



Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiásica

L. Rebibo, C. Sabbagh, F. Mauvais, J.-M. Regimbeau

El diagnóstico de la colecistitis aguda se basa en una evaluación clínica, de laboratorio y radiológica. Su tratamiento depende de la evaluación de su gravedad, basada en las recomendaciones ofrecidas en la conferencia de consenso que tuvo lugar en Tokio («pautas de Tokio»). El tratamiento quirúrgico está indicado en la colecistitis leve o moderada y cuando fracasa el tratamiento conservador en las colecistitis agudas litiásicas graves. El tratamiento recomendado de la colecistitis aguda litiásica es la colecistectomía, si es posible por vía laparoscópica. Requiere que se respeten unas reglas de seguridad que también son aplicables para la cirugía por laparotomía. La colecistectomía consiste en una disección próxima a la vesícula biliar y una liberación de las hojas peritoneales que permita alejarse de la vía biliar principal. A continuación, se individualizan los elementos del pedículo cístico (arteria y conducto císticos) antes de seccionar estos últimos. El drenaje sistemático del lecho quirúrgico ya no es la regla, pero está indicado en caso de cirugía difícil o hemorrágica o si hay dudas sobre una posible lesión biliar. La antibiotioterapia postoperatoria tampoco es un dogma en la actualidad, en particular en caso de colecistitis aguda litiásica leve o moderada. Algunas situaciones son indicaciones para una laparotomía de entrada, mientras que otras lo son para una conversión en laparotomía, en particular si se producen lesiones hemorrágicas graves, en la colecistectomía difícil o si se sospecha una lesión de las vías biliares.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Colecistitis aguda litiásica; Colecistectomía laparoscópica; Colecistectomía por laparotomía; Colangiografía peroperatoria

Plan

■ Introducción	1
■ Diagnóstico de colecistitis aguda	2
■ Indicación del tratamiento quirúrgico	2
■ Tratamiento perioperatorio	2
Antibiotioterapia	2
■ Reglas anatómicas de seguridad durante la colecistectomía por laparoscopia y por laparotomía (visión crítica de seguridad)	3
Colangiografía peroperatoria	4
Lectura de la colangiografía	5
Técnica de la colangiografía peroperatoria	5
Alternativas	5
■ Drenaje postoperatorio	6
■ Colecistectomía por vía laparoscópica	6
Indicación	6
Colocación del paciente	7
Técnica quirúrgica	7
■ Laparotomía de entrada	9
Indicaciones	9
Colocación del paciente	10
Técnica quirúrgica	10

■ Conversión en laparotomía	12
Indicaciones	12
Conversión por dificultades técnicas	12
Conversión por hemorragia	12
Conversión por sospecha de lesión de las vías biliares	13
■ Casos particulares	13
Dificultad de disección hacia el hígado	13
Dificultad de exposición hacia el pedículo hepático	13
Síndrome de Mirizzi	13
Dificultad de exposición hacia el duodeno	14
Vesícula biliar localizada bajo el lóbulo izquierdo hepático	14
Colecistitis seudotumoral	15
■ Alternativas a la colecistectomía	15
Colecistendesis	15
Colecistostomía	15
■ Conclusión	16

■ Introducción

La colecistitis aguda litiásica (CAL) es la tercera causa más frecuente de ingreso urgente en un servicio de cirugía. En Estados Unidos, se realizan alrededor de 750.000 colecistectomías anuales, y el 20% de estas intervenciones se deben a una CAL. En Francia, se realizaron



Figura 1. Tomografía computarizada abdominal con contraste donde se observa un aspecto de colecistitis aguda litíásica con engrosamiento de la pared de la vesícula biliar, infiltración de la grasa perivesicular y presencia de una litiasis en la vesícula biliar.

alrededor de 37.500 colecistectomías por CAL en 2010, lo que supone un aumento de su incidencia del 5% respecto a 2007^[1]. El tratamiento inicial de la CAL requiere hospitalización, la suspensión de la alimentación oral, la administración intravenosa de antibióticos y la realización de una colecistectomía^[2].

La colecistectomía por CAL se realiza preferentemente por vía laparoscópica, de forma precoz (en los primeros 3 días de evolución)^[3,4]. Sin embargo, en algunos pacientes está indicado realizar una laparotomía de entrada y en otros se requiere una conversión en laparotomía. La decisión de realizar una colecistectomía en una CAL se basa en las recomendaciones de Tokio^[2] y está indicada en caso de colecistitis aguda sin signos de insuficiencia orgánica (grados 1 y 2). También puede ser necesaria en pacientes con insuficiencia orgánica (grado 3) tras el fracaso del tratamiento conservador.

La colecistitis aguda alitiásica, cuya etiología y tratamiento son diferentes, no se describe en este artículo.

■ Diagnóstico de colecistitis aguda

El diagnóstico de CAL se basa en la asociación de tres tipos de signos: clínicos, de laboratorio y radiológicos.

