



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v9i1>

Ciencias de la Salud

Artículo de Investigación

***Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la
Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar***

***Evaluation of the long-term results of Laparoscopic Surgery versus Open Surgery
in patients with Gallbladder Disease***

***Avaliação dos resultados a longo prazo da cirurgia laparoscópica versus cirurgia
aberta em pacientes com doença da vesícula biliar***

Paulina Nieto-Villaseñor
paunietovi@gmail.com

Ruth Alba Hernández-Espinosa
ruthernandezespinosa@gmail.com

Luis Enrique Chiriguayo-Saltos
luis_chiriguayo@hotmail.com

Christian Mauricio Martínez-Martínez
chrisrckr@hotmail.com

Correspondencia: paunietovi@gmail.com

***Recibido:** 29 de febrero de 2022 ***Aceptado:** 21 de marzo de 2023 *** Publicado:** 21 de abril de 2023

- I. Médica Cirujana y Partera Universidad de Guadalajara C.U.C.S.- Residente de Segundo Año de Cirugía General.
- II. Médico General por la Universidad Internacional del Ecuador, Master en Salud ocupacional, Médico de Consulta Privada.
- III. Médico general - Obstetra por la universidad de Guayaquil - Magister en medicina ocupacional - Médico de Consulta Privada.
- IV. Médico General por la Universidad Central del Ecuador - Médico Ocupacional en Medical Vip-Quito Airport Center.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

Resumen

La incidencia de lesiones de la vesícula biliar en cirugía laparoscópica es baja, aporta mejor evolución en los pacientes siempre que el diagnóstico y la reparación de la lesión se realiza en el transoperatorio; el tratamiento puede ser laparoscópico o por vía convencional según la experiencia del cirujano actuante y el instrumental apropiado existente en los centros de salud. Los pacientes son diagnosticados por medio de ultrasonido abdominal, debido a que es el estudio de imagen más ampliamente disponible en la mayoría de los países de bajo a medio ingreso, y tiene una buena eficiencia de diagnóstico. La tomografía computada es tan efectiva como el ultrasonido en la demostración de la vía biliar dilatada en pacientes con ictericia obstructiva. La tomografía computarizada es mucho más precisa que el ultrasonido en la determinación del nivel y de la causa de la obstrucción; es invaluable en la detección y demostración de cálculos coledocianos. La lesión de los conductos biliares más frecuente durante una cirugía laparoscópica es la llamada lesión clásica, ocurre cuando una porción del colédoco es resecado con la vesícula biliar. La British Columbia Ministry of Health propone una guía basada en criterios de expertos para la realización de la colecistectomía laparoscópica a grupos de pacientes que cumplieran con los criterios siguientes: pacientes con sintomatología típica de cólico biliar y criterios favorables para la cirugía por el riesgo, no se recomienda realizarla en pacientes diabéticos asintomáticos aún con riesgo elevado de desarrollar litiasis biliar o complicaciones de la vía biliar. Los principales inconvenientes de la cirugía laparoscópica en contraste con la cirugía abierta, son: la pérdida de la visión directa, la necesidad de una coordinación mano-ojo, y la falta de retroalimentación táctil. La mala colocación de los trocares es un riesgo agregado. En síntesis, la decisión sobre el abordaje más conveniente siempre se debería hacer caso por caso, no hay una receta a seguir y con dependencia de la experiencia del equipo disponible. La mayor ventaja de la cirugía abierta de vesícula biliar es su mejor percepción espacial, también la mejor sensación háptica, lo cual podría mejorar la confianza del cirujano sobre la forma de proceder durante la colecistectomía. Se aplicó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, con contenido oportuno y relevante para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo.

