

COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA SELECTIVA Vs DE RUTINA EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Natalia S. Fior, Romina G. Mayoral, Mariana P. Russo, Soledad Suarez Rua, Francisco J. Tarsitano, Mariano Palermo MAAC, FACS *.

Servicio de Cirugía General del Hospital Nacional Prof. A. Posadas. Buenos Aires, Argentina.

* Medico Cirujano, Especialista en Cirugía General y Cirugía Gastroenterológica. Doctor en Medicina (UBA), Docente Autorizado de Cirugía de la Universidad de Buenos Aires.
Correspondencia: Dr. Mariano Palermo. Av. Pte. Perón 10.298. Ituzaingo. CP 1714. Buenos Aires Argentina.

Tel.: (5411) 15-4526-1825 / e-mail: palermomd@msn.com

CITAR COMO:

Natalia S. Fior, Romina G. Mayoral, Mariana P. Russo, Soledad Suarez Rua, Francisco J. Tarsitano, Mariano Palermo MAAC, FACS - Colangiografía intraoperatoria selectiva vs de rutina en colecistectomía laparoscópica. Revisión de la literatura - Seclaendosurgery.com (en línea) 2011, nº 35. Disponible en Internet:

http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=137&Itemid=130. ISSN: 1698-4412

RESUMEN

La primer colangiografía operatoria fue realizada por Mirizzi en 1931. Durante muchos años el uso de la colangiografía tuvo poca aplicación hasta que en los años 70 se convirtió en un procedimiento casi de rutina en la cirugía de vesícula biliar y mas aun en la era laparoscópica.

Se efectuó una búsqueda en las bases de datos Medline, Cochrane, Lilacs para identificar distintos trabajos que estudien colecistectomías laparoscópicas, en las cuales la colangiografía se realizó en forma selectiva o de rutina.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a través de los trabajos analizados se demuestra que las evidencias acerca del uso rutinario o selectivo de la colangiografía intraoperatoria sigue siendo controversial, ya que ambas son utilizadas en la práctica y hay argumentos a favor de cada una de ellas.

Nosotros recomendaríamos de acuerdo con lo analizado en la bibliografía y con la experiencia diaria, el uso de la colangiografía intraoperatoria de rutina ya que ante la duda es preferible la realización de una colangiografía de más y no una lesión inadvertida de la vía biliar.

Palabras Clave: Colangiografía intraoperatoria rutinaria, colangiografía intraoperatoria selectiva, colecistectomía laparoscópica.

INTRODUCCION

Pablo Luis Mirizzi fue un cirujano internacionalmente reconocido que desarrollo sus actividades en la ciudad de Córdoba, Argentina. Muy abocado a la cirugía biliar, su preocupación principal eran las coledocolitiasis que en ese entonces eran muy difíciles de detectar. La palpación externa no siempre era útil así como tampoco el uso de una sonda introducida por coledocotomía ya que muchas veces daba falsos negativos. Y más aun hoy en la era de la cirugía laparoscópica, ya que la palpación no es factible por esta vía (1,2,3).

Mirizzi resolvió estos problemas diseñando la colangiografía intraoperatoria. La primera fue realizada por él en 1931. Durante muchos años su uso tuvo poca aplicación hasta que en los años 70 se convirtió en un procedimiento casi de rutina en la cirugía de vesícula (4,5). Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica disminuyo notablemente el uso de esta técnica, ya que al comienzo de la experiencia se dificultaba técnicamente la realización de colangiografía, problema que se fue resolviendo y en la actualidad es prácticamente igual que en cirugía abierta (6,7). Al no poseer el beneficio de la palpación en cirugía laparoscópica creemos de vital importancia la realización de la colangiografía intraoperatoria.

Las razones para recomendar la colangiografía intraoperatoria en la colecistectomía son:

- proporcionar información anatómica precisa de las vías biliares intra y extrahepáticas
- delimitar claramente la anatomía, lo que contribuye a evitar lesiones de los conductos
- encontrar cálculos inesperados en el interior de los conductos biliares
- proporcionar al cirujano la información intraoperatoria necesaria para cambiar la conducta quirúrgica
- evitar dejar cálculos residuales en las vías biliares

Las razones de otros autores que se oponen al empleo rutinario son:

- incrementan el tiempo operatorio
- elevan costos
- facilitan la presencia de imágenes artificiales (burbujas, espasmos, cuerpos extraños)
- llevan al cirujano a efectuar exploraciones innecesarias de las vías biliares y ocasiona lesiones de los conductos biliares
- expone al paciente y al grupo quirúrgico a radiaciones y contraste que puede provocar reacciones alérgicas.

Hoy en día, casi 80 años después de la primera colangiografía intraoperatoria realizada, su uso sigue siendo controversial. Las opiniones de los cirujanos siguen siendo divididas en cuanto a tomar una política de rutina o una selectiva y ambas recomendaciones tienen sus argumentos para defenderlas.

METODO

Se efectuó una búsqueda en las bases de datos Medline, Cochrane, Lilacs para identificar distintos trabajos que estudien colecistectomías laparoscópicas, en las cuales la colangiografía se realizara en forma selectiva o de rutina.

