

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES EN
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Dr. Italo Braghetto
Hospital Clínico de la
Universidad de Chile
Santiago - Chile

Dr. Federico Hernández
Hospital Barros Luco-Trudeau
Santiago - Chile

INTRODUCCION

El tratamiento moderno de la enfermedad vesicular, habitualmente asociada a litiasis, debe resolver el problema de los cálculos e incluir la extirpación de la vesícula biliar, considerando la potencialidad neoplásica creciente que ha mostrado esta asociación en la última década (1).

Las terapias no invasivas como el uso de solventes (metil-ter-butyl eter), la litotripsia extracorpórea y la extracción endoscópica, solo tienen cabida como instancia transitoria o en pacientes con riesgo operatorio prohibitivo y/o baja expectativa de vida (senescentes).

La colecistectomía clásica, sea por minilaparotomía o por vía laparoscópica, deben ser evaluadas según varios criterios (1) : el tiempo de hospitalización, la duración del procedimiento, la morbimortalidad operatoria, los resultados alejados, la incapacidad laboral y el costo (Tabla N°1).

Tabla N° 1

Evaluación

1.- Factibilidad:	¿Pueden ser todos los pacientes tratados con tal procedimiento?
2.- Duración:	¿Cuánto tiempo emplea el tratamiento indicado?
3.- Anestesia:	¿Es necesaria y que tipo?
4.- Morbilidad:	¿Qué complicaciones y calidad de vida están asociados al procedimiento?
5.- Mortalidad:	¿Las complicaciones son letales?
6.- Tasa de éxito:	¿En qué porcentaje falla el método empleado?
7.- Recurrencia:	¿Qué porcentaje de pacientes presenta cálculos nuevamente y cuánto tiempo después?
8.- Hospitalización:	¿Es necesaria y cuánto tiempo?
9.- Ausencia laboral:	¿Cuánto tiempo?
10.- Costo:	El balance costo-efectividad también debe ser considerado.

Recientemente los métodos no quirúrgicos parecieron desplazar la cirugía como tratamiento de los cálculos vesiculares, sin embargo estos métodos no invasivos fallaron en varios de los aspectos mencionados (excepto criterios 3,8 y 9). La colecistectomía convencional lleva consigo los estigmas de una «operación» en particular los criterios 3,4,5 y 9) (1).

Considerando estos aspectos surge la colecistectomía laparoscópica como una ventajosa alternativa : morbimortalidad operatoria y resultados alejados similares a la Cirugía abierta, y franca disminución de la estadía hospitalaria y de la ausencia laboral, mejores resultados cosméticos, menor dolor post-operatorio y disminución del costo global especialmente en países desarrollados (2,3,4,).

La colecistectomía laparoscópica es una técnica que permite resolver una patología altamente prevalente en nuestro país. Sus rasgos técnicos le confieren ventajas y desventajas que, en alguna medida, determinan sus indicaciones y contraindicaciones. Si bien es cierto tiene pautas básicas universalmente aceptadas, se aprecia una tendencia progresiva a la ampliación de las primeras, de acuerdo al nivel de adiestramiento del Equipo Quirúrgico y a la disponibilidad de recursos. Siendo una disciplina que exige la adquisición de habilidades psicomotoras diferentes a las habituales, la definición en este aspecto es esencialmente dinámica (4,5).

INDICACIONES

El concepto más importante de mencionar en la actualidad es la evolutividad que ha existido en el tiempo en cuanto a las indicaciones de cirugía laparoscópica de la vía biliar. Así, lo que inicialmente no se consideraba dentro de las indicaciones de cirugía laparoscópica, actualmente se efectúa sin grandes objeciones, como colecistitis agudas complicadas, fístulas biliares e incluso coledocolitiasis.

Inicialmente se mencionó que entre un 15 - 20% de los pacientes con patología vesicular benigna no eran candidatos para ser sometidos a colectomía laparoscópica. En centros europeos con menos de un año de experiencia, la técnica laparoscópica era aplicable en el 67% de los pacientes; Cuschieri en 1991, comunica un 80% de factibilidad en patología biliar benigna (6), y finalmente llega a un 97% (7).

Está indicada básicamente en pacientes con patología benigna, la gran mayoría con Colelitiasis.