Palabras Claves: Laparoscópica; colecistectomía abierta; vesícula biliar; experticia; ultrasonido; cirujano; pacientes diabéticos; percepción espacial.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con
Enfermedad de la Vesícula Biliar

Abstract

The incidence of gallbladder injuries in laparoscopic surgery is low, it provides a better evolution in patients as long as the diagnosis and repair of the lesion is carried out intraoperatively; Treatment can be laparoscopic or conventional, depending on the experience of the acting surgeon and the appropriate instruments available in health centers. Patients are diagnosed by means of abdominal ultrasound, as it is the most widely available imaging study in most low- to middle-income countries, and has good diagnostic efficiency. Computed tomography is as effective as ultrasound in demonstrating a dilated bile duct in patients with obstructive jaundice. Computed tomography is much more accurate than ultrasound in determining the level and cause of the obstruction; it is invaluable in the detection and demonstration of choledochal stones. The most frequent lesion of the bile ducts during laparoscopic surgery is the so-called classic lesion, it occurs when a portion of the common bile duct is resected with the gallbladder. Poor trocar placement is an added risk. In short, the decision on the most convenient approach should always be made on a case-by-case basis, there is no recipe to follow and depending on the experience of the available team. The biggest advantage of open gallbladder surgery is its better spatial perception, also the better haptic sensation, which could improve the surgeon's confidence about how to proceed during cholecystectomy. The British Columbia Ministry of Health proposes a guideline based on expert criteria for performing laparoscopic cholecystectomy in groups of patients who meet the following criteria: patients with typical symptoms of biliary colic and favorable criteria for surgery due to risk, not It is recommended to perform it in asymptomatic diabetic patients even with a high risk of developing gallstones or bile duct complications. The main drawbacks of laparoscopic surgery in contrast to open surgery are: the loss of direct vision, the need for hand-eye coordination, and the lack of tactile feedback. Poor trocar placement is an added risk. In short, the decision on the most convenient approach should always be made on a case-by-case basis, there is no recipe to follow and depending on the experience of the available team. The biggest advantage of open gallbladder surgery is its better spatial perception, also the better haptic sensation, which could improve the surgeon's confidence about how to proceed during cholecystectomy. A descriptive methodology was applied, with a documentary approach, that is, reviewing sources available on the network, with timely and relevant content to respond to what was discussed in this article.

Keywords: Laparoscopic; open cholecystectomy; gallbladder; expertise; ultrasound; surgeon; diabetic patients; spatial perception.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

Resumo

A incidência de lesões da vesícula biliar na cirurgia laparoscópica é baixa, proporciona uma melhor evolução dos pacientes desde que o diagnóstico e correção da lesão seja feito no intraoperatório; O tratamento pode ser laparoscópico ou convencional, dependendo da experiência do cirurgião atuante e dos instrumentos adequados disponíveis nos centros de saúde. Os pacientes são diagnosticados por meio de ultrassonografia abdominal, pois é o estudo de imagem mais amplamente disponível na maioria dos países de baixa e média renda e tem boa eficiência diagnóstica. A tomografia computadorizada é tão eficaz quanto a ultrassonografia em demonstrar um ducto biliar dilatado em pacientes com icterícia obstrutiva. A tomografia computadorizada é muito mais precisa do que a ultrassonografia para determinar o nível e a causa da obstrução; é inestimável na detecção e demonstração de cálculos do colédoco. A lesão mais frequente das vias biliares durante a cirurgia laparoscópica é a chamada lesão clássica, ocorre quando uma porção da via biliar comum é ressecada com a vesícula biliar. O Ministério da Saúde da Colúmbia Britânica propõe uma diretriz baseada em critérios especializados para a realização de colecistectomia laparoscópica em grupos de pacientes que atendam aos seguintes critérios: pacientes com sintomas típicos de cólica biliar e critérios favoráveis à cirurgia devido ao risco, não Recomenda-se realizá-la em pacientes diabéticos assintomáticos, mesmo com alto risco de desenvolver cálculos biliares ou complicações do ducto biliar. As principais desvantagens da cirurgia laparoscópica em contraste com a cirurgia aberta são: a perda da visão direta, a necessidade de coordenação mão-olho e a falta de feedback tátil. A má colocação do trocar é um risco adicional. Em suma, a decisão sobre a abordagem mais conveniente deve ser sempre feita caso a caso, não há receita a seguir e depende da experiência da equipa disponível. A maior vantagem da cirurgia aberta da vesícula biliar é sua melhor percepção espacial, também a melhor sensação háptica, o que pode melhorar a segurança do cirurgião sobre como proceder durante a colecistectomia. Aplicou-se uma metodologia descritiva, com abordagem documental, ou seja, revisando fontes disponíveis na rede, com conteúdo oportuno e relevante para responder ao que foi discutido neste artigo.

