

Conversiones en colecistectomía laparoscópica

Conversions in laparoscopic cholecystectomy

Dr. José Luis Reguero Muñoz.; Dr. Israel González Moya; Dr. Nelson Camacho Álvarez; Dr. Adalio Fragela Pacheco; Dra. Milena Silva Pupo

Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se presentaron los resultados de las conversiones a cirugía abierta en 4 000 pacientes operados mediante colecistectomía laparoscópica en un período de cinco años en el Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey. En nuestra serie fueron convertidos a cirugía abierta 18 pacientes para un 0, 004 %, cifra inferior a la reportada en la literatura. El 61, 1 % de los pacientes convertidos fueron del sexo femenino, y el 44, 4 % tenían entre 41 y 60 años de edad. Las enfermedades asociadas más frecuentes fueron las cardiovasculares. Las principales causas de conversión en nuestra serie fueron las colecistitis agudas, con predominio de los pacientes con 72 horas o más de evolución, y las fístulas bilioentéricas. No hubo mortalidad.

DeCS: CONVERSIONES; COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

ABSTRACT

Results of conversions to open surgery in 4 000 patients operated through laparoscopic cholecystectomy in a period of five years at Manuel Ascunce Domenech Provincial Hospital in Camagüey were presented . In our series 18 patients were converted to open surgery for 0,004 %, figure lower the reported in literature. The 61, 1 % of patients converted were feminine, and 41, 4 % from 41 to 60 years old. The most frequent associated disease were cardiovascular. The main causes for conversion in our series were acute cholecystitis prevailing patients with 72 hours or more of evolution, and bilioenteric fistula. There was no mortality.

DeCS: CONVERSIONS, LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica ha llegado a ser en la actualidad el tratamiento de elección para las afecciones vesiculares a través de todo el mundo.

Las ventajas de esta intervención incluyen una corta estadía, menos molestias postoperatorias, mejores resultados cosméticos, así como un rápido retorno a las actividades normales.

No obstante, existen algunos casos en los cuales la colecistectomía no puede ser completada laparoscópicamente y se hace necesaria la conversión a cirugía convencional o abierta. Existen diversos estudios que reportan diferentes rangos de conversión debido a múltiples causas.^{1, 2}

Las causas de conversión a colecistectomía abierta pueden agruparse en aquellas debidas a problemas técnicos como: presencia de adherencias, fibrosis e inflamación, que ocasionan dificultad para la disección del triángulo de Calot, y las que se producen por lesiones intraoperatorias, sobre todo del árbol biliar, así como las del intestino o de estructuras vasculares durante la colocación de trócares y cánulas. Otras indicaciones descritas son el sangramiento y la colédocolitiasis.³

El tema de las conversiones ha recibido gran atención desde el advenimiento y popularización de la cirugía de mínimo acceso para el tratamiento de la litiasis vesicular.

Se considera que las conversiones a colecistectomía abierta representan alternativas aceptables para completar la operación con seguridad y no deben catalogarse como complicaciones.⁴⁻⁶

En el presente estudio se analizan los pacientes operados de colecistectomía laparoscópica que requirieron conversión a cirugía abierta en nuestro Centro.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes programados para colecistectomía laparoscópica y que fueron convertidos a colecistectomía abierta en el período comprendido de julio de 1996 a julio de 2001, ambos incluidos, en el Centro de Cirugía Laparoscópica del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech de Camagüey.

A partir de la encuesta que se le confeccionó a cada paciente, se analizaron las siguientes variables: edad según los siguientes grupos de edades: menores o iguales a 20 años, de 21 a 40 años, de 41 a 60 y más de 60 años; sexo, antecedentes patológicos personales, causas de conversión a cirugía abierta, y en los pacientes con colecistitis aguda, el tiempo de evolución de los síntomas en el momento de la conversión, agrupados en menos de 72 horas y 72 horas o más. También se obtuvo la mortalidad.

Los resultados se expresaron en valores porcentuales, se expusieron en tablas estadísticas y se compararon con resultados de otros trabajos.

RESULTADOS

En el período estudiado fueron operados por colecistectomía laparoscópica 4 000 casos y se convirtieron a cirugía abierta 18 pacientes, lo que representa un 0,004 % de conversiones.

Con respecto a la distribución por grupos de edades, el 44,4 % de los pacientes (8 casos) se encuentra entre 41 y 60 años, y 7 pacientes, para un 38,9 %, corresponden al grupo de mayores de 60 años. (Tabla 1)

Tabla 1. Distribución según grupos de edades

Grupos de edades	Pacientes	%
Años		
Menos de 21	1	5,6
De 21 a 40	2	11,1
De 41 a 60	8	44,4
Más de 60	7	38,9
Total	18	100,0

En este estudio 11 pacientes (61, 1%) pertenecen al sexo femenino y siete al masculino (38, 9 %).