Tabla N° 2

INDICACIONES SEGUN DIVERSAS SERIES

Referencia	Año	N	Colecistitis Litiásica			Colecistitis Aguda		Polipos Colesterosis	
			N	%	N	%	N	%	
Schirmer (8)	90'	152	145	95,4	4	2,6	3	2.0	
Bailey (9)	91'	375	339	91,0	24	6.0	2	1.0	
Larson (10)	92'	1923	1577	82,0	288	15.0	58	3.0	
Clínica									
Dávila (11)	92'	665	555	83,4	101	16,2	3	0.4	
Clínica Las									
Condes (12)	92'	610	523	85,7	79	12,9	8	1.3	
Hosp. Univ.									
de Chile	94'	1975	1726	87.3	213	10.8	35	1.8	

Pero existen otras indicaciones menos frecuentes, cuya indicación requiere de la discusión clínica y fisiopatológica del caso en particular y en base al estudio clínico completo. En este último grupo de pacientes se incluyen aquellos portadores de colesterosis, pólipos vesiculares, vesículas bilobuladas o tabicadas y/o disquinesias vesiculares debidamente estudiadas con los test específicos (estudios de cristales de colesterol en bilis, test de CCK, estudios cintigráficos, etc.) y demostrando previamente que no existe otra patología que sea responsable del cuadro clínico que motiva la consulta; en estos casos, existen grupos que estiman sobredimensionada la indicación quirúrgica con técnica abierta, lo que es fácilmente superable al ofrecerle una alternativa con las ventajas de la vía laparoscópica.

En todos los grupos se aprecia una tendencia progresiva a la ampliación de las indicaciones, lo que guarda relación con el nivel de adiestramiento del equipo quirúrgico y con la disponibilidad de recursos instrumentales y de apoyo.

En Tabla 2 se presentan las indicaciones en diferentes series publicadas (8, 10,11,12).

En nuestro país la técnica se ha ido masificando progresivamente y actualmente la mayoría de los hospitales categoría A o B (hospitales regionales) disponen de ella y se han efectuado cursos de adiestramiento teórico - prácticos con los cuales el procedimiento se ha difundido ampliamente sin mayores complicaciones. En Chile se practican alrededor de 60.000 colectomías al año y un alto porcentaje de ellas se efectúa por vía laparoscópica.

A pesar de que los insumos desechables encarecen el procedimiento. Así la relación colectomía abiertas/colectomías laparoscópicas debe seguir mejorando a favor de la segunda para acercarse a las cifras del hemisferio norte y debemos continuar en todos los países latinoamericanos la difusión de las técnicas laparoscópicas a la mayoría de los cirujanos generales, la incorporación de equipos a todos los centros hospitalarios de mediana y alta complejidad, y la reducción de los gastos en insumos, para excluir el factor costo, en la elección de la técnica. Un estudio previamente realizado en una Clínica privada de Santiago determinó que el 40% de los candidatos fueron excluidos por este motivo (11). Sin embargo, en nuestro país ya existen comunicados alrededor de 20.000 colectomías laparoscópicas y la posibilidad de efectuar colectomía laparoscópica ha aumentado al 90% en clínicas privadas y en nuestro hospital universitario actualmente el 80% de las colectomías se efectúa en forma laparoscópica faltando implementar la técnica para la cirugía de urgencia, lo que explica que sólo un 10% de los pacientes operados corresponde a colecistitis aguda.

CONTRAINDICACIONES

Desde que se publicaron los primeros trabajos en Europa y USA las contraindicaciones han variado considerablemente.

El listado de contraindicaciones señaladas por Cuschieri y Berci en 1990, incluía :

- a) La Colecistitis Aguda
- b) La Pancreatitis Aguda
- c) El Embarazo
- d) La Ictericia
- e) La Vesícula adherida a la vía biliar
- f) La Obesidad Mórbida y
- g) La Coledocolitiasis

En 1991 el mismo Cuschieri publica la experiencia de varios centros europeos (20 cirujanos con 1.236 pacientes) (7), y al referirse a las contraindicaciones concluye que no hay consenso. (Tabla N° 3).