Palavras-chave: Laparoscópica; colecistectomia aberta; vesícula biliar; perícia; ultrassom; cirurgião; pacientes diabéticos; percepção espacial.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

Introducción

La lesión de vía biliar puede ser definida como: “al desgarro o sección de la misma con o sin fuga de material biliar” (Martínez, Cerón, Ramírez, & Contreras, 2012). Es una complicación poco frecuente, pero con serias repercusiones clínicas, psicológicas, socio-familiares, asistenciales, económicas, jurídicas y laborales.

Para (Martínez, Cerón, Ramírez, & Contreras, 2012) en su investigación afirman que “su incidencia se estima entre 0.1-0.3% durante una colecistectomía puede manifestarse hasta en 80% de los casos”. Es más frecuente durante la cirugía laparoscópica, el diagnóstico suele realizarse en el intra-operatorio, a través de un ultrasonido o cualquier imagenología disponible. Esta lesión debe sospecharse cuando durante la revisión del campo operatorio se detecta bilis.

Los pacientes son diagnosticados por medio de ultrasonido abdominal, debido a que es el estudio de imagen más ampliamente disponible en la mayoría de los países de bajo a medio ingreso, y tiene una buena eficiencia de diagnóstico, (dependiente de operador). La identificación de predictores clínicos para conversión con otras modalidades diagnósticas, propone (Morales, et al., 2021) como la tomografía computarizada, la imagen por resonancia magnética y la gammagrafía, es un reto para el futuro, ya que muchos centros están utilizando estas modalidades diagnósticas cada vez más frecuentemente.

En el postoperatorio se diagnostica en “10% durante la primera semana y 70%, en los primeros seis meses” sostienen (Martínez, Cerón, Ramírez, & Contreras, 2012), por el contrario, la ictericia postoperatoria inmediata se debe a falla quirúrgica, salvo muy raras excepciones, según estudios realizados por diferentes especialistas en el área médica.

En otra investigación propuesta por (Martín & Gálvez, 2008) “solo una tercera parte de las lesiones de la vesícula biliar son diagnosticadas en el trans-operatorio” cuando ocurren, si el cirujano actuante no está capacitado para repararlas en la mayoría de estudios revisados, es conocido que los mejores resultados en todas las series reportadas ocurren cuando la reparación es precoz

Las lesiones que tienen lugar durante la cirugía laparoscópica suelen ser más devastadoras que aquellas que ocurren durante la cirugía convencional, combinadas en muchas ocasiones de lesiones vasculares añadidas que requieren de re-intervenciones complejas, que además deben ser realizadas por personal con experiencia en cirugía hepato-biliar lo cual no siempre está disponible en centros de salud de países pobres.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

La lesión de vía biliar es catastrófica, puede convertir al paciente en un lisiado biliar, ya que siempre existirá el riesgo de estenosis, disfunción de la vía biliar, intentos fallidos de la reparación, re-estenosis, hipertensión portal con riesgo de hemorragia y finalmente cirrosis; impacta negativamente en la calidad de vida en estos pacientes. En la actualidad se considera como salud y buena calidad de vida a la ausencia de enfermedad o defecto, bienestar físico, mental y social.

De este modo, calidad de vida se define como el sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida, que un paciente pueda tener ese bienestar después de un procedimiento quirúrgico y a largo plazo. Estos y otros aspectos se desarrollaran más adelante buscando conocer cuál de los procedimientos es mejor para el paciente a largo plazo.

Metodología

Esta investigación está dirigida al estudio del tema “Evaluación de los resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con enfermedad de la Vesicular Biliar“. Para realizarlo se usó una metodología descriptiva, con un enfoque documental, es decir, revisar fuentes disponibles en la red, cuyo contenido sea actual, publicados en revistas de ciencia, disponibles en Google Académico, lo más ajustadas al propósito del escrito, con contenido oportuno y relevante desde el punto de vista científico para dar respuesta a lo tratado en el presente artículo y que sirvan de inspiración para realizar otros proyectos. Las mismas pueden ser estudiadas al final, en la bibliografía.

Resultados

La técnica tradicional de extracción quirúrgica de la vesícula biliar es conocida, así se lee en (Huaca, 2016) como colecistectomía abierta o convencional, a partir de una incisión suficientemente amplia (en sus inicios se media en centímetros), en la pared abdominal (subcostal derecha, para mediana interna derecha, media) se realiza el abordaje de la cavidad abdominal, permitiendo su exploración directa y la extracción de la pieza quirúrgica.

