

Experiencia en el tratamiento laparoscópico de la colelitiasis del cirrótico

M. Flores Cortés, A. Obispo Entrenas, F. Docobo Duránte, E. Romero Vargas, D. Legupín Tubío y Z. Valera García

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Objetivo: evaluar la seguridad y eficacia del uso de la laparoscopia en pacientes cirróticos en estadio A y B de Child-Pugh con colelitiasis sintomática.

Diseño del estudio: estudio descriptivo, retrospectivo.

Pacientes: catorce pacientes con una edad media de 60 años diagnosticados de cirrosis hepática en estadios A y B que se les

practicó colecistectomía laparoscópica. Se estudia la aparición de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias tras la intervención

Resultados: ocho (57,14%) casos eran mujeres y 6 (42,85%) varones. De los 14 pacientes, 8 presentaban un estadio Child-Pugh B y 6 un Child-Pugh A. Todos los pacientes se intervienen de colelitiasis de forma programada. El tiempo operatorio medio fue de 77 min. Dos (14,28%) de los pacientes presentaron complicaciones intraoperatorias, sangrado del lecho quirúrgico. Tres (21,42%) pacientes presentaron complicaciones postoperatorias: dos (14,28%) presentaron ascitis con empeoramiento del Child-Pugh en uno de ellos y el otro presentó un cuadro anginoso. La estancia media de estos pacientes es de 3 días. No hubo ninguna muerte tras la intervención y no hubo ninguna reconversión.

Conclusiones: la CL es una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de colelitiasis sintomáticas en pacientes con cirrosis en estadio A y B compensada. Ofrece una baja morbimortalidad postoperatoria con una escasa pérdida de sangre, un tiempo operatorio corto y una reducida estancia hospitalaria.

Palabras clave: Cirrosis. Colecistectomía laparoscópica. Colecistectomía.

ABREVIATURAS

CL: colecistectomía laparoscópica; CA: colecistectomía abierta; ASA: *American Society Anesthesiology*.

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1988 Mouret y Dubois presentaron las primeras experiencias sobre la colecistectomía laparoscópica (CL), la laparoscopia constituye la técnica de elección de la colelitiasis sintomática debido a su abordaje mínimamente invasivo, a que produce menor dolor postoperatorio, una menor estancia hospitalaria y, sobre todo, por su seguridad y eficacia.

Sin embargo, la indicación de la vía laparoscópica ha sido controvertida por el riesgo de incrementar la morbimortalidad perioperatoria debido a la escasa experiencia laparoscópica en este tipo de pacientes. Por otra parte, son escasas las publicaciones bien documentadas que evalúan los beneficios y la seguridad de esta técnica en dichos pacientes (R). La mayoría de los estudios que han aparecido en los últimos 15 años abogan por la laparoscopia como alternativa a la laparotomía en los estadios precoces de la cirrosis.

El objetivo de este estudio es valorar la prevalencia de la indicación CL por colelitiasis sintomática en pacientes cirróticos, así como la seguridad en su aplicación y la eficacia en la resolución de la patología biliar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo las CL realizadas en enfermos cirróticos en nuestro hospital en el periodo comprendido entre enero de 1996 y no-

viembre del 2003. En el periodo descrito se realizaron 14 colecistectomías en cirróticos

Se analizaron los casos de pacientes con cirrosis hepática determinada por criterios clínicos, datos de laboratorio, datos macroscópicos intraoperatorios del hígado cirrótico, todos ellos confirmados con un estudio anatomopatológico.

A todos los pacientes se les practicó una CL de forma programada tras ser diagnosticados de colelitiasis sintomática con una clínica compatible (cólico biliar, náuseas, vómitos, dolor epigástrico) confirmada mediante ecografía abdominal.

La función hepática ha sido evaluada mediante la clasificación Child-Pugh-Turcotte (C-P-T). El riesgo anestésico preoperatorio fue evaluado mediante el sistema de puntuación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).

La intervención previo consentimiento informado se realizó bajo anestesia general en todos los pacientes. La técnica laparoscópica fue similar a la realizada en pacientes no cirróticos: se utilizó dióxido de carbono para el neumoperitoneo y utilización de 3 trócares: 2 de 10 mm y 1 de 5 mm según la técnica descrita por Dubois.

Se procedió a la toma de biopsia hepática durante la intervención en todos los pacientes excepto en dos para confirmar el diagnóstico y la etiología de cirrosis resultando el estudio positivo en todos los casos. Sólo 2 pacientes presentaban un estudio histopatológico de cirrosis preoperatorio que se realizó mediante biopsia percutánea.