Tabla N° 3

CONTRAINDICACIONES EN LA EXPERIENCIA EUROPEA 1992

Condición Clínica	% Consenso
Colecistitis Aguda Severa	100
Engrosamiento pared vesicular > 4mms	15
Coledocolitiasis (falla en la remoción endoscópica) y/o Ictericia	100
Hipertensión Portal	100
Pancreatitis Aguda	75
Gastrectomía previa	15
Embarazo	100
Obesidad Mórbida	75

Gadacs y Talamini en 1991 (13) sostienen que las contraindicaciones han llegado a ser pocas y relativas, y que dependen de la experiencia del cirujano y de las condiciones pre e intraoperatorias del paciente. Para ellos, la peritonitis y el embarazo, siguen siendo absolutas. Agregan además, la Colecistitis aguda severa, la Colangitis, la Pancreatitis aguda, la coledocolitiasis no resuelta, la Hipertensión portal, las operaciones abdominales previas y las coagulopatías. Bailey comenta que muchas condiciones tales como : colecistitis aguda, cirugía abdominal previa, embarazo, que inicialmente fueron considerados como contraindicaciones absolutas, actualmente solo son contraindicaciones relativas (9).

Creemos que las contraindicaciones actuales difieren sustancialmente de las contraindicaciones previamente mencionadas y merecen un análisis actualizado.

En la Tabla N° 4 se presentan las contraindicaciones preoperatorias y en Tabla N° 5 las intraoperatorias.

Tabla N°4

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA Contraindicaciones 1994

Preoperatorias

Absolutas	- Embarazo 2do - 3er. trimestre. ¿1er?
	- Hipertensión portal
	- Patología digestiva asociada a tratamiento quirúrgico resectivo
	- Síndrome de Mirizzi
	- Cáncer vesicular Grados IV - V
Relativas	- Coledocolitiasis
	- Cirugía abdominal previa
	- Fístula bilio digestiva
	- Peritonitis biliar difusa

Destreza

Recursos

Tabla N° 5

COLECISTECTOMIAS LAPAROSCOPICA Contraindicaciones 1994

Intraoperatorias

Absolutas - Conversión :
* Cáncer de vesícula I - II - III
* Síndrome de Mirizzi
* Hallazgo otra patología

Relativas - Conversión electiva :
* Colecistitis aguda
* Coledocolitiasis
* Fístula biliodigestiva
* Cirugía abdominal previa
* Obesidad

ANÁLISIS DE LOS AUTORES

Estamos de acuerdo en que existen contraindicaciones absolutas y en varias de ellas concordamos con las referencias mencionadas previamente (13, 14). Estas contraindicaciones absolutas obviamente están dadas ya en el periodo de evaluación preoperatorias.

Así, nos parece el Embarazo en 2° - 3° trimestre, tanto por razones mecánicas generadas por el espacio reducido en la cavidad abdominal por la presencia del útero grávido, como por el riesgo de desencadenar un parto prematuro. En el caso de la cirugía abierta, es deseable no intervenir pacientes embarazadas, y de hecho no se hace en forma electiva; diferente es la situación cuando se está en presencia de cólicos biliares subintrahepáticos o frente a una Colecistitis aguda, en cuyo caso debe preferirse hacerlo en el 2° trimestre o esperar un parto espontáneo o inducido, previo a la operación. Otras razones para contraindicar la colectomía laparoscópica durante el embarazo son : los riesgos teóricos de que el neumoperitoneo penetre por las trompas y provoque un desprendimiento del huevo o de la placenta desencadenando un aborto y la posibilidad de generar daño en el sistema nervioso fetal debido al aumento de la pCO₂ sanguínea; sin embargo, existen experiencias dando cuenta de la factibilidad de hacerlo en el 1er. trimestre del embarazo.

La HIPERTENSION PORTAL Y CIRROSIS HEPATICA no representan una contraindicación absoluta tanto para la cirugía abierta como para la laparoscópica dependiendo del grado de insuficiencia hepática o grado de Child cuando se está frente a una patología biliar crónica. Si nos enfrentamos a un proceso agudo, debe intentarse el tratamiento médico; de no ser posible, y si se considera imperativa la solución quirúrgica, puede intentarse la vía laparoscópica que no tendrá ni más ni menos riesgos que la Cirugía abierta, aunque creemos que es más factible realizar una hemostasia más satisfactoria cuando se use la vía abierta o intentar una técnica de Pribhan. En nuestra experiencia hemos efectuado cirugía laparoscópica en 5 pacientes portadores de cirrosis hepática e hipertensión portal grado A de Child sin complicaciones.