Desde el año 1987 la investigación de técnicas quirúrgicas se ha centrado en una cirugía menos invasiva, menos traumática para la pared abdominal, dando origen a la cirugía laparoscópica. En la actualidad es el método de extirpación de elección de la vesícula, que cuenta con un procedimiento de menor rigurosidad sobre la pared abdominal, “requiriendo tanto solo pequeñas incisiones medidas

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

en milímetros y una estadía hospitalaria de pocas horas” (Huaca, 2016) como su principal atractivo, propone el autor.

La colecistectomía laparoscópica constituye un excelente método para la extirpación de la vesícula biliar, proporciona un tratamiento alternativo seguro y eficaz para los pacientes con cálculos biliares sintomáticos. Ofrece la ventaja sobre la colecistectomía abierta al disminuir: el dolor, la estancia postoperatoria (de días a horas), poco probable la infección de la herida quirúrgica, al igual que hernias post-incisionales, incapacidad postoperatoria física y laboral se ha minimizado.

Algunos factores que predisponen la lesión de la vía biliar durante la cirugía laparoscópica, son la complejidad de la anatomía bilio-vascular, los instrumentos utilizados en laparoscopia pueden ser peligrosos cerca de la vía biliar como el electrocauterio, las limitaciones determinadas por la interfaz video endoscópica se magnifica la imagen pero limita la estereovisión y la libertad de movimientos. El tiempo de entrenamiento de los cirujanos en la técnica es muy corto y generalmente no existe experiencia en el tratamiento de estas lesiones.

Otras condiciones locales se leen en Martínez y otros, como son los procesos inflamatorios y/o neoplasias vesiculares, hepáticas, gástricas y/o pancreáticas que distorsionan la anatomía local, riesgo de situaciones trans-operatorias como la hemorragia local que dificultan la técnica; la obesidad es otro factor que predispone a la ocurrencia de lesiones. Un patrón clásico en presencia de una anatomía biliar normal: “el conducto biliar normal fue confundido con el conducto cístico y seccionado en la mayoría de los casos” (Martínez, Cerón, Ramírez, & Contreras, 2012, p. 5).

La forma clásica de lesión propone (Encalada, Jaramillo, Ramírez, & López, 2017) implica confundir el hepatocolédoco por el cístico y las variantes que se derivan de aquí, entonces el colédoco es clipado y seccionado. La segunda causa es la quemadura con el electro-bisturí; producto del uso inapropiado del electrocauterio durante la disección inicial del cístico.

Al realizar un análisis crítico de varias series se consideraron como las causas principales de lesión en orden decreciente las siguientes (Martín & Gálvez, 2008):

- Condiciones locales desfavorables.
- Utilización excesiva del electrocauterio en las cercanías del triángulo de Calot.
- Tracción inadecuada de la vesícula (del fondo que cierra el triángulo de Calot y del bacinete que angula el hepatocístico).
- Carencia de visión tridimensional (utilizar con precaución instrumentos cortopunzantes, observar siempre los extremos de los instrumentos antes de pinzar o clipar, y falta de

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

profundidad y visualizar el colédoco desde diferente ángulo que en la vía tradicional crea una imagen difícil de interpretar).

- Una hemorragia inusual o en sitio de difícil control, vasos anómalos, cístico de diámetro mayor al normal o bilirrubina podrían favorecer una lesión de vesícula Biliar

Afirma Martín y Gálvez que “solo entre el 10 y el 27 % de las lesiones de la vesícula biliar son reconocidas en el acto quirúrgico”. Se propone como tratamiento la hepaticoyeyunostomía para las secciones totales del colédoco y la sutura primaria solo cuando exista absoluta certeza de que no se ha comprometido la irrigación arterial del colédoco. Para las lesiones parciales o pequeñas puede: “Está indicada la colocación de una sonda en T, con reparación abierta o laparoscópica, y se recomiendan realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica al siguiente día de la operación, con papilotomía endoscópica para descompresión de la vesícula biliar y drenaje. El grado de preocupación individual del cirujano desprendido del falso orgullo, que pudiera verse afectado ante un tiempo quirúrgico prolongado o una conversión a cirugía tradicional” (Martín & Gálvez, 2008).

