



La Colectomía Laparoscópica, Sigue las Reglas de la Cirugía Biliar

R.C. PRADERI, MD., A. COLET, MD.

En 1989 enunciarnos las 4 reglas de la cirugía biliar en un Editorial (1) de la Revista Española de Cirugía. Decíamos entonces:

Es importante resumir la experiencia obtenida en más de cien años de cirugía biliar convencional (2, 3).

Actualmente no sólo se manipula la vía biliar con el vientre abierto sino que se realizan maniobras por otras vías.

Los endoscopistas efectúan papilotomías, extraen cálculos y colocan catéteres por vía duodenal.

Los radiólogos por vía transhepática percutánea instalan drenajes de la vía biliar, pasan catéteres transtumorales, efectúan maniobras endoscópicas para extraer cálculos, para dilatar anastomosis estenosadas e irradiar con Iridio radioactivo los neoplasmas canaliculares.

Tanto los unos como los otros dejan prótesis a través de tumores de vías biliares, vesícula o páncreas.

El extremo inferior de estos tubos perdidos, queda en el duodeno y el superior en la vía biliar.

También cirujanos y radiólogos utilizan la tercera vía de acceso no operatoria: el túnel de coledocostomía que comunica la piel con el colédoco, método este que ya fue usado por Kehr (4) y Quenu a principio de este siglo y que fue reinventado por Mondet (5) y Mazzariello (6) en la Argentina entre 1962 y 1966.

Si bien es utilísima la aplicación de estos métodos combinados a veces entre sí o asociadas a maniobras quirúrgicas, es muy importante que los recién llegados a la vía biliar sepan cuáles eran las reglas de juego que ya habíamos establecido los cirujanos para el tratamiento de estos enfermos durante muchos años.

Hemos resumido toda nuestra experiencia en las siguientes cuatro leyes:

- 1) **Permeabilidad longitudinal** desde el hepatocito al intestino.
- 2) **Hermeticidad parietal** de los conductos biliares y las anastomosis biliodigestivas.
- 3) **Evitar la litogénesis**, mediante la resección de la vesícula biliar y la supresión de los factores litógenos sobre la vía biliar principal (hilos irreabsorbibles).
- 4) **Mantener la virginidad bacteriológica de la vía biliar** tratando de conservar el esfínter de Oddi para evitar la contaminación por reflujo y cuidando de no invertir el flujo biliar por los tubos del drenaje transhepático, transtumoral y transpapilar que "sifonean" el duodeno haciendo pasar el contenido séptico por dentro del hígado (7).

Las dos primeras reglas son obvias y no es preciso explicarlas. La tercera ya fue enunciada por Langenbuch (8) en su libro cuando publicó los resultados de las primeras colectomías. Los endoscopistas no la cumplen, así como tampoco la cuarta regla, cuando hacen papilotomías en pacientes con vesícula; un porcentaje de éstos termina en colecistitis aguda por no reseca la vesícula viable en enfermos con reflujo.

La colectomía laparoscópica (9, 10) cumple con las 4 reglas, siempre que se efectúa colangiografía operatoria para asegurar la permeabilidad de la vía biliar principal. Creemos que esta técnica es mejor que efectuar estudios radiológicos contrastados de la vía biliar preoperatorios, con o sin tomografía lineal. Ningún procedimiento puede mejorar a una buena colangiografía operatoria.

Actualmente es posible efectuar coledocolitotomías para cumplir con la primera regla, por vía laparoscópica (11).

La operación termina dejando en el colédoco un drenaje simple (Quattlebaum, 12) igual al viejo *hepaticus drainage* de Kehr; Petelin (13) en cambio, coloca a través de sus canutos metálicos un tubo en T de Kehr después de extraer los cálculos, tal como hacemos los viejos cirujanos biliares.

Doctores: Raúl C. Praderi, Prof. de Clínica Quirúrgica, y Andrés Colet, Prof. Adj. de Cirugía, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay.

La cirugía biliar laparoscópica que tan rápidamente se ha difundido en el mundo, tiene un promisorio futuro, pues está impulsada por 4 intereses muy importantes:

- 1) De las Compañías de Seguros que reducen los gastos de internación de los pacientes colecistectomizados.
- 2) De los empleados en fábricas y oficinas, que disminuyen el ausentismo por enfermedad de los litiasicos sometidos a cirugía.
- 3) De los fabricantes de estos costosos instrumentos que han saturado la sociedad de consumo quirúrgico, perfeccionándolos cada vez más.
- 4) De los pacientes que no ven cómo son operados, pues confían en sus cirujanos, pero se benefician doblemente por el menor tamaño de la cicatriz operatoria y el consiguiente mínimo dolor posoperatorio.