También estamos de acuerdo en que la COLEDOLITIASIS DIAGNOSTICADA Y NO RESUELTA EN EL PREOPERATORIO es una contraindicación absoluta, SI NO SE CUENTA CON LA CAPACIDAD NI LOS RECURSOS PARA RESOLVERLA EN LA OPERACION.

Finalmente, también incluimos en este grupo a la COEXISTENCIA DEMOSTRADA/SOSPECHADA Y NO ACLARADA DE OTRA PATOLOGIA DIGESTIVA DE RESOLUCION QUIRURGICA, como es el caso de la Úlcera Gastroduodenal. Sin embargo, creemos que actualmente se puede efectuar concomitantemente a la cirugía biliar algún tipo de procedimiento laparoscópico para el tratamiento de la úlcera duodenal y reflujo gastroesofágico.

Un comentario especial nos merece el Cáncer vesicular : Si se diagnóstica en el preoperatorio en etapas avanzadas, con masa palpable y/o con ictericia intensa (Nevin IV - V), procede solo una laparoscopia diagnóstica. En el caso de las lesiones tempranas, su diagnóstico se hace con el estudio Anatomopatológico de la pieza operatoria; excepcionalmente, durante el transcurso de una colectomía por laparoscopia, se podrá encontrar una lesión de aspecto neoplásico Nevin I-II-III, en cuyo caso corresponde la conversión a cirugía abierta para completar una cirugía más oncológica (15,16) o la biopsia y cierre si es IV-V. Por lo tanto, pensamos que no corresponde incluir los enfermos con Cáncer Vesicular en un listado de Contraindicaciones Absolutas de colectomía por laparoscopia.

El listado de CONTRAINDICACIONES RELATIVAS (cuadro 6) está sujeto, como se ha señalado, a variaciones de acuerdo al nivel de destreza y a los recursos. En la medida que mejoran estos aspectos, se van superando muchas limitantes.

El ADIESTRAMIENTO DEL EQUIPO QUIRURGICO, la familiaridad con una nueva visión de la Anatomía, el control afinado y seguro del instrumental, el manejo de

recursos técnicos y la disponibilidad de elementos materiales, permiten ir superando lentamente algunas contraindicaciones ; así ha sucedido, por ejemplo con la COLECISTITIS AGUDA, que fue mencionada inicialmente por Cuschieri y Berci como contraindicación (6) pues la presencia de un proceso inflamatorio dificulta la manipulación instrumental de la vesícula, y favorece los riesgos de ruptura y contaminación. Sin embargo, cabe destacar que los cuadros vesiculares agudos tienen variadas formas anatomoclínicas, y llegan al quirófano en distintas etapas de su evolución : sea un Hidrops vesicular con mínimo edema y distensión, una Colectitis Aguda clásica con gran edema y engrosamiento de su pared, o una Gangrena Vesicular con diversos grados de compromiso peritoneal localizado/generalizado. A mayor inflamación, mayor distorsión de la Anatomía y más difícil la individualización de los elementos vitales. Igualmente, en los procesos en regresión se aprecia un predominio de la fibrosis, que implica aún mayores dificultades para la disección. Entre un 60-70% de los pacientes con cuadro vesicular agudo tienen pocos días de evolución y presentan edema blando, fácil de disecar y por lo tanto la técnica laparoscópica es factible de realizar. En cambio, en pacientes con más de 7-10 días de evolución de su cuadro agudo, adquieren importancia algunos signos ecográficos, tales como grosor de la pared vesicular mayor de 7mms, sin lumen visible, solo sombra cónica, plastrón, etc., que si bien no contraindica la Colectomía Laparoscópica, alertan al cirujano que estos pacientes tiene mayor probabilidad de ser convertidos a Colectomía abierta.