En síntesis, se puede afirmar “que la incidencia de lesiones de la vesícula biliar en cirugía laparoscópica es baja, en nuestro centro es de 0,4 %” (Martín & Gálvez, 2008); existe una mejor evolución en los pacientes siempre que el diagnóstico y la reparación de la lesión se realiza en el trans-operatorio; el tratamiento puede ser laparoscópico o por vía convencional según la experiencia del cirujano actuante; para las lesiones totales de la VBP se preconizan las derivaciones biliodigestivas.

Diagnostico con Imágenes

El ultrasonido es el principal procedimiento de imagen para demostrar la existencia de cálculos. Esta técnica es eficaz e independiente de la función hepática. Muestra la vesícula biliar, proporciona información importante respecto al árbol biliar y al parénquima hepático. El diagnóstico por US de la litiasis biliar se basa en 3 criterios (Motta & Rodríguez, 2010):

- Los cálculos aparecen en el ultrasonido como imágenes ecogénicas. Los cálculos muy pequeños pueden no dejar sombra acústica. Para detectarlos hay que ajustar el transductor de la máxima frecuencia posible que permita visualizar a la vesícula biliar.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

- Asociados a sombra acústica.
- La movilidad de los cálculos libres flotantes puede demostrarse al movilizar al paciente permitiendo con ello una mayor caracterización ultrasonográfica. La movilidad se comprueba cambiando al paciente de la posición de supino a la de decúbito lateral izquierdo. Cuanto mayor sea el cálculo, menos probable será que penetre en los conductos cístico o colédoco para provocar obstrucción, de forma que los cálculos más peligrosos son los muy pequeños o la «grava» o «arenilla».

La tomografía computada es tan efectiva como el ultrasonido en la demostración de la vía biliar dilatada en pacientes con ictericia obstructiva. La tomografía computarizada es mucho más precisa que el ultrasonido en la determinación del nivel y de la causa de la obstrucción; es invaluable en la detección y demostración de cálculos coledocianos.

En ocasiones, no puede detectar cálculos pequeños de colesterol de densidad similar a la bilis. Cuando mediante el ultrasonido y la tomografía computarizada no se puede precisar la localización exacta y la causa de la obstrucción biliar, está indicado “practicar la colangiografía directa, este procedimiento se lleva a cabo mediante una colangiografía transhepática o bien a través de la colangiopancreatografía endoscópica, afirma (Motta & Rodríguez, 2010).

Consecuencias

La lesión de los conductos biliares más frecuente durante una cirugía laparoscópica es la llamada lesión clásica, ocurre cuando una porción del colédoco es resecado con la vesícula biliar. Otras posibles complicaciones tales como: bilioma, peritonitis biliar, sepsis, síndrome de disfunción orgánica múltiple, fístula biliar externa, colangitis, absceso hepático, entre otros. Lesiones vasculares a la arteria cística y vena porta también se asocian a la cirugía laparoscópica incrementando así, la mortalidad.

Una lesión de vesícula biliar aguda y su fístula subsiguiente evoluciona a una estrechez biliar, generando una serie de complicaciones mayores como: “litiasis intra-hepática, cirrosis biliar secundaria, hipertensión portal, que finalmente desembocan en una falla hepática terminal” (López & Vitale, 2014). Otra estrategia consiste en evitar el uso del cauterio en el área del triángulo de Calot, (puede ocasionar pérdida de tejido biliar por necrosis térmica).

No debe dividirse el conducto cístico con el cauterio, si se utilizan grapas de titanio ya que éste es un excelente conductor de la electricidad y puede ocasionar necrosis del muñón y tejidos adyacentes.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

Las lesiones vasculares por uso de cauterio involucran la formación de pseudo-aneurismas, las cuales se detectan en el postoperatorio tardío y la clásica presentación clínica es dolor abdominal, anemia, hemobilia, y hemorragia gastrointestinal.

La disección de tejido inflamado agudo y cicatrizado puede ocasionar sangrados inadvertidos y generar una respuesta de pánico colocando grapas, haciendo uso indebido del cauterio. Es necesario hacer compresión sobre el punto de sangrado con fórceps no traumáticos y gasas por varios minutos de modo que se pueda despejar el panorama y crear una mejor visualización del área. En caso de un sangrado no controlado, se recomienda la conversión a cirugía abierta.

