61.2 (29-91 años)	
Estancia prequirúrgica	2.23 (1-5 días)	
Estancia postquirúrgica con CSL	3.5 (1-9 días)	
Cirugías convertidas	n = 7	23.33
Reintervenciones	n = 0	0
Mortalidad	n = 1	3.30
Cuadros de colecistitis postquirúrgicas	n = 0	0

días en tres pacientes; en dos de ellos fue por abandono familiar y uno se encontraba renuente a su egreso hospitalario. No se reportaron complicaciones postoperatorias quirúrgicas tempranas en 29 de los pacientes (96.6%), ya que se informó el fallecimiento de un sujeto de 91 años a las 24 horas posterior al evento quirúrgico en relación con choque séptico, como hallazgos transquirúrgicos y patológicos se reportó piocolecisto con perforación vesicular con necrosis de 80% aproximadamente del total de la vesícula y abundante presencia de líquido purulento en cavidad abdominal que llevó a una peritonitis abdominal acompañada de choque séptico con posterior fallecimiento del paciente, pese a las medidas implementadas.

En cuanto a complicaciones tardías se reportaron dos pacientes con dolor de herida quirúrgica (ambos del grupo de conversión a abordaje abierto) de tipo intermitente por un periodo aproximado de cuatro meses de intensidad moderada, no incapacitante ni relacionado con dolor de tipo cólico vesicular. Posterior a este periodo se mostraron totalmente asintomáticos. Otros dos pacientes, también de los convertidos a cirugía abierta, presentaron hernia postincisional en la herida subcostal derecha, uno de ellos manifestándose a los 30 días de la cirugía y otro a los tres meses de postoperado. Esta complicación se ha resuelto en dichos pacientes con hernioplastia de pared sin mayores complicaciones.

De acuerdo con el seguimiento postoperatorio de los pacientes, se les dio de alta de nuestro servicio a 27 de ellos (90%) en un periodo de seis meses de control y egreso de su Unidad Médica Familiar, actualmente sólo tres pacientes continúan en seguimiento mediante consulta externa con un periodo comprendido entre cuatro y 10 meses, uno con un seguimiento de cuatro meses por cirugía reciente, otro con seis meses y uno con 10 meses, el cual presentó como complicación hernia postincisional por conversión a cirugía abierta. Ninguno de los pacientes de nuestra serie a quienes se les realizó colecistectomía subtotal laparos-

cópica o abierta ha reportado sintomatología posterior de colecistitis, cólico vesicular u otra complicación en relación con remanente vesicular en un periodo promedio de seis meses. En nuestra serie y al tiempo actual de seguimiento no se ha tenido la necesidad de realizar reintervenciones quirúrgicas por recidiva de un cuadro de colecistitis ocasionada por el remanente vesicular.

DISCUSIÓN

Gracias al dominio de la técnica y al aprendizaje racional en los últimos cinco años, se ha logrado disminuir la morbilidad propia de la colecistectomía laparoscópica, así como la lesión accidental de la vía biliar principal a cifras aceptables que oscilan entre 0.5 y 1.2%, según los estudios de Kapoor VK y Roesch.⁸⁻⁹

A pesar de su alta eficacia, la colecistectomía no está exenta de morbilidad, sobre todo cuando se asocia a alguna de las complicaciones de la enfermedad como la colecistitis aguda complicada, el síndrome de Mirizzi, la vesícula escleroatrófica o cuando el procedimiento quirúrgico se realiza en pacientes con cirrosis hepática e hipertensión portal por la dificultad para controlar la hemorragia a causa de la fibrosis y vascularidad aumentada del lecho vesicular.¹⁰⁻¹¹

Es precisamente en estos casos cuando suelen ocurrir las lesiones accidentales de la vía biliar principal por la gran dificultad para identificar adecuadamente las estructuras anatómicas del triángulo de Calot, pudiéndose recurrir a la conversión del procedimiento laparoscópico a uno abierto o bien a la realización de exploración radiológica de la vía biliar.¹²⁻¹³

Michalowsky y Terblanche presentaron en 1998 su experiencia con la colecistectomía subtotal en pacientes con colecistitis aguda complicada, ofreciéndola también como un procedimiento seguro para evitar la morbimortalidad del procedimiento convencional.¹⁴ A partir de esta fecha, existen diversos reportes en los que se advierte que el procedimiento constituye un recurso útil y definitivo para resolver la patología vesicular aguda complicada.¹⁵

La técnica de colecistectomía subtotal se propone para un abordaje tanto abierto como para uno por vía laparoscópica y diferentes series la emplean de 3.3 a 4% del total de las colecistectomías.¹⁶ Está aceptada por ser una intervención segura que reduce el porcentaje de complicaciones. El seguimiento a largo plazo de hasta nueve años, según algunas series, hace de ésta una técnica segura y definitiva.³

En un estudio de los doctores Pérez Morales y colaboradores¹⁷ se realizaron 57 procedimientos de colecistectomía subtotal que corresponden a 5.81% de los 981 pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica. En nuestro hospital, el porcentaje de colecistectomías subtotales es de 2% del total de 1,500 colecistectomías. Al igual que nuestro reporte, en dicho estudio no se presentaron com-

plicaciones importantes en el transoperatorio, la estancia hospitalaria fue en promedio de 1.5 días a diferencia de la nuestra que fue de 3.5 días.