Si el paciente presenta dificultades anatómicas extremas, con edema duro y organizado, la pared vesicular está muy fija y vecina al pedículo, con fístula bilio-biliar y/o síndrome de Mirizzi, lo más seguro para el paciente es la conversión a Cirugía abierta. Las injurias en la vía biliar y las complicaciones de esta cirugía han ocurrido generalmente en este tipo de pacientes (17).

En un estudio reciente de Fabre y Cols (18), hecho en pacientes con colecistitis crónica litiásica y con colecistitis aguda complicada, encontró un 51% de complicaciones como las señaladas, por lo que se tuvo que convertir a la cirugía abierta en el 25% de los casos.

Tomkins, comentando dicho artículo, considera que la sospecha de Colectitis aguda complicada, con una vesícula aplastrada representa una sobreindicación de la vía laparoscópica. Nosotros en cambio, pensamos que con un adiestramiento adecuado, no constituye una contraindicación formal, aunque si debiera ser reevaluada con la videoinspección y el intento, y estando muy bien dispuesto a la conversión, ante el menor riesgo de complicación. En nuestra experiencia, en muchos de los pacientes con colecistitis aguda ha sido posible liberar el plastrón, puncionar la vesícula y ver si existe plano de

disección para la identificación del pedículo. Es más, en nuestra experiencia personal, solo un tercio de los pacientes con Colectitis aguda con varios días de evolución y plastrón vesicular han debido ser convertido a Cirugía abierta. Hacemos notar que el buen criterio del Cirujano y amplio conocimiento de la técnica y de la anatomía, debían ser mandatorias para decidir si continuar con el procedimiento o convertir a colectomía abierta. Actualmente en nuestra experiencia, sólo un 10% de las colectitis agudas son convertidas a cirugía abierta.

LA COLECTITIS AGUDA CON PERITONITIS BILIAR, tampoco representa una limitante absoluta considerando que, a pesar de que se pueden dejar drenajes exteriorizados por las incisiones usadas para los trócares, es difícil quedar con la seguridad plena de haber realizado un lavado y aseo de la cavidad peritoneal, adecuado, seguro y suficiente. Hemos efectuado cirugía laparoscópica en colectitis aguda perforada con peritonitis biliar de pocas horas de evolución, efectuando lavado peritoneal exhaustivo dejando drenaje subhepático e indicando antibiótico terapia adecuada. Bajo estas condiciones no hemos observado complicaciones.

LA COLECTITIS CRONICA ESCLEROATROFICA tipo III de nuestra clasificación (19) implica un riesgo mayor de coexistencia de Coledocolitiasis y de fístulas colecistodigestivas. Puede ser también abordada en forma Laparoscópica optimizando el diagnóstico y resolución perioperatoria de la coledocolitiasis, e incorporando las destrezas necesarias para las suturas digestivas; si no se cuenta con estos recursos técnicos, el hallazgo de una fístula hace necesaria la conversión. Si se ha diagnosticado un Síndrome de Mirizzi en el preoperatorio creemos que tiene contraindicación de colectomía por laparoscopia y en nuestro departamento se han diagnosticado 6 pacientes con Síndrome de Mirizzi, los cuales han debido ser convertidos a cirugía abierta.

Existen casos de fístulas biliodigestivas que podrán ser tratadas por vía Laparoscópica. En 1975 colectomías laparoscópicas efectuadas en nuestro departamento, 5 pacientes con fístula biliodigestivas han sido tratados por laparoscopia efectuando cierre del tracto fistuloso con clips, endoligadura o sutura, dejando un drenaje subhepático.

LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR no tiene en la actualidad indicación de colectomía en su etapa inicial; en diferido, no hay generalmente inconvenientes para utilizar la vía laparoscópica.

Se menciona la ICTERICIA, lo que aparece como término muy vago ya que no se precisa la etiología; sin duda en el Síndrome de Gilbert que fácilmente se puede diagnosticar en el preoperatorio, no habría inconveniente en incluirla dentro de las indicaciones. No sucede lo mismo con la Ictericia obstructiva. Situación que obliga a confirmar el

diagnóstico con Ultrasonografía y Colangiografía retrógrada e idealmente a indicar la Papiotomía con Extracción retrógrada de los cálculos, previo a la Colectomía Laparoscópica. Esta ha sido nuestra conducta en alrededor de 30 pacientes con sospecha de coledocolitiasis tratado en los últimos 12 meses.