Una medida importante para prevenir lesiones de ésta índole, consiste en disecar la arteria cística y el conducto cístico tan próximos como sea posible a la vesícula biliar, evitando la disección de éstas estructuras en su extremo que lo une al conducto colédoco (por variantes anatómicas, es extremadamente peligrosa la disección en pacientes con conductos císticos cortos).

La disección de la arteria cística, es riesgosa en la presencia de la joroba de Moynihan, esta joroba de oruga es una anomalía que usualmente se ve como una dilatación en la arteria hepática derecha emergiendo de una arteria hepática propia, que “no solo es tortuosa sino que corre anterior al conducto hepático” (López & Vitale, 2014). La joroba es de convexidad inferior y hacia la derecha en un punto en el que emerge.

En la investigación llevada a cabo por (Encalada, Jaramillo, Ramírez, & López, 2017) se propone que no importa el tipo de cirugía a ejecutar sino la estrategia que se pone en consideración, fundamentada en el conocimiento de la causa que origina la presencia de complicaciones, sugieren la planificación del cirujano en 3 tiempos importantes, antes de llegar a la realización de una colecistectomía. Se resume su propuesta en la tabla 1, mostrada a continuación:

Tabla 1

Sugerencias para el Cirujano para prevenir complicaciones en operación de la vesícula biliar

Antes de la Cirugía	Durante de la Cirugía	Después de la Cirugía
No programar colecistectomía una tras otra. Considerar el riesgo particular a un paciente masculino con sobre peso y colecistitis aguda o vesícula escleroatrófica.	El único exento de complicaciones es aquel cirujano que no opera. La conversión debe ser un recurso que está orientado a evitar una complicación.	En el paciente que no evoluciona como es habitual para el equipo quirúrgico debe sospecharse posible complicación. Debe llamar la atención la necesidad de mayor analgesia que la habitual, distensión abdominal,

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

No programar actividades importantes después de las cirugías. Sistematizar el momento de cuando convertir. Explicar siempre las eventualidades de la cirugía biliar al paciente, en relación a la posibilidad de conversión, la cual significa brindar seguridad y no un fracaso o complicación de la cirugía.	El objetivo del tratamiento quirúrgico de la colelitiasis, no debe ser la colecistectomía siempre y a como dé lugar.	estado nauseoso, hipotensión leve, inapetencia, etc. Una identificación anatómica rigurosa y una hemostasia escrupulosa deberían permitir reducir al mínimo este riesgo
--	--	--

Nota: en la tabla se recogen los elementos propuestos por (Encalada, Jaramillo, Ramírez, & López, 2017) si toma en consideración, la probabilidad de una complicación con esta técnica resultaría mínima o simplemente ya no existiría, concluyen en su investigación.

Cirugía laparoscópica vs Cirugía Abierta

Actualmente la British Columbia Ministry of Health propuso una guía basada en criterios de expertos para la realización de la colecistectomía laparoscópica a grupos de pacientes que cumplieran con los criterios siguientes, se lee en (Sanjurjo & Nieto, 2019):

- Pacientes con sintomatología típica de cólico biliar y criterios favorables para la cirugía por el riesgo tan bajo que existe para el desarrollo de síntomas o más rara vez, complicaciones, a lo largo de la vida.
- Pacientes con riesgo de malignización de la vesícula: vesícula en porcelana, presencia de adenomas, quistes en colédoco, historia familiar de cáncer de vesícula o pacientes con anemia de células falciformes.
- No se recomienda realizarla en pacientes diabéticos asintomáticos aún con riesgo elevado de desarrollar litiasis biliar o complicaciones de la vía biliar

Para la Organización Mundial de Gastroenterología, propone (Sanjurjo & Nieto, 2019) “al evaluar a 252 pacientes sometidos a colecistectomía, un grupo de nueve cirujanos estuvo de acuerdo en que la operación había sido apropiada solo 52 % de los casos”, no alcanzando un consenso, es difícil ponerse de acuerdo sobre cuáles síntomas son específicamente biliares y que deben ser tratados mediante una colecistectomía.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