Uno de los problemas que se mencionan en la técnica de colecistectomía subtotal laparoscópica es la posibilidad de no identificar un cáncer de vesícula. En algunos estudios se reporta que entre 0.2% y 0.8% de estos pacientes presentan cáncer de vesícula infradiagnosticado.¹⁸

Es importante mencionar que el buen resultado de la colecistectomía subtotal laparoscópica depende en gran medida de la experiencia y práctica del cirujano, siendo la tasa de éxito menor con cirujanos con poca experiencia o en curva de aprendizaje, por lo cual se recomendará en estos casos aplicar la técnica y abordaje quirúrgicos con los que se encuentren más relacionados.

Son raros los casos descritos de recidiva de enfermedad litiasica y la mayoría se debe a una coledocolitiasis residual, aunque es posible que se presente recidiva de colelitiasis en el remanente de vesícula que posea mucosa funcionando.¹⁹ Varias series no refieren presencia de complicaciones posteriores; otras describen complicaciones generales de

la colecistectomía y finalmente, algunas hacen referencia específica a un síndrome de postcolecistectomía por la presencia de cálculos residuales o recidivantes en el muñón cístico largo o en el resto de la vesícula; sin embargo, no se menciona el porcentaje de colecistectomías subtotales que puede llegar a desarrollar dicha complicación que incluso pudiera precisar una reintervención.⁵

CONCLUSIONES

La colecistectomía laparoscópica subtotal es un método apropiado alternativo para resolver cuadros tanto de colecistitis litiasica como no litiasica complicada, logrando que el cuadro agudo y la sintomatología remitan. La colecistectomía subtotal laparoscópica aporta seguridad, pues evita la lesión de vía biliar y al menos en nuestra serie, no se requirieron nuevas reintervenciones quirúrgicas a causa del remanente vesicular. En esta serie la colecistectomía subtotal laparoscópica disminuyó los días de estancia postoperatoria y las complicaciones postoperatorias.

REFERENCIAS

1. Álvarez LF, Rivera D, Esmeral ME, García MC, Toro DF, Rojas OL. Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. *Rev Colomb Cir.* 2013; 28: 186-195.
2. Vergnaud JP, Lopera C, Penagos S. Colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda. *Rev Col Cir.* 2001; 4: 16-19.
3. Satorras AM, Villanueva L, Vázquez J, Pigni L, Salem AM, Ramos A. Colecistitis aguda por recidiva de colelitiasis tras colecistectomía subtotal. *Cir Esp.* 2005; 77: 51-53.
4. Cottier DJ, McKay C, Anderson JR. Subtotal cholecystectomy. *Br J Surg.* 1991; 78: 1326-1328.
5. Beldi G, Glättli A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis. *Surg Endosc.* 2003; 17: 1437-1439.
6. Bornman PC, Terblanche J. Subtotal cholecystectomy: for the difficult gallbladder in portal hypertension and cholecystitis. *Surgery.* 1985; 98: 1-6.
7. Shamiyeh A, Wayand W. Laparoscopic cholecystectomy: early and late complications and their treatment. *Langenbecks Arch Surg.* 2004; 389: 164-171.
8. Kapoor VK. Bile duct injury repair: when? what? who?. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2007; 14: 476-479.
9. Roesch DF, Pérez MA, Díaz BF et al. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. *Cir Gen.* 1998; 20: 239-241.
10. Pérez-Morales A, Roesch-Dietlen F, Díaz-Blanco F, Martínez-Fernández S. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica en la enfermedad litiasica vesicular complicada. *Cir Ciruj.* 2005; 73: 15-18.
11. Johansson M, Thune A, Blomqvist A, Nelvin L, Lundell L. Management of acute cholecystitis in the laparoscopic era: results of a prospective, randomized clinical trial. *J Gastrointest Surg.* 2003; 7: 642-645.
12. Pérez MA, Morales GM, Huerta JM, Roesch DF. Resultados del tratamiento quirúrgico de la iatrogenia de las vías biliares. Experiencia de 25 años. *Cir Gen.* 2005; 27: 52-56.
13. Massarweh NN, Flum DR. Role of intraoperative cholangiography in avoiding bile duct injury. *J Am Coll Surg.* 2007; 204: 656-664.
14. Michalowski K, Bornman PC, Krige JE, Gallagher PJ, Terblanche J. Laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients with complicated acute cholecystitis or fibrosis. *Br J Surg.* 1998; 85: 904-906.
15. Chowbey PK, Sharma A, Khullar R, Mann V, Baijal M, Vashista A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a review of 56 procedures. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2000; 10: 31-34.
16. Madan AK, Aliabadi-Eahle S, Tesi D, Flint LM, Steinberg SM. How early is early laparoscopic treatment of acute cholecystitis? *Am J Surg.* 2002; 183: 232-236.
17. Pérez-Morales AG, Roesch-Dietlen F, Díaz-Blanco F, Martínez-Fernández S, Remes-Troche JM, Ramos De la Medina A et al. Subtotal laparoscopic cholecystectomy in complicated gallbladder lithiasic disease and in the cirrhotic patient. *Cir Gen.* 2008; 30: 161-164.
18. Ouchi K, Mikuni J, Kakugawa Y. Organizing Committee of the 30th Annual Congress of the Japanese Society of Biliary Surgery Laparoscopic cholecystectomy for gallbladder carcinoma: results of a Japanese survey of 498 patients. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2002; 9: 256-260.
19. Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Marín P, Torralba JH, García-Ayllón J. Laparoscopic cholecystectomy vs open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis: a prospective study. *Arch Surg.* 1998; 33: 173-175.