Es en el caso de los PACIENTES ICTERICOS O CON SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS, en el que adquiere máxima relevancia la disponibilidad de recursos a la que hacíamos mención, especialmente considerando que esta condición se asocia a la Colelitiasis en el 15- 20% de los casos, asociación que sube al 30% cuando se trata de una Colectitis Aguda. Se debe entonces, extremar los esfuerzos para diagnosticarla y resolverla en el preoperatorio.

A los elementos CLINICOS, representados por los antecedentes de ictericia asociada a episodios cólicos previos, o a la coluria-acolia actuales, se suma el LABORATORIO, con la elevación de la Bilirrubina total a expensas de la directa, de las Fosfatasas Alcalina y de las Transaminasas, para establecer una sospecha más o menos clara de coledocolitiasis.

LA ULTRASONOGRAFIA ABDOMINAL (US) realizada días antes de la cirugía, debe estar incorporada al estudio rutinario de los candidatos a colectomía por laparoscopia ya que, además de proporcionar información indispensable y muy valiosa de la vesícula biliar (grosor de su pared, lumen, tamaño y número de cálculos, lesiones mucosas sollevantadas), aporta datos orientadores respecto de diámetro de la vía biliar intra y extrahepática y de la presencia de cálculos en ella; el diámetro del colédoco > 7mms. es considerado sugerente de coledocolitiasis, más aún si existen los elementos clínicos y de laboratorios mencionados.

En los pacientes con sospecha clínica y con vía biliar de > 7 mms. en la US, es necesario contar entonces con un estudio complementario con su opacificación directa o indirecta: LA COLANGIOGRAFIA MEDICA (E.V.), es poco invasiva y , realizada con técnica planigráfica, tiene un rendimiento aceptable, aunque sólo proporciona información diagnóstica.

LA COLANGIOGRAFIA RETROGRADA (ERCP) representa el método ideal pues permite el contraste directo, tiene un alto índice diagnóstico y la posibilidad cierta de practicar una PAPILOTOMIA Y EXTRACCION de los cálculos, dejando al portador de coledocolitiasis, en condiciones de ser sometido a colectomía por laparoscopia.

Si en el estudio preoperatorio no se ha logrado demostrar la presencia de cálculos en la vía biliar, utilizando US y Biligrafin o ERCP, el enfermo debe ser operado por laparoscopia, a condición de que se disponga de COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA y se esté en condiciones técnicas de intentar la extracción

transcística, recurriendo a canastillos (Dormia, Mazariello), balones de Fogarty u otros, coledocoscopia para facilitar la extracción retrograda diferida, etc, o en su defecto, proceder a la conversión a cirugía abierta o intentar coledocostomía laparoscópica. Este tema será tratado en otro capítulo.

Es probable que, si no se tiene acceso próximo a ERCP y Cirugía Endoscópica Biliar, ni Colangiografía Operatoria, **TODO AQUELLOS PACIENTES CON SOSPECHA DE COLEDOCOLITIASIS Y POR SUPUESTO LOS ICTERICOS CON VIA BILIAR > 7 mms., DEBEN SER EXCLUIDOS DE LA CIRUGIA LAPAROSCOPICA**, a menos que se disponga del instrumental y se tenga el entrenamiento adecuado para efectuar coledocostomía laparoscópica.

La **OBESIDAD** en general no es una contraindicación para la vía laparoscópica, pero debe cuidarse de contar con el instrumental del largo adecuada y con una experiencia suficiente.

Los pacientes con **CIRUGIA PREVIA DEL HEMIABDOMEN SUPERIOR** pueden también ser incluidos utilizando la técnica abierta para la realización del neumoperitoneo. Superada esta dificultad, es perfectamente factible la liberación de las adherencias con tijera o gancho (Hook) y acceder a la vesícula para a su extirpación. En casos extremos, puede ser necesaria la conversión a cirugía abierta.