Se han analizado la tasa de conversión, el tiempo operatorio y la aparición de complicaciones intraoperatorias (sangrado del lecho quirúrgico, necesidades de transfusión, conversión), complicaciones postoperatorias (ascitis, derrame pleural, agravamiento del estadio C-P-T, hernia umbilical) y la estancia media hospitalaria.

Se realizaron controles hasta un año de la intervención.

RESULTADOS

De los 14 enfermos de nuestra serie 8 (57,14%) eran mujeres y 6 (42,85%) varones, con una media de edad de 60 años. El 71,42% de los casos (10 p) la etiología de la cirrosis fue alcohólica y en el 28,57% restante (4 p) de origen viral (B y C).

Ocho pacientes (57,14%) presentaban un estadio B y 6 (42,85%) un estadio A. No existe ningún paciente en nuestra serie con estadio C de Child ya que no hubo ningún caso intervenido de colecistectomía en nuestro hospital durante ese periodo de tiempo.

Dos de los pacientes (14,28%) tenían hipertensión portal (HTP), uno de ellos se diagnosticó previamente a la intervención tras un episodio de HDA por varices esofágicas y el otro, se diagnosticó durante la intervención donde se objetivó un aumento importante de la vascularización esplácnica.

El ASA de los pacientes fue el siguiente: a 12 pacien-

tes (85,71%) se les clasificó como ASA II y 2 (14,28%) como ASA III. No se utilizaron anestésicos inhalados ya que se asocian a la aparición de hepatitis, a necrosis hepática fulminante y producen una mayor reducción del flujo hepático.

Ninguno de los pacientes estudiados tenían antecedentes de cirugía abdominal previa. Sólo un paciente (7,14%) asociaba una infección por VIH en estadio B.

El tiempo operatorio fue de 77 min.

Dos de los pacientes (14,28%) presentaron complicaciones intraoperatorias como sangrado del lecho quirúrgico que requirieron incluso la transfusión de una bolsa de concentrado de hemáties durante el tiempo operatorio. Tres (21,42%) cursaron con complicaciones postoperatorias: 2 (14,28%) tuvieron ascitis con empeoramiento del estadio C-P-T en uno de ellos y el otro presentó dolor centro torácico de características isquémicas.

No se registró ninguna conversión a CA de las CL revisadas. No hubo ninguna muerte perioperatoria.

La estancia media hospitalaria fue de 3 días. A los 12 meses todos los enfermos permanecían en seguimiento por el servicio de digestivo por su cirrosis sin sintomatología derivada de la intervención realizada. Ninguno de los 14 pacientes fue reintervenido.

DISCUSIÓN

La cirrosis es una enfermedad con una alta incidencia en nuestra población. Se caracteriza por una alteración crónica e irreversible del parénquima hepático que provoca una reducción progresiva de los hepatocitos funcionantes, la aparición de áreas de fibrosis extensa y la formación de nódulos de regeneración. Esta hipofunción hepática hace que la morbimortalidad en estos pacientes sea muy elevada llegando a ser de más del 50% a los 5 años del diagnóstico, aunque este porcentaje varíe según su etiología (1).

La cirrosis también predispone la aparición de patologías que pueden requerir cirugía (litiasis biliar, hernias, hemorragias digestivas). La litiasis en cirróticos es 2 veces más prevalente que en la población general debido a numerosos factores: la existencia de hiperesplenismo, niveles elevados de estrógenos, una mayor hemólisis intravascular, todo ello asociado a una menor motilidad vesicular y a una dificultad de vaciamiento provoca una mayor litogénesis (2-4).

Durante la década de los 80 la colecistectomía en cirróticos estaba asociada a una elevada tasa de mortalidad que oscilaba en torno al 7-27% debido a la pérdida de sangre, al empeoramiento de la función hepática postoperatoria y a la sepsis que aparecía en muchos de ellos (3,4).

En nuestro estudio todos los pacientes presentaban cirrosis en estadios A y B clínicamente compensados. La mayoría de los casos, excepto en 2 pacientes, se diagnosticaron de cirrosis en el acto operatorio por signos ma-

croscópicos que se confirmaron con posterioridad, tras la realización de biopsias intraoperatorias y estudios analíticos.

En todos los pacientes se observaron signos analíticos de empeoramiento de la función hepática tras la intervención, como hipoalbuminemia, alteraciones de la coagulación, que no tuvieron repercusión clínica excepto en 2 pacientes, el 14,28% de los que presentaron un empeoramiento de su estadio de Child-Pugh con aparición de ascitis.

