



Complicaciones de la Colectectomía Laparoscópica *

La colectectomía por laparoscopia se ha convertido en la nueva "terapia de oro" para la colelitiasis a pesar de no existir un estudio aleatorio prospectivo que demuestre su superioridad en comparación con la colectectomía abierta. Varios estudios en los cuales se han comparado los dos procedimientos, han demostrado que los pacientes sometidos a colectectomía laparoscópica presentan menos dolor, deben permanecer menos tiempo en el hospital y regresan más pronto a sus actividades normales (1). Sin embargo, existe el temor de que la colectectomía laparoscópica pueda generar más complicaciones que la colectectomía abierta tradicional.

Las complicaciones de la colectectomía por laparoscopia se pueden dividir en tres clases: las debidas concretamente a la laparoscopia como la lesión producida por el trócar al intestino o a los grandes vasos; problemas causados por la insuflación peritoneal; las complicaciones de la colectectomía propiamente, como la lesión del colédoco, retención de cálculos en este canal, lesiones al duodeno o a las estructuras portales, hemorragia hepática o absceso intraabdominal, a las que habría que agregar las diversas complicaciones posibles en la cirugía abdominal (cardíacas, cerebrovasculares, pulmonares, trombóticas). Un hecho que no debe considerarse como complicación es la necesidad de convertir electivamente la operación laparoscópica en un procedimiento convencional abierto, puesto que se trata de un juicio quirúrgico prudente.

Entre noviembre de 1989 y agosto de 1991 se realizó en el Hospital Barnes del Centro médico de la Universidad de Washington en San Luis, un estudio prospectivo de 618 pacientes sometidos a colectectomía laparoscópica. Durante ese período se realizó conversión a la colectectomía abierta en 18 pacientes (2.9%) debido a adherencias o anatomía poco clara (14 pacientes), cálculos en el colédoco (3 pacientes) y una lesión del colédoco (1 paciente). En total, 10 pacientes (1.6%) tuvieron complicaciones mayores y otros 13 (2.1%) complicaciones menores. Hubo complicaciones laparoscópicas en 4 pacientes (0.6%); entre ellas, una lesión del yeyuno que pasó inadvertida y fue necesario hacer una nueva operación; un episodio de taquicardia ventricular, una hernia inguinal incarcerada y

una lesión uretral debido al paso incorrecto de una sonda de Foley. En otros 4 pacientes hubo complicaciones atribuibles a la colectectomía. Entre ellas 1 paciente con una lesión del colédoco (0.2%) caracterizada por una lesión lateral producida por la colocación de un colangiocatéter; esta coledocotomía se reparó con un tubo en T. Otro paciente presentó una colección de bilis como consecuencia de la sección de un canal accesorio, lo que produjo escape de bilis; para corregirlo fue necesaria una nueva exploración. Otros 2 pacientes presentaron retención de cálculos en el colédoco, condición que se trató sin cirugía. Por último, 10 pacientes (1.6%) tuvieron diversas complicaciones, entre ellas 4 infecciones superficiales de la herida, 3 casos de atelectasia leve, 1 infarto del miocardio, 1 trombosis venosa profunda y 1 obstrucción intestinal parcial. Hasta la fecha no ha habido muertes. Estos resultados se comparan favorablemente con otros estudios anteriormente publicados sobre colectectomía laparoscópica. En esos estudios, la mortalidad es escasa, la tasa de complicaciones mayores oscila entre el 0.6 y el 3.4%, y las lesiones del colédoco se han informado entre el 0 y el 0.7% de los casos.

Cuando se reconocen las complicaciones, éstas deben tratarse con prontitud para evitar mayores secuelas adversas. Cuando hay complicaciones por insuflación de CO₂, es necesario liberar el gas y descomprimir el abdomen. Cuando se producen laceraciones de las estructuras intraabdominales, es preciso abrir y reparar las heridas con técnicas corrientes. Cuando hay complicaciones por la colectectomía, se deben tomar medidas de manejo quirúrgico corriente para corregir las lesiones del colédoco. Si hay colección de bilis en el posoperatorio, la gamagrafía con radioisótopos permite determinar si se trata de un escape permanente que exige algo más que un simple drenaje percutáneo. En la mayoría de los casos, colocando un *stent* con endoscopia y haciendo el drenaje se resuelve el problema (8).