Esta capacitación técnica de **ALTO NIVEL**, debe incluir el manejo expedito de «Graspers y Hook», el uso de endoloops, la incorporación de la tijera para la disección, el uso de portaagujas y material de sutura, la manipulación de catéteres, sondas, canastillos, balones, etc.... En cuando a tecnología, desde luego la Colangiografía intraoperatoria, Duodenoscopia y Coledocoscopia. A esta implementación debe asociarse el buen criterio y una buena disposición para decidir oportunamente la conversión a cirugía abierta, si la vía laparoscópica no aparece como viable y segura.

Se mencionan otras contraindicaciones de tipo médico, como la Insuficiencia respiratoria global con retención de CO₂, sin embargo los riesgos dependientes de alzas transitorias de la p CO₂ a consecuencia del neumoperitoneo, es contrarrestada por las ventajas postoperatorias que representa la vía laparoscópica en un paciente de esas características. Debe pensarse más bien, que la gravedad que representa esta situación, contraindica la anestesia general, tanto para la cirugía abierta como para la laparoscópica.

En el mismo análisis caben otras condiciones patológicas a veces presentes, como la Insuficiencia cardíaca, el Infarto del miocardio, las alteraciones de la coagulación, la senescencia extrema, etc...

Finalmente, queremos llamar la atención que a las Indicaciones y Contraindicaciones, es conveniente agregar el concepto de CONVERSION (a cirugía abierta) que en este texto se ha mencionado. Así, observamos que hay grupos de situaciones clínicas que nadie discute hoy que deber ser operadas por vía laparoscópica; igualmente, hay otras en las que nadie discute que este abordaje está contraindicado en forma absoluta. Pero también existe un grupo de pacientes nada despreciable, en los que el intento de la colectomía laparoscópica es posible, a condición de que se esté muy bien dispuesto a CONVERTIR a cirugía abierta frente a determinadas circunstancias.

El concepto de CONVERSION involucra por lo tanto dos conceptos:

a) CONVERSION ELECTIVA : Que se decide inmediatamente después de la video inspección o después de algún intento de disección para precisar las condiciones anatómicas de la vesícula biliar y/o del pedículo y que corresponden a las contraindicaciones relativas. El cirujano debe tener el criterio adecuado para decidir el momento de convertir para no correr el riesgo de favorecer la producción de lesiones o complicaciones que obliguen al concepto b) que es la conversión de necesidad.

b) CONVERSION DE NECESIDAD : Ocurre generalmente en instancias clínicas con contraindicación relativa y que al continuar especialmente con la técnica cerrada se producen complicaciones tales como hemorragia de gran magnitud, sección de vía biliar y otros.

En el trabajo de Bailey (8) 17/375 (4,5%) se consideraron contraindicaciones intraoperatorias durante la video inspección y fueron convertidos inicialmente debido a Colecistitis crónica con inflamación y fibrosis, colecistitis aguda severa y absceso, o coledolitiasis no resuelta. En esta experiencia sólo un 0.8% de los casos fue convertido por complicaciones (Conversión de necesidad) (9).

En estos últimos dos años la conversión a cirugía abierta en pacientes con colecistitis aguda II b (necrohemorrágica, con acostramiento y difusión de la pared con pared vesicular engrosada > de 5 mm y varios días de evolución) disminuyó de un 14% al 10% y en pacientes con colecistitis crónica escleroatrófica (tipo III) la cifra de conversión en nuestro departamento ha continuado entre un 16 - 18%, todos ellos conversiones electivas y no de necesidad (19, 20).

A continuación mostramos nuestra posición y conclusiones (Tabla N° 6).

Tabla N° 6

CONTRAINDICACIONES

Absolutas preoperatorias

- Patología digestiva asociada de resolución quirúrgica resectiva
- Peritonitis biliar difusa
- Síndrome de Mirizzi

Preoperat.

(sujeta a destreza y recursos)

- Colectitis aguda
- Colectitis crónica escleroatrófica
- Fístula biliodigestiva
- Cirugía abdominal previa
- Coledocolitiasis no resuelta

Relativas Posible conversión (electiva)

- Hallazgo Ca vesicular

Intra Operatorias Temprano

- Fístula biliodigestiva
- Fístula bilio-biliar
- Plastrón vesicular organizado
- Cirugía previa del hemiabdomen superior.

