

EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE VÍAS BILIARES; PRESENTACIÓN DE UN CASO, INDICACIONES Y DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA.

Armando Javier Azuara Turrubiates¹

Recibido: 2 de septiembre de 2014

Aceptado: 15 de octubre de 2014

.....
1. Residente de 3er año de Cirugía General, Hospital Regional de Pemex, Cd. Madero, Tam.

INTRODUCCIÓN

La exploración de vías biliares continúa siendo un recurso al alcance del cirujano para realizar resolución de patología a nivel biliar sobre todo por patología litiasica. La exploración durante muchos años se realizó de manera convencional, sin embargo hoy en día el crecimiento de la cirugía laparoscópica ha provocado la disminución de en las tasas de conversión de cirugía laparoscópica a la convencional para la exploración de la vía biliar. En este artículo se describen los antecedentes, indicaciones, complicaciones y descripción de la técnica vía laparoscópica para la realización de la misma.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente femenino de 71 años de edad, la cual acude a urgencias por presentar dolor en hipocondrio derecho. Antecedente hipertensión de 10 años de evolución en tratamiento con losartán/hidroclorotiazida, 1 tableta cada 24 h, glaucoma de larga evolución en tratamiento con latanaprost 1 gota cada 24h, enfermedad diverticular en manejo con medidas higiénico dietéticas. Como antecedentes quirúrgicos refiere histerectomía hace 20 años, niega otros de importancia.

Portadora de litiasis vesicular de más de 1 año de evolución diagnosticada por ultrasonografía.

Inicia su padecimiento actual hace 12h, sin respuesta a los analgésicos vía oral; refiere náusea

sin llegar al vómito y coluria hace 1 semana con resolución espontánea. Refiere distermias no cuantificadas, niega otra sintomatología.

A la exploración física se encontró ictericia conjuntival así como dolor a la palpación profunda de hipocondrio derecho y Murphy positivo.

Laboratorios de ingreso con leucocitos de 12,000/mm³ hemoglobina 11 g/dL, plaquetas 230,000/mm³ glucosa 105 mg/dL, creatinina 0.4 mg/dL, albumina 3.8 g/dL, deshidrogenasa láctica 120 U/L fosfatasa alcalina 90 U/L, AST: 60 U/L, ALT: 55 U/L, bilirrubina total 3.1 mg/dL, bilirrubina directa 2.8 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.3 mg/dL; amilasa 66 U/L; tiempo de protrombina 13.2 segundos; INR 0.3 segundos.

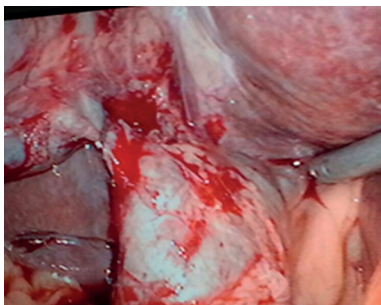
Se decide intervención quirúrgica de urgencia vía laparoscópica por diagnóstico de colangitis.

El abordaje fue mediante 4 trocares, 1 umbilical de 5 mm, 1 subxifoideo de 10 mm y 2 adicionales subcostales derechos de 5mm.

Los hallazgos en la intervención fueron hígado, asas intestinales y estomago macroscópicamente normales. Vesícula biliar de 9x3 cm de paredes delgadas con múltiples litos en su interior de aproximadamente 5-10 mm. Vía biliar dilatada en aproximadamente 30 mm (**Figura 1**).

Se realizó una colangiografía transcística, que revelo dilatación de la vía biliar intra y extra hepática, así como 3 defectos de llenado en el colédoco, con adecuado paso del medio de contraste a duodeno (**Figura 2**).

1 **Figura N°1**



2 **Figura N°2**

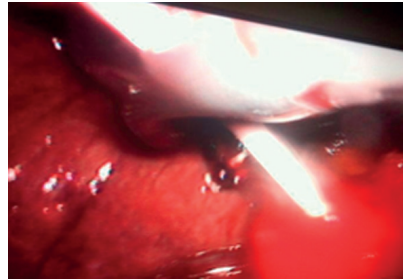


Previo a la realización de la colecistectomía se realizó disección de cístico con colocación de una grapa proximal para posteriormente cortarlo parcialmente e introducir catéter transcístico, realizando colangiografía transoperatoria, identificando los hallazgos mencionados (**Figura 3**).

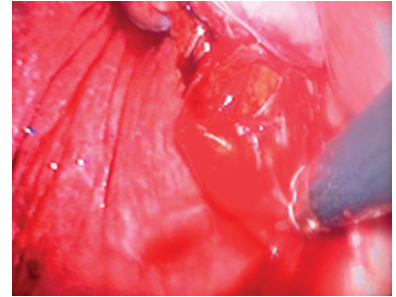
Se realizó una coledocotomía longitudinal aproximadamente a 1 cm

distal del cístico, para posteriormente realizar maniobra de irrigación intracoledociana así como administración de medio de contraste con catéter transcístico e identificando tres litos intracoledocianos, por lo que se realiza cateterización de vías biliares en varias ocasiones con catéter de Fogarty, logrando extracción de 4 litos de 8 y 10mm. (**Figuras 4,5 y 6**).