Esta nueva técnica se está imponiendo con una velocidad asombrosa por las razones antedichas, pero estamos observando en la literatura complicaciones y accidentes que no habían sido descritos hasta ahora, como la hipoxia por absorción de anhídrido carbónico, las quemaduras de la cava y la porta por láser, lesiones de la arteria hepática, císticos abiertos y colédocos quemados o grapados. Ha cambiado la moda de los accidentes; antes eran ligaduras laterales.

Confiamos en que con mayor experiencia y habilidad técnica mejoren las estadísticas en los próximos años.

Existe acuerdo casi universal en que esta técnica debe ser realizada por cirujanos con experiencia en cirugía biliar convencional.

Deben tener flexibilidad táctica para cambiar por cirugía a cielo abierto cuando se presentan dificultades.

Finalmente, debemos señalar que esta operación nueva compite con una de las intervenciones más perfectas de la cirugía clásica: la colecistectomía.

Como la ha llamado Mc Sherry (14) es el estándar de oro por su mortalidad casi nula e inofensiva morbilidad. Estamos revisando nuestras estadísticas (15) en las cuales constatamos estos hechos y un porcentaje de litiasis residual de 0.4%. Además, hemos encontrado patología incidental en el 10% de los casos en una serie de 4.000 colecistectomías (16); por cada 40 operaciones realizamos en una de ellas procedimientos para tratar estas afecciones que pueden ser, a veces, más graves o riesgosas para el paciente que la litiasis vesicular. Esta cirugía complementaria no es imposible por vía laparoscópica, aunque con ella no siempre es fácil detectar tales afecciones.

Bailey y colaboradores (17), han asociado vaguectomías por vía laparoscópica. Posiblemente en un futuro próximo se podrán tratar otras patologías asociadas.

REFERENCIAS

1. Praderi R: Las Cuatro Reglas de la Cirugía Biliar. Editorial. Cir Española 1989; 45: 345
2. Praderi R: One Hundred Years of Biliary Surgery. Surg Gastroenterol 1982; 1: 269
3. Praderi R: Sintesi Storica ed Evoluzibne delle Conoscenze in Tema di Malattie Bilio-Pancreatiche. En: Hess W, Cirenei A, Rohner A, Akovbiantz A: "MALATTIE DELLE VIE BILIARI E DEL PANCREAS". Padova, Piccin, 1990
4. Kehr H: Chirurgie der Gallenwege. Stuttgart, Enke, 1913
5. Mondet A: Técnica de la extracción incruenta de los cálculos en la litiasis residual del colédoco. Bol Soc Cirug, Buenos Aires 1962; 46: 278
6. Mazzariello R: La extracción instrumental de los cálculos biliares residuales. Bol Soc Arg Cirug 1966; 27: 640
7. Praderi R, Estefan A, Tiscornia E: Transhepatic Intubation in Benign and Malignant Lesions of the Biliary Ducts. Curr Probl Surg 1985 Dec; 22: 1
8. Langenbuch K: Chirurgie der Leber und Gallenblase. Stuttgart, Enke, 1984
9. Reddick E J, Olsen D D: Laparoscopic Lasser Colecistectomía a Comparision with Mini-Lap. Cholecistectomy. Surg Endosc 1989; 3: 131
10. Dubois F, Icard P, Berthelot G, Levard H: Coelioscopic Cholecistectomy. Ann Surg 1991; 211: 60
11. Mc Entee G, Grace P A, Bouchier-Hayer D: La Colecistectomía Laparoscópica y el Colédoco. Editorial. Brit J Surg (Edición Española) 1991; 6: 1
12. Quattelbaum J K Jr, Flanders D: Laparoscopic Treatment of Common Bile Duct Stones. Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 26
13. Petelin J: Laparoscopic Approach to Common Duct Pathology. Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 33
14. Mc Sherry Ch K: Cholecistectomy: The Gold Standard. Am J Surg 15.
15. Czarnevicz D, Fernández R, Rodríguez G, Praderi R: Análisis de una serie personal de 500 colecistectomías. Presentado en el 42º Congreso Uruguayo de Cirugía (Punta del Este), Dic 1991. (Por publicarse en Cirugía del Uruguay en 1992)
16. Czarnevicz D, Iacopino J, Odriozola M, Estefan A, Praderi R: Patología Incidental en Cirugía Biliar. Hallazgos en 4.000 operaciones. Presentado en el 42º Congreso Uruguayo de Cirugía (Punta del Este), Dic 1991. (Por publicarse en Cirugía del Uruguay en 1992).
17. Bailey R W, Flowers J, Graham S, Zucker K: Combined Laparoscopic Cholecistectomy and Selective Vagotomy. Surg Laparosc Endosc 1991; 1: 45