

## Ventajas de la coledocorrafia laparoscópica sobre el stent. Experiencia tras seis años

David Martínez Cecilia<sup>a</sup>, Víctor Valentí Azcárate<sup>b</sup>, Kamran Qurashi<sup>c</sup>, Ana García Agustí<sup>c</sup> y Alberto Martínez Isla<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. Navarra. España.

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía. Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

<sup>c</sup>Department of Surgery. Ealing Hospital. Londres. Reino Unido.

**Introducción.** La exploración laparoscópica de la vía biliar principal (ELVBP) es actualmente una alternativa válida en el tratamiento de la coledocolitiasis. Cuando se realiza a través de una coledocotomía, tradicionalmente se ha empleado la colocación de un tubo en T o el cierre primario, pero estos métodos no están exentos de complicaciones. Presentamos nuestra experiencia con un método alternativo mediante el cierre del coléodo sobre una endoprótesis.

**Material y método.** Revisamos retrospectivamente los resultados recogidos de forma prospectiva de 104 pacientes con coledocolitiasis a los que se realizó ELVBP entre enero de 1999 y febrero de 2007. En un primer período se empleó el tubo en T. Desde julio de 2001 el método empleado ha sido el cierre de la vía biliar principal (VBP) sobre una endoprótesis biliar colocada bajo visión directa durante la intervención y retirada, posteriormente, de forma ambulatoria mediante una gastroscopia.

**Resultados.** La técnica descrita se empleó en 70 pacientes consecutivos. La mediana del tiempo operatorio fue de 90 min. No hubo conversión a cirugía abierta. En un 4,2% de los pacientes no se pudo desimpactar los cálculos. La morbilidad fue del 7%, aunque sólo en un 2,8% fue relacionada con el stent (pancreatitis aguda). Un paciente falleció en el postoperatorio. La estancia hospitalaria mediana fue de 4 días.

**Conclusiones.** La utilización de la endoprótesis biliar en el cierre laparoscópico de la VBP proporciona una descompresión eficaz, y aparentemente evita las complicaciones del tubo en T y del cierre primario. Por tanto, debe considerarse como una alternativa válida tras la coledocotomía laparoscópica.

**Palabras clave:** Coledocolitiasis. Coledocotomía. Laparoscopia.

Correspondencia: Dr. D. Martínez Cecilia.  
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo I.  
Hospital Universitario Reina Sofía.  
Avda. Menéndez Pidal, s/n. 14004 Córdoba. España.  
Correo electrónico: david.martinez.cecilia@aecirujanos.es  
Manuscrito recibido el 18-10-2007 y aceptado el 3-4-2008.

### ADVANTAGES OF LAPAROSCOPIC STENTED CHOLEDOCHORRHAPHY. SIX YEARS EXPERIENCE

**Background.** Laparoscopic common bile duct exploration (LCBDE) is nowadays a valid option in the management of common bile duct stones. T tube and primary closure have been used to close the choledochotomy, but these methods are not free of complications. We present our experience with the stented choledochorrhaphy.

**Material and method.** We retrospectively reviewed the data of 104 patients, who underwent LCBDE between January 1999 and February 2007. T tube was used in the first period. From July 2001 the method of choice has been the closure of the CBD over an endoprosthesis placed under direct view and later removed by gastroscopy.

**Results.** The technique was performed on 70 consecutive patients. Median operation time was 90 minutes. There was no conversion to open surgery. Stones could not be retrieved in 4.2% of patients. The median hospital stay was 4 days. Morbidity was 7%, although only 2.8% was related to the stent (acute pancreatitis). Postoperative mortality was 1.4%.

**Conclusions.** The stented laparoscopic choledochorrhaphy allows an efficient biliary decompression, and seems to avoid the complications of the T tube and primary closure. This method should be considered as a valid option after choledochotomy.

**Key words:** Choledocholithiasis. Choledochotomy. Laparoscopy.

### Introducción

La exploración quirúrgica laparoscópica de la vía biliar principal (ELVBP) se ha convertido en una opción válida en pacientes con colecistocoledocolitiasis<sup>1</sup>, que puede realizarse por vía transclávica o mediante coledocotomía, en función del número, el tamaño y la localización de los cálculos.

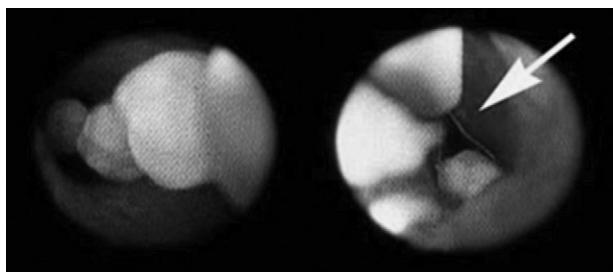


Fig. 1. Litiásis en la vía biliar principal y su extracción con cesta de Dormia (flecha).

Cuando se realiza una coledocotomía laparoscópica, el cierre de la vía biliar puede ser primario o sobre un tubo en T. Este último no está exento de morbilidad y mortalidad, y se ha relacionado con colangitis<sup>2</sup>, obstrucción de la vía biliar principal (VBP) por migración del tubo en T<sup>3</sup> y fugas biliares<sup>4</sup>, eliminando en parte las ventajas del abordaje laparoscópico. En un intento por disminuir estas complicaciones se ha empleado el cierre primario sin descompresión de la vía biliar<sup>5</sup>. Sin embargo, este método no ha conseguido mejorar los resultados del tubo en T, y se ha relacionado con peritonitis biliar, fistula biliar persistente, colecciones intraabdominales y litiasis residual<sup>6,7</sup>. Actualmente no hay evidencia en la literatura para recomendar la utilización del cierre primario sobre el tubo en T tras la ELVBP<sup>7</sup>. El cierre de la VBP sobre una endoprótesis se ha propuesto como una solución intermedia.