Cuando no hay síntoma en absoluto, es claro que la cirugía no aporta beneficio a los pacientes con litiasis vesicular asintomática. Se propone en la guía de la Organización Mundial de Gastroenterología que solo deben ser operados los pacientes que presenten las características siguientes (Sanjurjo & Nieto, 2019):

- Pacientes con cálculos vesiculares que vivan en regiones lejanas al tratamiento médico.
- La colecistectomía en pacientes asintomáticos que habiten en regiones de alto riesgo de cáncer.
- Pacientes con inmunosupresión.
- Pacientes que presentan diabetes insulino dependiente; estos no tienen una mayor prevalencia de cálculos, pero en la ancianidad tiene un mayor riesgo de desarrollar complicaciones inflamatorias.
- Pacientes con pérdida de peso rápida.
- Pacientes con vesículas calcificadas en porcelana.

A manera de conclusión se plantean en (Sanjurjo & Nieto, 2019) la recomendación es reservar la colecistectomía hasta después de presentarse los cólicos vesiculares:

“Los receptores de trasplante, los pacientes con anemia drepanocítica, obesos mórbidos, con anomalía en la unión pancreático ductal, las vesículas en porcelana o los pólipos vesiculares mayores de 1 cm. La indicación de la colecistectomía incluye los cólicos biliares, las colecistitis agudas y crónicas y las colecistitis alitiásicas. Los pacientes diabéticos suelen tener menos síntomas debido a sus neuropatías, por eso sus colecistitis pueden estar complicadas con gangrena o perforación con mayor frecuencia; sin embargo, la colecistectomía profiláctica no está recomendada en los pacientes con diabetes”.

Los principales inconvenientes de la cirugía laparoscópica en contraste con la cirugía abierta, propone en su escrito (López & Vitale, 2014) son “la pérdida de la visión directa, la necesidad de una coordinación mano-ojo, y la falta de retroalimentación táctil. La mala colocación de los trocares es un riesgo agregado” porque potencializa estos inconvenientes.

La experiencia del cirujano es muy importante, según la investigación desarrollada por (Morales, et al., 2021) “hay estudios que muestran que cirujanos más jóvenes y con menor experiencia pueden no sentirse tan cómodos realizando la cirugía laparoscópica”, En síntesis, la decisión sobre el abordaje

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

más conveniente siempre se debería hacer caso por caso, no hay una receta a seguir y con dependencia de la experiencia del equipo disponible. En nuestra experiencia, la mayor ventaja de la cirugía abierta de vesícula biliar es su mejor percepción espacial, también la mejor sensación háptica, lo cual podría mejorar la confianza del cirujano sobre la forma de proceder durante la colecistectomía.

Otro elemento de consideración es la utilización de múltiples estudios de imagen, en forma simultánea, en el mismo paciente genera un elevado número de procedimientos inapropiados y de resultados negativos. En la evaluación del síndrome doloroso abdominal, si se realiza un segundo método de imagen, éste será de utilidad si es por indicación y/o recomendación del radiólogo.

Es por ello que es indispensable, recomienda (Motta & Rodríguez, 2010) “que tanto el radiólogo como el cirujano conozcan qué esperar de los métodos diagnósticos, estableciendo una comunicación entre ambos que les permita establecer diagnósticos de precisión”. Un reconocimiento de las posibles ventajas y desventajas entre diversos métodos diagnósticos que se utilizan en el abordaje diagnóstico por imagen de la patología benigna de la vesícula y vías biliares

Conclusión

Por regla general los pacientes son diagnosticados por medio de ultrasonido abdominal, ya que es el estudio de imagen más ampliamente disponible en la mayoría de los países de bajo a medio ingreso, y tiene una buena eficiencia de diagnóstico, a pesar de ser dependiente de operador para enfermedades de la vesícula biliar. La identificación de predictores clínicos para conversión con otras modalidades diagnósticas, como la tomografía computarizada, la imagen por resonancia magnética y la gammagrafía, es un reto para el futuro, ya que muchos centros están utilizando estas modalidades diagnósticas cada vez más frecuentemente.