Los datos recolectados incluían la detección de cálculos en el conducto biliar común y los síntomas consecuentes, también se tuvieron en cuenta los daños de la vía biliar, el hallazgo de anomalías de la vía biliar y la duración de cada cirugía.

En la búsqueda se hallaron los trabajos enumerados en tabla 1.

Tabla 1. Trabajos encontrados en la búsqueda

Autor	Año	Colangiografía	Lugar	Ran
Deborah Ammot (6)	2005	Si	Australia	Si
Iqbal Saleem Mir (8)	2007	No	India	No
Mathew S. Metcalfe (9)	2004	Si	Australia y United Kingdom	No
Nathaniel J. Soper (2)	2005	Si	Missouri USA	Si

RESULTADOS

Anomalías e injurias de la vía biliar

Algunos autores sostienen que el uso de colangiografía intraoperatoria permite la detección de anomalías en la vía biliar, evitando de esta forma la lesión de la misma en la cirugía. Esto

justificaría el uso rutinario de este procedimiento.

Sin embargo, los trabajos analizados en esta revisión demuestran que no existe relación entre las anomalías anatómicas y las injurias de la vía biliar. En el trabajo de Deborah Ammot y cols. se produjo el mismo número de injurias con colangiografía rutinaria que con colangiografía selectiva (Tabla 2).

Tabla 2. Se comparan los resultados del trabajo en la colangiografía de rutina versus selectiva

	Rutina	Selectiva
Injurias de la vía biliar	1	1
Tiempo de operación	20-150	20- 250
Promedio de tiempo operatorio	61	56

ANZ J. Surg, 2005; 75: 378-382

En el trabajo de Nathaniel J. Soper no hubo injurias documentadas en ninguno de los dos grupos analizados (con y sin colangiografía). En el grupo en donde se realizó la colangiografía intraoperatoria se hallaron dos casos de anomalías en la vía biliar, a pesar de esto no requirieron cambios en la técnica quirúrgica.

En el artículo publicado por Iqbal Sallem Mir, de 1267 pacientes que fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica sin colangiografía intraoperatoria, solo uno presentó daño de la vía biliar común.

En la revisión de Matthew S. Metcalfe se demuestra que de 6024 pacientes que recibieron colangiografía de rutina hubo un solo caso de transección completa de la vía biliar (0, 02%) y

17 casos de injurias menores (0,28%) mientras que en los pacientes que no recibieron colangiografía intraoperatoria (3268) se detectaron tres casos de transección completa de la vía biliar (0,09%) y 6 casos de injurias menores (0,18%). Estas proporciones no son estadísticamente significativas ($p = 0.13$ y $p = 0.25$ para las complicaciones mayores y menores respectivamente). La diferencia radical entre ambas series fue el reconocimiento de la injuria inmediatamente en el momento de la cirugía, ya que de las complicaciones menores, el 33% fueron reconocidas a tiempo en las series sin colangiografía en tanto que el 93% de las mismas fueron reconocidas a tiempo en las series con colangiografía de rutina ($p = 0.01$).

Detección de cálculos

En el trabajo de Deborah Ammot y cols, de los 94 pacientes a los que se les realizó colangiografía intraoperatoria de rutina, en 12 se detectaron cálculos en la vía biliar mientras que en 3 pacientes no fueron detectados. En el grupo de colangiografía selectiva, a 34 pacientes se les realizó la colangiografía, de estos a 5 se les detectaron cálculos y a otros cinco no se les detectaron. La diferencia en la proporción de cálculos retenidos no es estadísticamente significativa ($p = 0.19$).

En el trabajo de Iqbal Saleem Mir se hallaron cálculos en el conducto cístico en 17 pacientes (1,33%) y solo se hallaron cálculos retenidos en la vía biliar común en un paciente (0.08%) (8).

En el artículo publicado por Nathaniel J Soper, de 59 pacientes en los cuales se realizó colangiografía intraoperatoria, solo en 2 fueron demostrados y removidos cálculos en el cístico. En este estudio un pequeño cálculo en el conducto biliar común fue apreciado en el postoperatorio y el paciente no presentó síntomas en los 12 meses posteriores a la cirugía (2).

En el trabajo de Matthew S Metcalf, en las series reportadas con colangiografía intraoperatoria de rutina que involucraba 4209 pacientes sin síntomas previos de cálculos en la vía biliar, solo

170 tuvieron cálculos en la vía biliar (4%) (9). Un total de 5179 pacientes fueron reportados en las series donde no se realizó colangiografía intraoperatoria y en los cuales tampoco había síntomas de cálculos en la vía biliar. De estos últimos solo 32 pacientes (0.6%) tuvieron síntomas por cálculos residuales. Con lo cual se concluye que solo un 0,6% de la real incidencia de cálculos retenidos (4%) se harían sintomáticos. La literatura revisada en este trabajo no avala el uso rutinario de la colangiografía intraoperatoria.

Duración de la cirugía

Según el trabajo realizado por Nathaniel J Soper la colangiografía intraoperatoria alarga el tiempo de cirugía en 16 minutos (p