El primer estudio de CL en cirróticos fue publicado por Yerdel y cols. en 1993 que demostró que la CL era una técnica segura que asociaba un menor tiempo operatorio y una menor estancia hospitalaria (5,6). Estos resultados favorables fueron confirmados en estudios posteriores que seguían constatando que la CL en cirróticos era mejor tolerada por los pacientes que la CA ya que realiza una menor incisión que reduce el dolor postoperatorio y el número de complicaciones de la herida quirúrgica, como infecciones, dehiscencias, hernias postlaparotómicas y una menor infiltración de líquido ascítico a través de la herida. Datos que se confirmaron en la serie de pacientes estudiados en nuestro estudio ya que tras un año de seguimiento desde la intervención no hubo ningún paciente con complicaciones de la herida quirúrgica.

También se comprobó en estos estudios que la CL ocasionaba una menor pérdida de sangre (6-8). La pérdida de sangre durante la intervención es una de las complicaciones perioperatorias más graves que pueden aparecer en los cirróticos y suelen aparecer en el 57% de los pacientes intervenidos por vía laparotómica (8). La reducción de este porcentaje con la laparoscopia se debe a la meticulosidad en la realización de esta técnica, a la magnificación del campo quirúrgico y a los efectos de la barohe-mostasis producida por el neumoperitoneo (4,8-11).

La hemorragia se produce en el lecho vesicular por sangrado fundamentalmente venoso; este al ser un sistema de menor presión hace que el sangrado pueda ser fácilmente controlado por la presión positiva que produce el neumoperitoneo. En nuestro estudio hubo 2 pacientes (14,28%) que presentaron como complicación intraoperatoria el sangrado del lecho quirúrgico y precisaron la transfusión de un concentrado de hemáties.

En el caso de pacientes con HTP donde el sistema venoso presenta altas presiones, muchos autores defienden la realización de una colecistectomía subtotal (supracística)

como prevención de la pérdida de sangre durante la intervención (4,12-14). En nuestra revisión no se realizó esta técnica debido a que sólo 2 pacientes presentaban signos intraoperatorios de HTP pero sin repercusión clínica previa por lo que se optó por realizar la técnica habitual.

Otra ventaja de la laparoscopia es la menor tasa de adherencias postoperatorias que aparecen frente a la laparotomía al producir una menor incisión, lo que favorecería técnicamente la realización de un previsible trasplante hepático en el futuro (5,6,12,13,15).

Morino y cols. exponen las ventajas de la CL para el personal sanitario en pacientes con cirrosis virales ya que el riesgo de contaminación se reduce del 9 al 4,7% (5-6). En nuestro medio la hepatitis viral supone la segunda causa de cirrosis y una de las etiologías más frecuentes de contagio por el personal sanitario. El 28,57% de nuestros pacientes presentan cirrosis virales, y además en uno de ellos asocia sida. En ninguna de las intervenciones se registró contagio por el personal sanitario.

En los casos de cirróticos en estadio C debe valorarse detenidamente el riesgo beneficio de cualquier intervención quirúrgica y en especial la colecistectomía ya que la mortalidad, tanto abierta como con la laparoscopia, es extremadamente alta oscilando entre 27% según el estudio realizado por Block y cols. (7). Todavía hay muy poca experiencia en CL en dichos pacientes: 2 casos en un estudio realizado en 2003 (8): 1 caso por Yerdel y un caso por Lacy, por lo que actualmente la indicación de la técnica a realizar en este tipo de pacientes queda sujeta a la propia experiencia del cirujano. En nuestra revisión no hemos incluido a pacientes con cirrosis en estadio C debido a que durante ese periodo de tiempo no se realizó ninguna colecistectomía laparoscópica en estos pacientes en nuestro hospital.

Como conclusión podemos afirmar que la colecistectomía es una intervención que supone un gran riesgo para los pacientes cirróticos y que su indicación quirúrgica debe ser estudiada cuidadosamente, analizando individualmente cada caso.

En nuestro estudio se observa que la CL es una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de colelitiasis sintomáticas en pacientes con cirrosis en estadio A y B de Child-Pugh compensadas, sin embargo, ha sido poco utilizada en nuestro hospital con una prevalencia de esta técnica de 30% (sólo 14 pacientes frente a 32 intervenidos mediante colecistectomía laparotómica) en los últimos 8 años.