Del estudio de las fuentes consultadas se concluye que existe una mejor evolución en los pacientes siempre que el diagnóstico y la reparación de la lesión se realiza en el trans-operatorio; el tratamiento puede ser laparoscópico o por vía convencional según la experiencia del cirujano actuante; para las lesiones totales de la vesícula biliar por laparoscópica se preconizan las derivaciones bilio-digestivas. Los instrumentos utilizados en laparoscopia pueden ser peligrosos cerca de la vía biliar como el electrocauterio, las limitaciones determinadas por la interfaz video endoscópica se magnifica la imagen limitando la estereovisión y la libertad de movimientos. El tiempo de entrenamiento de los cirujanos en la técnica es muy corto, en países como Peru, Colombia y Ecuador, generalmente existe baja experiencia en el tratamiento de estas lesiones en médicos recién graduados o con poco tiempo.

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

La lesión puede tener lugar incluso en manos del cirujano más capaz y experimentado, las lesiones de vía biliar deben de reconocerse durante la colecistectomía y de ser posible repararla, esto permite obtener mejores resultados, disminuyendo la gravedad y mejorando el pronóstico. La clave del éxito de la prevención de la complicación de la cirugía de vesícula biliar, apunta a aplicar una estrategia fundamentada en la causa. Presentar una estrategia eficiente y aplicable es un reto pendiente no importa si se realiza una cirugía laparoscópica o cirugía abierta de enfermedad de vesícula biliar.

La decisión sobre el abordaje más conveniente siempre se debería hacer caso por caso, no hay una receta a seguir y con dependencia de la experiencia del equipo disponible. De lo estudiado durante el desarrollo de esta investigación documental, la mayor ventaja de la cirugía abierta de vesícula biliar es su mejor percepción espacial, también la mejor sensación háptica, lo cual podría mejorar la confianza del cirujano sobre la forma de proceder durante la colecistectomía. No se pudo concluir cuál de los dos métodos de cirugía proporciona mayor bienestar al paciente a largo plazo, al ser un procedimiento que depende de muchas variables como se ha mencionado anteriormente.

Referencias

1. Encalada, F., Jaramillo, M., Ramírez, N., & López, M. (2017, Junio). Complicaciones en Cirugía de Vesícula Biliar. *Dominio de la Ciencia*, 3(4), 448 - 461. doi:doi.org/10.23857/POCAIP
2. Huaca, J. (2016, Octubre). *Repositorio Universidad de Guayaquil*. Retrieved 2023, from Repositorio Universidad de Guayaquil: <http://repositorio.ug.edu.ec/>
3. López, G., & Vitale, M. (2014). El Retrato de una Lesión de la Vía Biliar. *Revista Guatemalteca de Cirugia*, 20(1), 35 - 45. Retrieved 2023, from <http://pp.centramerica.com/>
4. Martín, N., & Gálvez, O. (2008, Octubre - Diciembre). Lesiones iatrogénicas de la vía biliar en cirugía laparoscópica. Experiencia en diez años. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 37(4). Retrieved 2023, from <http://scielo.sld.cu/>
5. Martínez, M., Cerón, M., Ramírez, M., & Contreras, N. (2012, January-March). Evaluación de la calidad de vida en pacientes postoperados de reconstrucción de a vía biliar mediante el Cuestionario SF-36. *Revista de Investigacion Medica Sur Mejico*, 19(1), 4 - 6. Retrieved from <https://cesidem.medicasur.com.mx/>
6. Morales, J., Rodríguez, J., Aguilar, J., Romero, J., García, E., Ramos, G., . . . Mercado, D. (2021). Conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta: análisis de factores de riesgo

Evaluación de los Resultados a largo plazo de la Cirugía Laparoscópica versus la Cirugía Abierta en pacientes con Enfermedad de la Vesícula Biliar

con base en parámetros clínicos, de laboratorio y de ultrasonido. *Revista de Gastroenterología de México*, 84(4), 363 - 369. doi:doi.org/10.1016/j.rgmx.2020.07.011

7. Motta, G., & Rodríguez, C. (2010). Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vías biliares. *Cirugía Endoscópica*, 11(2), 71 - 79. Retrieved 2023, from <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/>
8. Sanjurjo, R., & Nieto, A. (2019). Criterios actuales del tratamiento laparoscópico de las enfermedades benignas de la vesícula biliar. *UNIMED*, 1(1), 81 - 92. Retrieved 2023, from <https://www.redalyc.org/>

©2023 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).