

RINCÓN DEL MIR

Colecistectomía Laparoscópica

Laparoscopic cholecystectomy

Autores:

- ¹Adrián García Rosique
- ²María de los Llanos Carrillo Molina
- ¹Carlos Cano Padilla
- ¹Pilar López Pérez
- ¹Cristina Bodas Muyo

¹Residentes del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia.

²Adjunto del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General de Segovia.

Correspondencia:

Adrián García Rosique

Hospital General de Segovia

C/ de Luis Erik Clavería, 40002 Segovia

Correo electrónico: agarciaros@saludcasitallayleon.es

Teléfono: 659299666

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, vesícula biliar, triángulo de Calot, conducto cístico.

Keywords: Cholecystectomy, laparoscopy, gallbladder, Calot's triangle, cystic duct.

Tips and Tricks en Colecistectomía Laparoscópica

La colecistectomía laparoscópica es una intervención común en pacientes con colelitiasis sintomática, pancreatitis litiásica de repetición o colecistitis aguda

(1). A continuación, se detallan los pasos y consideraciones más importantes para realizar este procedimiento de manera segura y eficiente.

Preparación Prequirúrgica

Es crucial conocer al paciente, sus antecedentes médicos y quirúrgicos, así como la historia clínica actual. Se debe realizar una exploración física y pruebas analíticas para descartar una posible coledocolitiasis, lo que modificaría el tratamiento. Una ecografía abdominal confirma inflamación y cálculos en la vesícula.

En colelitiasis, se pregunta sobre el último cólico biliar y los valores de bilirrubina y enzimas hepáticas para planificar la intervención programada. En colecistitis aguda el signo más específico es un Murphy ecográfico positivo y la intervención debe realizarse en las primeras 48-72 horas (1).

Posicionamiento del Paciente y Colocación de Trócares

La comodidad del cirujano es clave, la mesa debe estar a una altura adecuada. Existen dos posiciones principales: francesa, donde el cirujano se coloca entre las piernas del paciente; y americana, donde ambos, cirujano y ayudante, se ubican a la izquierda. Según la posición y la anatomía, se adapta la colocación de los trócares: óptica supraumbilical, dos de 5 mm en flanco derecho y epigastrio, y uno de 10 mm a la izquierda de la línea media. El instrumental necesario incluye óptica, pinzas traumáticas, tijeras o gancho para la disección, aplicadores de clips, endobolsa y aspirador con irrigación (opcional) (2).

Técnica Quirúrgica

1.Incisiones: Realiza una incisión supraumbilical e introduce la óptica para visualizar la vesícula y posibles adherencias. Posteriormente, realiza más incisiones según la posición elegida del paciente y coloca los trócares bajo visión directa (3).

2. **Adhesiolisis:** Si la vesícula está adherida a estructuras cercanas, como el duodeno, realiza una adhesiolisis con tijeras frías evitando quemaduras y perforaciones (3).

3. **Búsqueda de Estructuras Importantes:** Es clave traccionar el fundus de la vesícula hacia el hombro derecho del paciente para exponer el triángulo de Calot, que se limita por el conducto cístico, la vía biliar principal, y el lecho hepático. La identificación del surco de Rouviere, si está presente, facilita la localización de las estructuras relevantes, que quedan por debajo del mismo (3).