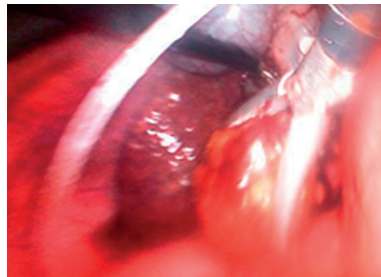
3 Figura N°3



4 Figura N°4



5 Figura N°5



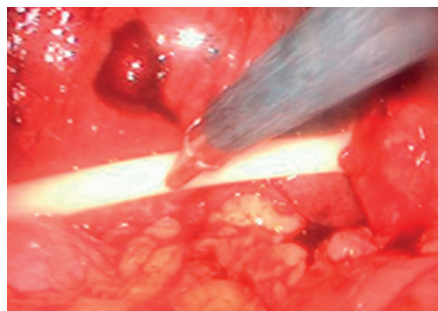
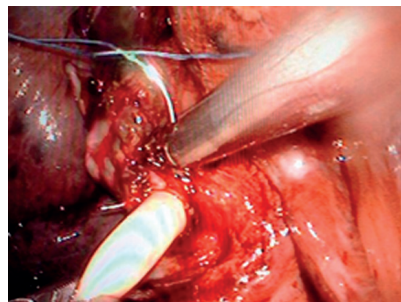
6 Figura N°6



Se procede una vez más con irrigación continúa del colédoco, sin identificarse alteraciones en el llenado del mismo sin identificar otros litos.

Se introduce sonda de Foley de 16fr a colédoco y se insufla para posteriormente

realizar colangiografía de control posterior a litoextracción, observando adecuado paso del medio de contraste hacia duodeno, sin defectos de llenado. (**Figura 7**).

7 **Figura N°7**8 **Figura N°8**

Se procede a realizar colocación de sonda en T, con puntos simples separados así como jareta en periferia de sonda en T de 16fr, para exteriorizarla percutáneamente en flanco derecho. (**Figura 8**).

La evolución de la paciente a las 48 h del procedimiento fue satisfactoria, solo con discreto dolor en sitio quirúrgico, con disminución de la bilirrubina en los laboratorios de control, así como presentando escaso gasto por la sonda en Kerh (T), egresándose a las 72 h posterior a tolerar la vía oral.

DISCUSIÓN

Se presenta el caso de la paciente de la octava década de la vida, quien manifiesta la triada clásica de Charcot de la colangitis (fiebre, dolor e ictericia)¹. Indudablemente esta patología exige la realización de una descompresión de la vía biliar por el riesgo elevado de desarrollar un choque séptico.

De acuerdo a la literatura, el medio menos invasivo para la resolución de estos casos es una Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica² (CPRE), sin embargo en nuestro caso no se contaba en ese momento con el recurso por lo que se requirió la resolución de la entidad mediante exploración quirúrgica.

La colangiografía transcística es la opción diagnóstica menos invasiva y en algunos casos la opción terapéutica², sin embargo el tamaño de

los litos en esta paciente no permitía extraerlos a través del conducto cístico; optando por la coledocotomía con litoextracción. Vale la pena mencionar que no se ha descrito la colocación de sonda de Foley intracoleodociana para realización de colangiografía post CPRE, lo cual consideramos es una excelente opción, pues permite re-explorar la vía biliar ante la presencia de litos, en lugar de retirar y recolocar la sonda en T lo cual aumenta la morbilidad para el paciente.

Indicaciones para exploración de la vía biliar:

- Litiasis vesicular con alteración de las pruebas funcionales hepáticas
- Pancreatitis de origen biliar reciente
- Duda en la ubicación anatómica
- Cálculo palpable
- Observación radiológica de un cálculo
- Ictericia reciente
- Dilatación macroscópica del colédoco mayor a 10 mm³

Técnica quirúrgica:

Es importante mencionar que la capacidad del colédoco es de 12 a 20 cc.

Antes de realizar el colangiograma se debe girar al enfermo hacia la derecha para visualizar mejor la vía biliar³.

- 1) Tracción meticulosa de la bolsa de Hartmann para rectificar el conducto cístico disecado
- 2) Apertura parcial del cístico para la introducción de sonda de alimentación de 7fr
- 3) Colocación de grapa con parcialmente apretada, que permita el paso del medio de contraste
- 4) Aplicar inicialmente 7 cc de medio de contraste y toma de radiografía, para posteriormente 14 cc y radiografía
- 5) Si no existen defectos de llenado, se liga el cístico y se completa la colecistectomía laparoscópica
- 6) Si existen defectos de llenado es necesario explorar la vía biliar
 - a) Litos menores de 3mm: posibilidad de extracción transcística con catéter de Fogarty
 - b) Litos mayores de 3 mm, colocar 2 puntos de sutura con vycril del 000 en cada borde donde se realizara de la incisión en colédoco y traccionar con pinzas de Maryland
 - c) Realizar coledocotomía longitudinal y anterior de aproximadamente 1 cm
 - d) Introducir catéter de alimentación de 10fr en el colédoco e iniciar irrigación continua a presión
 - e) Introducir catéter de Fogarty, para posteriormente insuflar globo y traccionar suavemente con la finalidad de extraer los litos
 - f) Si los pasos previos no permiten la extracción de los litos, realizar introducción de canastilla de Dormia hasta extraer litos
 - g) Realizar colangiografía de control posterior a litoextracción.

BIBLIOGRAFÍA

1. F. Charles Brunicardi, Dana K. Andersen, Timothy R. Billiar, et. al. Schwartz, Principios de Cirugía. 9a ed. McGraw-Hill; 2010
2. Beuchamp, Evers, Mattox. Sabiston. Tratado de Cirugía 19ª ed. Elsevier; 2009.
3. John E. Skandalakis, Panajiotis N. Skandalakis, Lee John Skandalakis. Anatomía y técnicas quirúrgicas, 2da ed. McGraw-Hill; 2002