Finalmente debemos mencionar que estos comentarios concuerdan con lo recientemente discutido y acordado por varios autores europeos y americanos durante el panel de discusión «Modern Gallstones Treatment» publicado recientemente (State of the Art. of Surgery 1991 - 92) (1)

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Trade M. Ilse I, Le Caine F. Modern Gallstone Treatment State of the art of Surgery 1992 - 1992 pag. 74 - 77
- 2.- Dubois F. Icard p. Berthelot G. Coelioscopic Cholecystectomy. Preliminary report 36 cases Ann Surg 1990 : 1211, 60-62
- 3.- Reddick Ej. Olsen D.O. Laparoscopic Laser Cholecystectomy. Surg Endosc 1989: 3. 131 - 132
- 4.- Jeffrey P. Ellizon Ch. Inmes J. Liss J. Nichols K. Lomano J. Roby Sh; Front M. Carey L. Safety and Efficacy of Laparoscopic Cholecystectomy. Ann Surg 1991: 213 : 3 - 12
- 5.- Granes H.; Ballinge J.; Anderson N. Appraisal of Laparoscopic Cholecystectomy Ann Surg 1991. 13 : 655 - 664.
- 6.- Cuschieri A.; Berci G.; Laparoscopy Biliary Surgery Blackwall Scientific Publications London 1992.
- 7.- Cuschieri A.; Dubois F.; Mouiel J.; Mouret Ph.; Becker I.; Buess G.; Frede M.; Troidl H. The European Experience with Laparoscopic Cholecystectomy. Am J. Surg 1991, 161, 385 ; 7.
- 8.- Schimer B.; Edge S.; Dix J. et als. Laparoscopic Cholecystectomy Ann Surg.; 213:665 - 677, 1991.
- 9.- Bailey R; Zucker K., Flower J. et al.; Laparoscopic Cholecystectomy. Ann Surg. 214 : 531-541, 1991.
- 10.- Larson G.; Vitale G; Casey J; Evans J; Gillian G; Henser L; Mc Gee G; Rao H ; Multipractice Analysis of Laparoscopic Cholecystectomy in 1983 patients, Am J. Surg. 163:221-226, 1992.

- 11.- Braghetto I; Amat S.; Peña J.; De la Cuadra R.; Yarmuch J. et als. Tratamiento actual de la colecistitis . Rev. Chil. Cir. 44 (No 3) 1992.
- 12.- Lizana C.; Colectomía por video laparoscopia. Rev. Chil. Cir. 43 (No 3) 1991 pag 285.
- 13.- Gadac Th.; Talamini M.; Traditional versus Laparoscopic Cholecystectomies. Am J. Surg. 161:336-338, 1991
- 14.- Hepp J. ; Colectomía Laparoscópica; estudio preoperatorio, indicaciones y contraindicaciones. En Colectomía Laparoscópica. Eds C. Carvajal; J. Hepp Soc. Cir. Chile 1991. Santiago, Chile.
- 15.- Kajiwara T.; Kumazawa K.: Surgical Treatment for carcinoma of the gallbladder. «Post graduate course. «Cancer digestivo» JICA. Soc. Bol. Cir. Santa Cruz 1991.
- 16.- Shirai Y.; Yoshida K.; Tsukada K.; Muto T. Inapparent Carcinoma of the gallbladder. An appraisal of a Radical Second operation after simple cholecystectomy. Ann. Surg 215: 326-331, 1992.
- 17.- Danidoff A.; Pappas Th., Murray E.; et al Mechanism of Mayor Biliary Injury during Laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg 215. 196, 202, 1992.-
- 18.- Tomkins R. (Invited Comentary)
Evaluation of the Laparoscopic Cholecystectomy on patients with simple and complicate cholelithiasis. World J. Surg. 1992. 16 : 113 - 117.
- 19.- Braghetto I; Csendes A; Debandi A; Bastias J; Korn O; Correlation among ultrasound and videoscopic findings of the gallbladder and results of laparoscopic cholecystectomy. Hepatogastroenterology 3 : (Suppl. 1) 145,146, 1993.
- 20.- Csendes A; Rappoport A; Debandi A, et al : Causes of conversion to open surgery in laparoscopic cholecystectomy.Hepatogastroenterology 3 : (Suppl.1) 147, 1993.