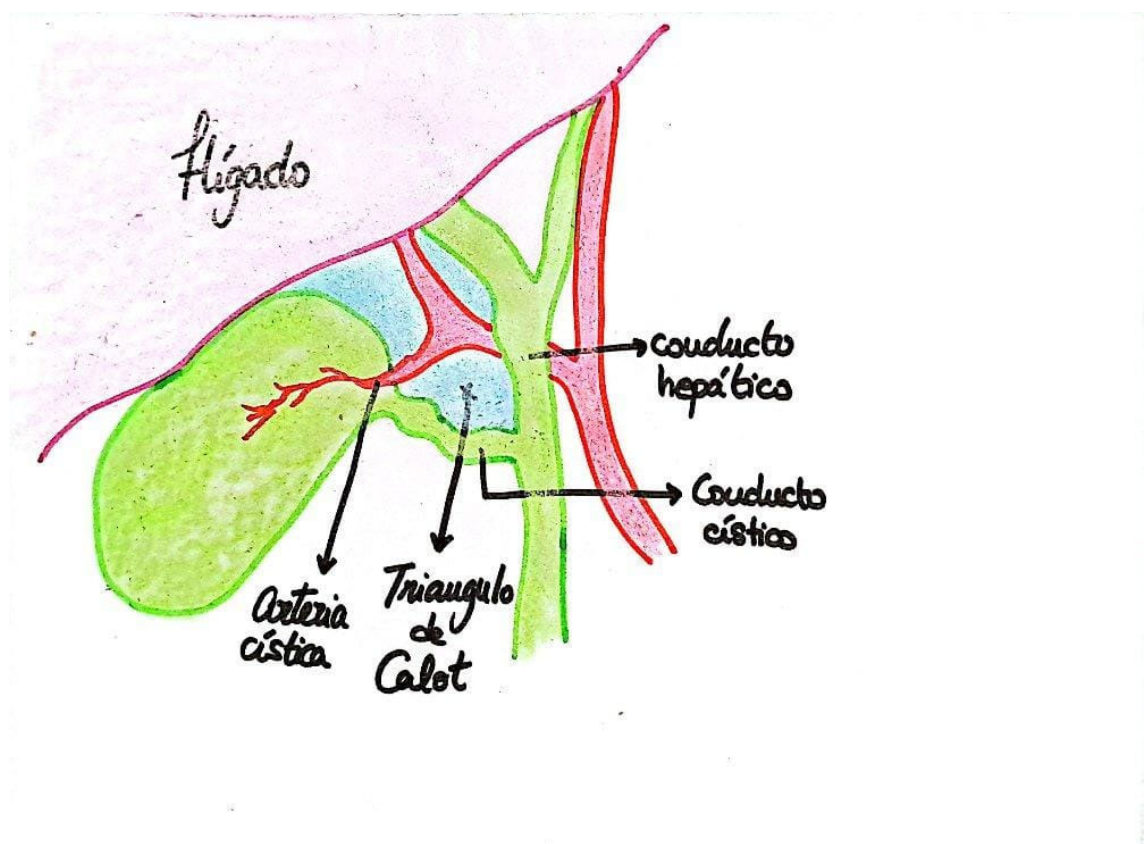


IMAGEN 1 (*Imagen de elaboración propia)

4. **Disección y Clipaje:** La disección continúa en el triángulo de Calot. Lo ideal es exponer el conducto y la arteria císticos antes de proceder a su clipado y sección, constituyendo la “visión crítica de seguridad de Strasberg”, fundamental para la prevención de lesiones iatrogénicas (4). Coloca dos clips proximales y uno hacia la vesícula en el conducto

cístico. A continuación, disecciona y clipa la arteria cística lo más cerca posible de la vesícula (3).

5. Disección de la Vesícula Biliar: Aplica hemostasia del lecho hepático con tijeras o gancho, para ello puedes dejar la parte final del fundus de la vesícula adherida al lecho hepático para traccionar de la misma hacia craneal. Es importante estar atento a variaciones anatómicas, como los conductos biliares accesorios (Luchska), que necesitarán ser clipados para evitar complicaciones (3).

6. Finalización: Realiza aspiración y lavado si procede a nivel perihepático hasta que el agua no presente tinte hemático ni biliar. Ante la duda deja drenaje. Extrae la vesícula mediante endobolsa por la incisión supraumbilical, retira los trócares bajo visión directa y procede a la extracción del neumoperitoneo y al cierre de aponeurosis y piel. Recuerda que debes cerrar toda aponeurosis en la que se haya introducido un trocar mayor de 5mm para prevenir eventraciones (3).

Manejo de la Colecistitis Aguda

En ocasiones, la vesícula biliar está muy inflamada y presenta un engrosamiento de la pared que impide movilizarla y traccionar de ella. En estos casos la solución pasaría por perforarla con una aguja de Veress a través de una incisión menor de 5mm en el Hipocondrio derecho y aspirar la bilis de su interior. Con la posibilidad de enviar una muestra a cultivo y/o Anatomía Patológica (5).

A veces, aunque hagas el paso anterior y realices una buena tracción del fundus y del Hartmann no se visualizan las estructuras importantes. En este punto tendríamos que comenzar a realizar una apertura del peritoneo vesicular lo más arriba posible del posible cístico e intentando visualizar una estructura que se vaya afilando conforme avanzamos en nuestra disección (5).

“No veo las estructuras, ¿qué hago?”

En este punto, lo primero y más importante es no perder la calma y si es necesario pedir ayuda a un compañero. Si ninguno de tus ayudantes es capaz de visualizar las estructuras o no te sientes cómodo con tus acciones hay que pasar al siguiente paso, realizar una colecistectomía anterógrada. Consiste en iniciar la disección de la vesícula biliar desde el fundus hacia el Hartmann, de esta forma avanzamos hacia la vía biliar principal y dejaremos la vesícula biliar “colgando” de una estructura afilada que será el conducto cístico (6).

En ocasiones, a pesar de estas maniobras, no somos capaces de visualizar correctamente las estructuras importantes y habría que realizar una colecistectomía subtotal. Es preferible dejar una porción de vesícula biliar que lesionar la vía biliar principal (7).

Bibliografía:

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J Hepatol. 2016;65(1):146-81.
2. Ferreres AR, Asbun HJ. Technical aspects of cholecystectomy. Surg Clin. 2014;94(2):427-54.
3. Barbier L, Tabchouri N, & Salame E. Técnica de la colecistectomía. EMC-Técnicas Quirúrgicas-Aparato Digestivo. 2021; 37(2): 1-12.
4. Strasberg SM, Brunt ML. Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. J Am Coll Surg. 2010;211(1):132-8.
5. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G, et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018;25(1):41-54.
6. Tartaglia N., Cianci, P, Di Lascia, A, Fersini A, Ambrosi A, & Neri V. (2016). Laparoscopic antegrade cholecystectomy: a standard procedure?. *Open medicine*. 2016; 11(1): 429-432.
7. LeCompte M.T, Robbins K.J, Williams G.A, Sanford D, Hammill C, Fields R et al. Less is more in the difficult gallbladder: recent evolution of subtotal cholecystectomy in a single HPB unit. Surg Endosc. 2021; 35: 3249–3257.