

## **Título: COLECISTOPATÍAS QUIRÚRGICAS BENIGNAS**

### **Autores:**

Dr. José M. Díaz Calderín.  
Especialista de 2º Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

Dra. Gretel Pérez Marrero.  
Especialista de 1er. Grado en Cirugía General.

DraC. Llipsy Fernández Santiesteban.  
Especialista de 2º Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesora e Investigadora Titular.

Dr. Pedro Luis Vilorio Haza.  
Especialista de 2do Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar

DrC. José Luis González González.  
Especialista de 2º Grado en Cirugía General. Profesor Titular

Servicio de Cirugía General  
Email: cirgen@hha.sld.cu

### **Introducción**

Las colecistopatías de tratamiento quirúrgico representan la causa más frecuente de intervenciones quirúrgicas en nuestro servicio.

Con el advenimiento de la cirugía videolaparoscópica, el control de estas afecciones presentó cambios sustanciales al universalizarse la colecistectomía por este método, a la que se le reconocen ventajas sobre el procedimiento convencional como son: mejores resultados estéticos, mayor confort (menor dolor) posoperatorio, menor estadía posoperatoria y, desde hace ya algunos años, la realización ambulatoria del procedimiento con el ahorro económico inherente. Quizás la desventaja fundamental que se ha señalado es el aumento de lesiones de la vía biliar cuando se compara con la técnica convencional, hecho que preocupa a muchos especialistas; aunque es aceptado que depende, entre otros factores, de la selección de los pacientes y la curva de aprendizaje.

Las afecciones vesiculares más comunes tributarias de tratamiento quirúrgico son: litiasis vesicular, síndrome del cístico y colecistopatías alitiásicas (colecistosis hiperplástica).

### **Objetivo**

- Evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de las enfermedades de la vesícula biliar, con indicación de este tratamiento, en el Servicio de Cirugía General.

## **DESARROLLO**

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

#### **Diagnóstico clínico**

- Dolor en hemiabdomen derecho (HD) y dispepsia.
- Asintomáticos.

#### **Criterios imagenológicos**

- Ultrasonido (US) vesicular simple y con vaciamiento.
- Perfil hepático en busca de colestasis (en dependencia del resultado realizar CPRE).

### **PRUEBAS DIAGNÓSTICAS BÁSICAS CONFIRMATORIAS O AMBAS**

- Exámenes de rutina: se indican, según Guía Práctica del Servicio de Anestesiología y Reanimación.
- Exámenes de función hepática que miden obstrucción: bilirrubina directa, indirecta y total, TGP, GGT, fosfatasa alcalina y amilasa sérica.

- Imagenología: la ultrasonografía es el estudio principal en el diagnóstico de esta afección.
- Otros: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), ante la sospecha clínica, humoral o imagenológica de litiasis coledociana. La colangiorresonancia es una alternativa válida para el diagnóstico de la litiasis coledociana.
- Se realizará la colecistectomía en las primeras 72 h, después de realizado el procedimiento endoscópico.

## **RECOMENDACIONES TERAPÉUTICAS**

### **Régimen de tratamiento ambulatorio**

Pacientes con colecistopatía de indicación quirúrgica que no tengan alguna de estas condiciones:

- Cirugías previas en abdomen superior.
- Enfermedades crónicas que requieran tratamiento para compensación perioperatoria: diabetes mellitus insulino dependiente, cardiopatías, pacientes bajo tratamiento anticoagulante, con coagulopatías, cirrosis hepática y otras.
- Pacientes que no tengan condiciones para ser tratados en este régimen.
- Pacientes que necesiten de seguimiento médico especializado en las primeras 24 h.

### **Criterios de ingreso**

- Todos los pacientes que presenten las condiciones anteriormente expuestas.
- Pacientes que se decida la colecistectomía convencional.
- Los pacientes que en el acto quirúrgico sean convertidos a cirugía abierta convencional, o a los que aún habiéndose efectuado el procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo, sea necesario colocar drenaje, llevar tratamiento antibiótico de uso hospitalario, o su observación estricta por un periodo determinado.

## **Conducta a seguir**

### **Preoperatorio**

- Dieta normal la tarde anterior.
- Evacuar la vejiga en el preoperatorio inmediato.
- Vendaje elástico en miembros inferiores, si existe insuficiencia venosa periférica.
- Sonda nasogástrica después de anestesiado el paciente, que se retirará al terminar la intervención quirúrgica en el quirófano.

### Anestesia general orotraqueal

- El manejo anestésico intraoperatorio se practica, según Guía del Servicio de Anestesiología y Reanimación.

### Técnica quirúrgica

Colecistectomía videolaparoscópica + colangiografía transoperatoria. Está indicada si:

- Sospecha de litiasis de la vía biliar principal (colédoco dilatado, conducto cístico dilatado concomitando con microlitiasis o barro biliar).
- Anatomía anómala o no bien definida.
- Sospecha de lesión de la vía biliar principal.
- Utilización de drenaje: debe ser selectivo en las situaciones siguientes:
  - Derrame importante de bilis o cálculos en la cavidad abdominal (después de extraerlos).
  - Presencia de proceso inflamatorio agudo con signos de peritonitis localizada.
  - Sangrado importante o lecho vesicular cruento.