Ante unos resultados insatisfactorios con el tubo en T, nuestra unidad desarrolló un método para el cierre de la VBP sobre endoprótesis, colocándola bajo visión directa<sup>8</sup>. El objetivo del presente trabajo es analizar nuestra experiencia tras 6 años de utilizar esta técnica.

## Pacientes y método

Entre enero de 1999 y febrero de 2007, se realizó ELVBP a 104 pacientes. Todas las intervenciones fueron realizadas o supervisadas por el mismo cirujano (A.M.I.) y registradas en una base de datos de forma prospectiva.

En una primera etapa, hasta julio de 2001, el método empleado para la descompresión y el cierre de la VBP fue el tubo en T, que se aplicó a 34 pacientes. A partir de esa fecha se realizó el cierre de la vía biliar sobre una endoprótesis en los siguientes 70 pacientes, quienes conforman el grupo de estudio.

Todas las intervenciones se iniciaron con una colecistectomía. Posteriormente, se realizó coledocotomía y exploración de la VBP, con extracción de cálculos. La técnica utilizada como método para descomprimir la VBP y proteger la coledocorrafia fue la colocación de una endoprótesis o stent biliar bajo visión directa según técnica previamente publicada<sup>9</sup>.

La ELVBP se realiza mediante 4 puertas de entrada en disposición francesa para colecistectomía, con un trócar adicional de 7 mm en el cuadrante superior derecho. Inicialmente se realiza una colangiografía intraoperatoria a través de un catéter introducido por vía transcística. Posteriormente, se realiza la colecistectomía laparoscópica, seguida de la extracción de cálculos a través de una coledocotomía longitudinal de unos 10 mm. La coledocotomía usualmente se practica a nivel de la unión del conducto cístico con la VBP, ligeramente distanciada del borde superior del duodeno. Finalmente, tras el aclaramiento de la VBP (fig. 1), se coloca de modo anterógrado una endoprótesis recta biliar de 7 cm y 10 Fr bajo visión directa, seguida del cierre de la VBP con puntos sueltos de material absorbible (fig. 2); este último paso se realiza mediante una técnica desarrollada en nuestra unidad y publicada previamente<sup>8,9</sup>. Sistématicamente se coloca un drenaje intraabdominal tipo Robinson (tubo de silicona) que se retira a las 24-36 h.

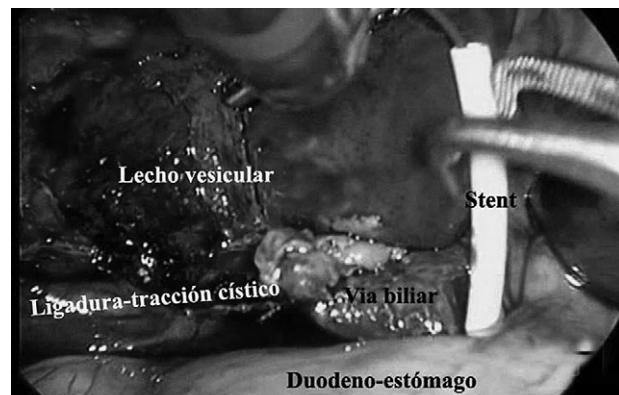


Fig. 2. Inserción del stent en la vía biliar principal a través de la coledocotomía.

La endoprótesis se retira entre 4 y 6 semanas tras la operación mediante una endoscopia digestiva alta de forma ambulatoria.

## Análisis estadístico

Se llevó a cabo con el programa StataQuest 4.0 (Stata Corporation, College Station, Texas, Estados Unidos). Los parámetros que obtuvieron una distribución normal se presentan como media y desviación estándar, y los de distribución no normal, mediante mediana y rango intercuartílico.

## Resultados

Se intervino de forma consecutiva a 70 pacientes, 49 mujeres y 21 varones; la media de edad fue  $56 \pm 17$  años. En nuestro conocimiento, este grupo constituye la experiencia más extensa publicada en la utilización de esta técnica. El diámetro de la VBP tuvo una mediana de 12 (intervalo, 10-15) mm. La litiasis en la vía biliar se confirmó durante la cirugía en 69 (98,5%) pacientes; hubo un 1,5% de falsos positivos. La mediana de cálculos extraídos de la VBP por paciente fue 1 (1-3). La mediana del tiempo operatorio fue 90 (67-120) min.

Un (1,4%) paciente precisó la colocación de un stent asociado a un tubo en T, como consecuencia de la producción de una falsa vía secundaria a la instrumentación para desimpactar un cálculo de gran tamaño. Se optó por esta opción por considerarla de mayor seguridad. Este paciente no presentó complicaciones en el postoperatorio.

En el resto de los pacientes (98,6%) se realizó la coledocorrafia sobre el stent sin incidencias.

No hubo conversión a cirugía abierta en ningún caso, aunque no siempre fue posible la extracción completa de los cálculos. Así, se consideró fracaso de la ELVBP cuando no se pudo desimpactar en su totalidad los cálculos con la técnica descrita. Esto ocurrió en 4 (5,6%) pacientes; una paciente precisó de técnica mano-asistida, con resultados satisfactorios. Los otros 3 presentaron cálculos impactados en la papila, y precisaron de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el postoperatorio. Ésta fue facilitada por el stent, y se consiguió extraer los cálculos sin incidencias (fig. 3).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4253967>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4253967>

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