El principal signo clínico es el dolor biliar, de aparición súbita, localizado en el hipocondrio derecho o en el epigastrio, con irradiación en hemicinturón derecho o hacia el hombro derecho. En algunos casos, también puede ser penetrante hacia la espalda. La semiología suele ser nocturna, postprandial y de más de 6 horas de duración. En la exploración física, suele existir hipertermia, un signo de Murphy y defensa a la palpación del hipocondrio derecho.

Las pruebas de laboratorio muestran signos de inflamación y de infección con una elevación de la proteína C reactiva y/o leucocitosis. Las pruebas hepáticas suelen ser normales y si muestran anomalías, debe buscarse una litiasis de la vía biliar principal asociada a la colecistitis.

La exploración de primera elección para el diagnóstico de CAL es la ecografía abdominal. Permite el diagnóstico positivo en más del 90% de los casos^[5]. Los signos ecográficos son: engrosamiento de la pared vesicular (>4 mm), presencia de derrame perivesicular y presencia de una imagen de litiasis intravesicular. Suele observarse un signo de Murphy ecográfico (dolor al paso del transductor de ecografía). La tomografía computarizada (TC) abdominal también permite establecer el diagnóstico de CAL al mostrar los mismos signos que en la ecografía^[6] (Fig. 1), la presencia de edema parietal o de aire intraluminal. La TC abdominal permite detectar los diagnósticos diferenciales

u otras patologías asociadas (neumopatías, etc.) y ayuda a tomar la decisión sobre la vía de acceso quirúrgico que se va a utilizar^[7]. La TC se reserva a los cuadros atípicos tras una ecografía que no aporte datos (en particular, en pacientes obesos) o si se sospecha una forma complicada (cuadro clínico grave).

■ Indicación del tratamiento quirúrgico

La ausencia de criterios estándar para el diagnóstico y la evaluación de la gravedad de las CAL se reflejaban en la gran variabilidad de los resultados en términos de mortalidad en la literatura, y esta ausencia de estandarización impedía proporcionar directivas respecto al tratamiento de los pacientes con CAL. En 2007, un grupo de trabajo analizó los datos de la literatura sobre el diagnóstico y el tratamiento de la CAL, tras lo que dichos datos fueron discutidos por un panel de expertos, lo que permitió establecer un consenso (recomendaciones de Tokio)^[2]. Las CAL se clasifican en función de su gravedad en tres grados según las recomendaciones de Tokio^[2]. De este grado depende el tratamiento quirúrgico o por drenaje de las CAL:

- grado 1 (CAL leve): colecistitis que no responde a los criterios de grado 2 o 3;
- grado 2 (CAL moderada): colecistitis con presencia de uno o varios de los criterios siguientes: leucocitosis igual o superior a 18.000/mm³, masa dolorosa palpable en el hipocondrio derecho, duración de los síntomas mayor o igual a 72 horas, inflamación local marcada (peritonitis biliar, absceso perivesicular, absceso hepático, colecistitis gangrenosa o enfisematosa);
- grado 3 (CAL grave): colecistitis con presencia de una o varias disfunciones orgánicas siguientes: disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere vasopresores), disfunción neurológica (disminución del nivel de consciencia), disfunción respiratoria (relación PaO₂/FiO₂ [presión arterial de oxígeno/fracción inspiratoria de oxígeno] ≤ 300), disfunción renal (oliguria, creatinemia ≥ 115 mmol/l), disfunción hepática (índice normalizado internacional ≥ 1,5), disfunción hematológica (trombocitopenia ≤ 100.000/mm³).

Según las recomendaciones de Tokio, la colecistectomía está indicada en los grados 1 y 2. En presencia de un grado 3, el tratamiento inicial es conservador y requiere un drenaje de la colecistitis (percutáneo o endoscópico). La cirugía se reserva a los fracasos del tratamiento conservador, con una mortalidad del 21,4% en la cirugía para una CAL grave^[8]. La mortalidad global de la CAL es menor del 1%^[9].

Respecto al plazo para proponer una colecistectomía en una CAL, varios metaanálisis han demostrado la superioridad de la colecistectomía precoz (en las primeras 72 horas) respecto a la colecistectomía diferida^[4,10]. La colecistectomía precoz no aumenta la tasa de complicaciones postoperatorias o de conversión en laparotomía y permite disminuir los costes del tratamiento global^[11]. Estos datos se han confirmado en un estudio prospectivo aleatorizado multicéntrico en el que la colecistectomía se realizó en las primeras 24 horas de tratamiento^[12]. En la actualidad, las recomendaciones de las sociedades científicas aconsejan una colecistectomía precoz en las primeras 72 horas^[13,14].

■ Tratamiento perioperatorio

Antibioticoterapia

La colecistitis aguda tiene como punto de partida una obstrucción del conducto cístico por un cálculo que

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3287091>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3287091>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)