



Original

Colecistectomía laparoscópica subtotal como alternativa quirúrgica segura en casos complejos



Génesis Jara*, José Rosciano, Wuendys Barrios, Liumariel Vegas, Omaira Rodríguez, Renata Sánchez y Alexis Sánchez

Hospital Universitario de Caracas, Caracas, Venezuela

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de marzo de 2017

Aceptado el 24 de julio de 2017

On-line el 14 de septiembre de 2017

Palabras clave:

Colecistectomía subtotal

Laparoscopia

Visión crítica

RESUMEN

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es uno de los procedimientos quirúrgicos realizados con más frecuencia a nivel mundial en el campo de la cirugía general, por lo que es fundamental que el cirujano conozca las diferentes alternativas al momento de enfrentarse con un caso complejo. Bajo esta premisa, es importante considerar la colecistectomía laparoscópica subtotal como una opción, cuando después de una adecuada disección, no se logra identificar las estructuras anatómicas y no se obtiene la visión crítica de seguridad. Este procedimiento cursa con baja morbilidad y con las ventajas ampliamente conocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes a quienes se les realizó colecistectomía laparoscópica subtotal en un periodo de 8 años.

Resultados: Se realizaron 1.059 colecistectomías laparoscópicas. De estas, 22 correspondieron a colecistectomías subtotales. No se registraron lesiones de vía biliar ni conversiones. Las complicaciones más frecuentes fueron la fístula biliar (9%) y la colección intraabdominal (4,5%). No hubo mortalidad asociada al procedimiento. Durante un periodo de seguimiento promedio de 32 meses, no se observó recurrencia de sintomatología.

Conclusiones: La colecistectomía laparoscópica subtotal es un procedimiento efectivo, seguro y reproducible. Debe ser considerada como una opción en casos complejos.

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a surgical alternative to reduce complications in complex cases

A B S T R A C T

Introduction: Laparoscopic cholecystectomy is a common procedure in general surgery, and in complex cases it is important for the surgeon to know all the alternatives with low associated morbidity. Laparoscopic subtotal cholecystectomy should be considered as an option when a critical view of safety cannot be obtained, because it has a low complication rate and gives the advantages of minimally invasive surgery.

Keywords:

Subtotal cholecystectomy

Laparoscopy

Critical view

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: genesisjara1708@gmail.com (G. Jara).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.07.013>

0009-739X/© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methods: Retrospective study of laparoscopic subtotal cholecystectomies in an eight years period.

Results: A total of 1,059 laparoscopic cholecystectomies were performed; 22 were subtotal cholecystectomies, without conversion. Biliary fistula (9%) and intraabdominal collections (4.5%) were the most common complications described. No iatrogenic bile duct injuries or deaths were reported. Our follow-up period was 32 months, no recurrences were reported.

Conclusions: Laparoscopic subtotal cholecystectomy is a safe and effective procedure. It should be considered as an option in complex cases.

© 2017 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde la introducción de la colecistectomía laparoscópica en el campo de la cirugía general y el conocimiento de las múltiples ventajas que ofrece, este abordaje se estableció rápidamente como el tratamiento de elección en los pacientes con litiasis vesicular, siendo considerado como un procedimiento efectivo y con baja morbilidad¹⁻⁴.

Existen casos complejos con los que se enfrenta el cirujano al momento de realizar una colecistectomía laparoscópica, como el síndrome de Mirizzi, las colecistitis graves y la cirrosis hepática, donde no se pueden identificar adecuadamente las estructuras anatómicas y la visión crítica de seguridad no puede ser lograda, lo que conduce a un riesgo quirúrgico mayor con la posibilidad de lesionar la vía biliar⁵⁻⁷. En estos casos se han planteado las siguientes opciones: convertir el procedimiento, colecistostomía o colecistectomía laparoscópica subtotal^{8,9}.