Colecistectomía convencional. Realizarla en las circunstancias siguientes:

- Contraindicaciones al neumoperitoneo.
- Cáncer de vesícula biliar.
- Embarazadas (primer y tercer trimestre).
- Colecistitis enfisematosa.
- Hernias gigantes.
- Bloqueo adherencial.
- Coagulopatías y cirrosis hepática, descompensadas.
- Pacientes que rechacen el procedimiento.

Entre las contraindicaciones relativas están:

- Cirugía múltiple en abdomen superior.
- Obesidad mórbida.
- Litiasis de la vía biliar principal no resuelta preoperatoriamente.

Se realiza:

- Incisiones: paramedia derecha supraumbilical o subcostal (de Kocher).
- Drenaje por contrabertura, según indicaciones ya descritas.
- Colangiografía transoperatoria, cuando los hallazgos operatorios así lo justifiquen (ya expuestos).

## **Posoperatorio**

Cirugía video laparoscópica

- Inicio de vía oral 4-6 h después de la intervención.
- Deambulación precoz.
- Analgésicos si dolor.

- Procinéticos (como profilaxis de los vómitos).
- Alta al recuperarse completamente de la anestesia. Alta 16-24 h después de la intervención en pacientes ingresados.

#### Cirugía convencional

- Iniciar la vía oral 12 h después de intervención, si su estado lo permite.
- Deambulación precoz.
- Analgésicos, si dolor.
- Procinéticos (como profilaxis de los vómitos).
- Alta a partir de las 48 h.

#### Seguimiento

- En consulta externa a los 7 y 30 días después del alta hospitalaria.

### INDICADORES

Indicadores de estructura		Estándar
Recursos humanos	% de personal que compone el grupo de trabajo de asistencia entrenado	>95 %
Recursos materiales	% de aseguramiento instrumental y equipos médicos según PA. % de los medicamentos expuestos en el PA % de los recursos para la aplicación de investigaciones	>95 %
Recursos organizativos	% de pacientes con chequeo preoperatorio completo. % de planillas para la recogida de datos del PA por paciente	>90 % 100 % 100 %

Indicadores de procesos	Estándar
% pacientes con LV ingresados el día antes a operar y alta a <48 horas	>95%

% de pacientes operados con chequeo preoperatorio completo	>95%
% de pacientes operados LV con seguimiento al mes en consulta especializada según PA	>95%

Indicadores de resultados	Estándar
% de reducción de la morbilidad posoperatoria, con el empleo de la cirugía de mínimo acceso.	< 5%
% de pacientes operados por mínimo acceso con lesión de vía biliar principal	<0,03%
% de mortalidad posoperatoria de pacientes intervenidos por mínimo acceso	< 1%

## Bibliografía

- Armas Ojeda MD, Ojeda Marrero V, Roque Castellano C, Cabrera Marrero JC, Mathías Gutierrez M del P, Ceballos Santos D. (2015). Duodenal perforations after endoscopic retrograde cholangiopancreatography] Cir Esp; 93(6):403-10. doi: 10.1016/j.ciresp.2015.01.004. Epub 2015 Feb 19. Spanish.
- Bellows, C. F., Berger, D. H. y Crass, R. A. (2005) Management of gallstones. Am Fam Physician, 72(4), 637-42.
- Galloso Cueto GL, Frías Jiménez RA. (2010) Consideraciones sobre la evolución histórica de la cirugía laparoscópica: colecistectomía. Rev Méd Electrón [revista en Internet]. [ **cited marzo 2017** ] ; 32 Suppl 7: [aprox. 15p]. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000700004&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242010000700004&script=sci_arttext). 13.
- Gourgiotis S, Dimopoulos N, Germanos S, Vougas V, Alfaras P, Hadjiyannakis E (2007) Laparoscopic cholecystectomy: a safe approach for management of acute cholecystitis. JSLS 11: 219–224 Surg Endosc 24:2368–2386 2381.
- Jorge Luis Estepa Pérez, Tahiluma Santana Pedraza, Juan Carlos Estepa Torres. (2014) Colecistectomía convencional abierta en el tratamiento quirúrgico de la litiasis vesicular. Medisur [revista en

Internet]. [citado 2017 Mar 5]; 13(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2922>

- Passos MA, Portari-Filho PE. (2016). Antibiotic prophylaxis in laparoscopic cholecistectomy: is it worth doing?; 29(3):170-172. doi: 10.1590/0102-6720201600030010.
- R. Loureiro, S. C. Klein, C.C. Pavan, L.D.L.F. Almeida, F.H.P. Silva, D.N.S. Paulo. (2011); Report of 60 cases. Rev Gastroenterol Mex, 56(3), 175-8.
- Zamora Santana O, Rodríguez López-Calleja CA, Hernández Gutiérrez JM, Legrá J, Peña Pupo NE, Silvera García JR. (2011); Logros y retos de la colecistectomía laparoscópica en Cuba. Rev Cubana Cir. -50 (4): 509-16