En relación con los antecedentes patológicos personales las enfermedades cardiovasculares estuvieron presentes en nueve pacientes 50 %. Le siguen en orden de frecuencia las enfermedades respiratorias y endocrino-metabólicas, con dos enfermos (11, 1 %) respectivamente. Del total de 18 casos, 11 presentaron antecedentes patológicos y encontramos pacientes con más de una enfermedad asociada. (Tabla 2)

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales

Antecedentes	Pacientes	%
Cardiovasculares	9	50
Respiratorios	2	11,1
Endocrino- Metabólicos	2	11,1

La colecistitis aguda, con predominio de los pacientes con 72 horas o más de evolución, y la fístula bilioentérica fueron las causas más frecuentes de conversión, con cinco pacientes y 27, 8 % cada una. A continuación aparecen el plastrón vesicular, la litiasis coledociana y el sangramiento transoperatorio, con dos casos y 11, 1 %. Las restantes dos causas fueron dificultad técnica para identificar las estructuras en una y lesión de la vía biliar principal en otra. (Tabla 3)

No tuvimos mortalidad en los casos convertidos a cirugía abierta.

Tabla 3. Causas que motivaron la conversión

Causas	Pacientes	%
Colecistitis aguda		
Menos de 72 horas 1	5	27,8
72 horas o más 4		
Fístula bilioentérica	5	27,8
Plastrón vesicular	2	11,1
Litiasis coledociana	2	11,1
Sangramiento transoperatorio	2	11,1
Dificultad técnica identificar estructuras	1	5,5
Lesión de vía biliar principal	1	5,5
Total	18	100,0

DISCUSIÓN

Varios autores revisados consideran que los pacientes mayores de 60 años, junto a otros factores de riesgo, tienen mayores posibilidades de conversión que los más jóvenes.⁷ En la presente serie, el 38,9 % tenían más de 60 años, pero el reducido número de casos nos impide llegar a conclusiones definidas en este aspecto.

El sexo masculino también se menciona como un factor de riesgo de conversión, sobre todo en pacientes ancianos y con historia de 10 o más episodios de cólico biliar.^{6,7}

Sanabria et al comentan que en su serie de 628 casos operados de colecistectomía laparoscópica los cirujanos a menudo se sorprendían por la severidad de la enfermedad encontrada en el momento de la cirugía en pacientes del sexo masculino. Especulaban que los hombres podían solicitar atención médica o seguir las indicaciones del facultativo de realizar una intervención quirúrgica menos frecuentemente que las mujeres, o que podría existir una diferencia en la severidad de la enfermedad en los hombres. Existe también la posibilidad de que haya diferencias en los géneros con respecto al umbral de dolor, distribución de la grasa corporal, protección de la vesícula por el hígado con respecto a la pared abdominal y otros factores antropométricos que pudieran afectar la exactitud del examen físico preoperatorio, pero tales factores no aparecen documentados en la literatura.⁷

Si las aparentes divergencias en el curso clínico de la enfermedad vesicular litiásica entre hombres y mujeres están biológicamente determinadas o sólo reflejan las diferencias de comportamiento entre ambos géneros es algo que está por establecer.

En el presente estudio el número de casos convertidos en hombres es relativamente elevado, si tenemos en cuenta el marcado predominio de las pacientes del sexo femenino que son operadas de cirugía laparoscópica en todas las series, lo cual está en relación con la mayor frecuencia de litiasis vesicular en las mujeres.⁸⁻¹¹

La presencia de enfermedades asociadas no influyó en la determinación de pasar a cirugía abierta en ninguno de los pacientes con conversión.

Para Sanabria, la presencia de adherencias y la anatomía poco clara ocasionan el mayor número de conversiones.⁷ Shea reporta en un metanálisis que incluye 78 000 casos, 41 lesiones del árbol biliar y 12 lesiones de intestino como causa de conversión, un número muy pequeño, si tenemos en cuenta la vasta casuística. Las conversiones fueron debidas a problemas técnicos en el 55 % de los casos.³

Otros reportan también predominio de los factores técnicos con respecto a las lesiones como motivos de conversión.⁵

En esta serie, el 94 % de las conversiones se debieron a razones técnicas, y sólo tuvimos una lesión de la vía biliar principal. Este resultado con respecto a la baja ocurrencia de lesiones es muy inferior a lo reportado, pues se considera que el 15 % de las conversiones ocurren debido a una lesión.³ La lesión del colédoco es una complicación severa, cuya frecuencia disminuye con la experiencia del cirujano.¹² Se reporta una frecuencia de 0, 1 a 0, 5 % en la mayoría de los estudios. Para disminuir su ocurrencia algunos recomiendan el uso sistemático de la colangiografía transcística intraoperatoria,¹³ pero nosotros no la utilizamos de rutina y esto no afectó nuestro bajo índice de ocurrencia de esta lesión.