La conversión a cirugía abierta resuelve el problema en un solo tiempo quirúrgico, sin embargo, no garantiza que se identifiquen adecuadamente las estructuras anatómicas y por lo tanto no exime de causar una lesión de vía biliar; por otro lado, con la conversión se pierden las ventajas que aporta la cirugía laparoscópica. En cuanto a la colecistostomía, se puede realizar por vía laparoscópica, sin embargo, no se resuelve el problema en un solo tiempo y al paciente se le debe realizar un nuevo procedimiento quirúrgico. Por otro lado, la colecistectomía laparoscópica subtotal no solo tendría la ventaja de mantener los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, sino que además resuelve el problema en un solo tiempo, haciéndola una herramienta ideal en casos complejos^{8,9}.

Este procedimiento ha sido descrito previamente como una alternativa segura en los casos de colecistectomías complejas donde la visión crítica de seguridad no puede ser lograda⁸⁻²².

En este estudio describimos la experiencia de nuestro departamento en la realización de este procedimiento.

Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo que incluyó a pacientes con indicación de colecistectomía laparoscópica, a quienes por hallazgos intraoperatorios se les realizó colecistectomía laparoscópica subtotal, en un periodo de 8 años en el Servicio de Cirugía III del Hospital Universitario de Caracas. Se

excluyeron aquellos cuyo abordaje inicial fue por laparotomía y a quienes se les realizó un procedimiento quirúrgico adicional durante el mismo acto quirúrgico.

La colecistectomía subtotal consiste en la remoción de la mayor parte del órgano, habitualmente realizando el corte del mismo a nivel del infundíbulo¹⁰. Según la clasificación de Henneman et al., existen 4 tipos de acuerdo con la conservación de la pared posterior, el nivel del corte y el manejo de las estructuras remanentes. La de tipo A se basa en conservar la pared posterior, la cual quedaría unida al lecho vesicular, sin cerrar el remanente vesicular; la de tipo B implica conservar la pared posterior cerrando el remanente vesicular; la de tipo C consiste en realizar el corte a nivel del infundíbulo vesicular, con cierre del remanente vesicular, y en la de tipo D, de manera similar, se realiza el corte a nivel del infundíbulo vesicular, sin embargo, no se cierra⁸ (fig. 1).

Descripción de la técnica. El paciente se coloca en decúbito supino, con la torre laparoscópica ubicada hacia el hombro derecho. El cirujano y el asistente de la cámara se colocan del lado izquierdo, y el ayudante, del lado derecho. El neumoperitoneo se realiza mediante la técnica preferida según el cirujano y se procede a la colocación de los trócares. El trócar en la región umbilical será ocupado por la cámara; el segundo trócar se coloca en el epigastrio; el tercer trócar en relación con la línea medio clavicular aproximadamente 2 cm por debajo del reborde costal —estos dos utilizados por el cirujano principal—, y el último trócar, en relación con la línea axilar anterior por debajo del reborde costal, para el ayudante. Sin embargo, es necesario destacar que estos dos últimos pueden variar según el criterio del cirujano luego de precisar la localización de la vesícula.

Se inicia el procedimiento con la tracción del fondo de la vesícula en dirección craneal hacia el hombro derecho del paciente, para exponer el infundíbulo e iniciar la disección e identificación de las estructuras del triángulo cistohepático. Se identifica el infundíbulo vesicular y se realiza la tracción lateral del mismo; posteriormente, se realiza la disección del peritoneo en las caras anterior y posterior de la vesícula, con liberación del infundíbulo del lecho vesicular; con esta maniobra se logra mayor tracción lateral y es indispensable para lograr la visión crítica de seguridad. En el caso de no lograrse la visión crítica, se procede a realizar un corte a nivel del infundíbulo con energía monopolar o ultrasónica (dependiendo de la disponibilidad), se verifica la ausencia de litiasis en el remanente vesicular bajo visión directa, después se cierra con sutura de poliglactina 910, calibre 2-0, puntos

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5728515>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5728515>

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