Lo importante es que los cirujanos utilicen estrategias eficaces para evitar o disminuir la incidencia de complicaciones causadas por la colectectomía laparoscópica. A fin de prevenir las complicaciones de la laparoscopia es

* Conferencia dictada por el doctor Nathaniel J. Soper durante el XVIII Congreso "Avances en Cirugía" de la Sociedad Colombiana de Cirugía en agosto de 1992, en Bogotá, D.C., Colombia.

Doctor Nathaniel J. Soper, Prof. Asist. de Cirugía, Dpto. de Cirugía de la Facultad de Medic., U. de Washington, San Luis, Missouri, U.S.A.

preciso realizar con cuidado la insuflación abdominal, incluyendo la inserción abierta o en un sitio alternativo para colocar el primer trócar en los pacientes que tienen cicatrices abdominales. Para prevenir las complicaciones de la colecistectomía es necesario realizar la disección metódica del infundíbulo y el conducto cístico, comenzando en la pared misma de la vesícula biliar y despejando tanto el triángulo de Calot como la cara lateral del mismo (10). Es necesario obtener colangiogramas intraoperatorios siempre que se presente confusa la anatomía. Utilizar instrumentos

oblicuos con inclinación de 30° en el extremo anterior (en lugar de visualización posterior de 0°), contribuye a mejorar la visualización de la *porta hepatis*, y son útiles en ciertos casos.

A fin de minimizar las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica, el cirujano debe proceder con gran cuidado y utilizar una técnica metódica. Cuando ocurre la complicación inevitable se debe tratar con presteza, con lo cual se previenen secuelas graves.

REFERENCIAS

1. Soper N J, Barteau J R, Clayman R U, Ashley S W, Dunnegan D L: Laparoscopic vs. Standard open cholecystectomy: Comparison of early results. *Surg Gynecol Obstet* (En prensa).
2. The Southern Surgeons Club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Engl J Med* 1991; 324:10-73-8
3. Cuschieri R, DuBois F, Mouiel J et al: The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-7
4. Spaw A T, Reddick E J, Olsen D O: Laparoscopic laser cholecystectomy; Analysis of 500 procedures. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1:2-7
5. Bailey R W, Zucker K A, Flowers J L, Scovill W A, Graham S M, Imbebo A L: Laparoscopic cholecystectomy: Experience with 375 consecutive patients. *Ann Surg* 1991; 214: 531-40
6. Wolfe B M, Gardiner B N, Leary B F, Frey C F: Endoscopic cholecystectomy: An analysis of complications. *Arch Surg* 1991; 126:1192-6
7. Graves H A, Ballinger J F, Anderson W J: Appraisal of laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1991; 213:655-62
8. Peters J H, Gibbons G D, Innes J T et al: Complications of laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1991; 110:769-78
9. Schirmer B D, Edge S B, Dix J, Hyser M J, Hanks J B, Jones R S: Laparoscopic cholecystectomy: Treatment of choice for symptomatic cholelithiasis. *Ann Surg* 1991; 213:665-76
10. Soper N J: Laparoscopic cholecystectomy. *Curr Probl Surg* 1991; 28:583-655



Estos son nuestros servicios. Utilícelos

SERVICIO DE CORREO ORDINARIO
SERVICIO DE CORREO CERTIFICADO
SERVICIO DE CERTIFICADO ESPECIAL
SERVICIO ENCOMIENDAS ASEGURADAS
ENCOMIENDAS CONTRA REEMBOLSO
SERVICIO CARTAS ASEGURADAS
SERVICIO DE FILATELIA
SERVICIO DE GIROS
SERVICIO ELECTRONICO BUROFAX
SERVICIO INTERNACIONAL APL/SAL
SERVICIO "CORRA"
SERVICIO RESPUESTA COMERCIAL
SERVICIO TARIFA POSTAL REDUCIDA
SERVICIOS ESPECIALES

Teléfonos para quejas y reclamos :
334-03-04 y 341-55-36, Bogotá

Cuente con nosotros
Hay que creer en los correos de Colombia