La colecistitis, una de las dos razones para conversión más frecuentes en el presente estudio, aparece también en otras revisiones entre las causas más importantes. Aunque actualmente la colecistectomía laparoscópica se considera técnicamente posible en la mayoría de los casos de colecistitis aguda, algunos autores señalan las 72 horas como el tiempo límite, por encima de lo cual la tasa de conversiones se incrementa de forma importante, debido a la induración, hipervascularidad y presencia de abscesos o necrosis.¹⁴ Se plantea que la operación temprana dentro de las 72 horas de evolución, ofrece beneficios, tanto médicos como económicos.¹⁵

De nuestros cinco pacientes convertidos a cirugía abierta por colecistitis, cuatro tenían más de 72 horas de evolución, lo que reafirma este criterio.

Nuestro porcentaje de conversiones es marcadamente inferior al reportado en los trabajos revisados. Los más altos índices los informan et al (10, 6 %) y Russell (5, 2 %), así como Bandurski (5, 3 %).^{2, 6, 12} En el metanálisis realizado por Shea, reporta un rango de 0, 04 a 0, 05 %.³

Consideramos que el índice tan bajo de conversiones en la serie presentada por nosotros se debe, en gran parte, a que las operaciones son realizadas por un colectivo pequeño de tres cirujanos con un gran volumen de casos, lo que ha permitido la adquisición de habilidades en la realización de colecistectomía laparoscópica. El índice de complicaciones en cirujanos que han operado menos de 100 procedimientos laparoscópicos se ha reportado cuatro veces más que en de cirujanos con más experiencia. Debido a la curva de aprendizaje asociada con las intervenciones laparoscópicas, la ocurrencia de complicaciones debe disminuir después de 30 a 50 operaciones. La experiencia quirúrgica en este procedimiento se ha relacionado con un índice bajo de lesiones y de conversiones.¹⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarcoveanue E, Bradea C, Georgescu S, Stratan I, Zugun F. The value of laparoscopic cholecystectomy in the treatment of gallbladder pathologies. Rev Med Chir Sol Med Nat Iasi 1995; 99 (3-4): 77-85.
2. Bandurski R, Zalewski B, Kamocki Z, Piotrowski Z, Stocki W, Cepowicz D. Laparoscopy Cholecystectomy conversion causes and surgical procedures. Wiad Lek 1997; 50: 231-4.
3. Shea JA. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A Meta-analysis. Ann Surg 1996; 224: 609-20.
4. Lehotsk L, Hu tan M. Rehasnos for conversion in laparoscopic cholecystectomy. Gratis Lek Listy 1995; 96 (9) : 496-8.
5. Wiebke EA, Pruitt AL, Howard TJ. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. Surg Endosc 1996; 10: 742-45.
6. Russell JC et al. Symptomatic cholelithiasis: a different disease in men ? Connecticut Laparoscopic Cholecystectomy Registry. Ann Surg 1998; 227 (2): 195-200.

7. Sanabria JR, Gallinger S, Croxford R. Risk factors in elective laparoscopic cholecystectomy for conversion to open cholecystectomy. J Am Coll Surg 1994; 179: 696-704.
8. Reguero Muñoz JL, González Moya I, Camacho Alvarez N. Colectomía laparoscópica. Informe de 1 100 pacientes operados. Revista Electrónica "Archivo Médico de Camagüey" 1999; 3 (2) Disponible en: <http://www.cmw.sld.cu/amc>.
9. Bender JS, Zenilman ME. Immediate laparoscopic cholecystectomy as definitive therapy for acute cholecystitis. Surg Endosc 1995; 9 (10): 1081-4.
10. Collet D. La cholecystectomie laparoscopique en 1994. Ann Chir 1996; 50(3): 241-51.
11. Constant E, Janssen P, Nys JM, Fouly PE, Lemmes F, Hachez L, Hauters P. Prospective analysis of 192 consecutive cholecystectomies: a comparative study between laparoscopy and laparotomy. Acta Chir Belg 1995; 95(6): 25.
12. Gadacz TR. Update on Laparoscopic cholecystectomy, including a clinical pathway. Surg Clin North Am 2000; 80(4):403-409.
13. Chae FH, Stiegmann GB. Current laparoscopic gastrointestinal surgery. Gastrointestinal Endoscopy 1998; 47 (6): 400-3.
14. Vergnaud JP. Colectomía laparoscópica en colecistitis aguda. Revista Colombiana de Cirugía 2001; 16 (4).
15. Lo CM, Liu CL, Fan ST, Lai EC, Wong J. Prospective Randomized study of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Ann Surg 1998 Apr; 227 (4) 461-7.
16. Joshi G. Complications of Laparoscopy. Anesth Clin North Am 2001; 19(1): 770-78.

Recibido:

Aprobado:

Dr. José Luis Reguero Muñoz Especialista de II Grado en Cirugía General, Profesor Auxiliar de Cirugía Hospital Provincial Docente Manuel Ascunce Domenech Camagüey