

**MANEJO DE LA ENFERMEDAD
LITIASICA BILIAR**

Moderador: Gustavo Márquez

Participantes: Manuel Cadena, Jaime Campos, Fernando Sierra

Dr. Márquez. ¿Cuál es la opinión de los participantes en relación a la colecistectomía profiláctica, aunque la colelitiasis estuviera asintomática?

Dr. Campos. Bueno, voy a ser muy lacónico: el paciente asintomático no se trata.

Dr. Cadena. La política en el Departamento de Cirugía ha sido siempre preconizar el tratamiento quirúrgico de la enfermedad litiasica vesicular asintomática, específicamente en aquellos pacientes menores de 60 años, quienes tienen todavía un largo curso de vida, una expectativa de vida prolongada y nos permite asumir la posibilidad de virar de un proceso asintomático a una colecistitis aguda complicada después de los 60 años, esto nos hace asumir que es la mejor posibilidad frente a una persona joven y sana en ese momento.

Dr. Sierra. Nosotros pensamos que el paciente con litiasis asintomática no se debe operar. Las bases que tenemos están respaldadas por estudios que se han hecho durante mucho tiempo con pacientes. Yo traigo tres estudios que son tradicionales: el estudio de la Universidad de Michigan donde se estudiaron 123 miembros, no necesariamente de medicina, a quienes se les diagnosticó litiasis asintomática en 1956 y fueron seguidos hasta por 24 años. De esas 123 personas que tenían litiasis asintomática solamente 18% desarrollaron a través del tiempo dolor biliar y solamente el 3% hicieron complicaciones como colecistitis o pancreatitis, el 3% de los que habían hecho este tipo de complicación habían hecho antes dolor biliar, el resto de la gente o sea el 82% de las personas con litiasis asintomática no les pasó absolutamente nada. Mc Cherry en un estudio que publicó valerosamente en *Annals of Internal Medicine* en el 85, siguió 135 pacientes durante 46 meses y solamente el 10% hicieron dolor y el último estudio, probablemente el más grande, fue el estudio cooperativo de cálculos biliares hecho por el mismo señor que preconiza ahora el tratamiento con metil-tert-butil eter donde analizó 305 pacientes, de los cuales el 13% desarrollaron complicaciones. Pero hay estudios de autopsia que son todavía más dicientes, 93 a 97% de los muertos que en la autopsia se les encuentra litiasis, no se han muerto de una causa relacionada con la litiasis, o sea la litiasis fue realmente un evento que se presentó pero que no le ocasionó ningún problema, solamente en el 3 a 7% de las veces hubo proble-

ma, entonces con base en esto pensamos que un paciente que tenga cálculos en la vesícula asintomáticos no se le debe hacer nada, solamente observarlo. Existen algunas excepciones como son los pacientes que tienen una diabetes dependiente de insulina y que a su vez tengan compromiso renal o compromiso cardiovascular severo.

Hay otras condiciones, como el temor al cáncer, que podríamos discutirlo, parece ser que si uno encuentra cálculos en cirugía se tiene mucho temor a que el paciente con cálculos haga cáncer. La incidencia de cáncer en la vesícula de un paciente con cálculos es casi igual a la incidencia de cáncer del colon después de la colecistectomía. Otra cosa ocurre si la vesícula es en porcelana en esto se indica la colecistectomía, porque la tercera parte de esos enfermos y en casi el 50% en algunas otras series se desarrolla el cáncer, o cuando el cálculo es mayor de 2.5 a 3 cm también la incidencia de cáncer puede ser mayor y podría ser otra eventualidad en la cual se podría considerar este tipo de tratamiento.

Dr. Márquez. Doctor Cadena, ¿hay algunas condiciones quirúrgicas en las cuales se practica la colecistectomía profiláctica.

Dr. Cadena. No, colecistectomía profiláctica no, ya hemos oído en la exposición anterior del doctor Campos, cómo en esta enfermedad el proceso está localizado en la vesícula. Entonces procedemos a hacer colecistectomía siempre y cuando encontremos la vesícula enferma, que tenga cálculos adentro. Es el caso por ejemplo, cuando entramos a operar pacientes con enfermedades hematológicas, el caso cuando entramos a hacer una esplenectomía y adicionalmente encontramos una vesícula con cálculos secundaria a ese proceso mismo. Eventualmente podemos hacer colecistectomías incidentales pero siempre y cuando haya patología litiasica vesicular, cuando menos.

Dr. Márquez. En la disolución oral de los cálculos de colesterol en la vesícula, la terapia combinada con ácidos quenó y urso desoxicólico puede tener ventaja para acortar el tiempo de disolución de los cálculos. ¿Es justificable esta terapia combinada o definitivamente es preferible el uso único del ácido urso desoxicólico, o combinado, pero con otra serie de drogas como podían ser antiinflamatorios no esteroideos o aspirina?

Dr. Sierra. Nosotros hemos tratado 19 pacientes hasta el momento, con ácido quenó y urso desoxicólico, con unos resultados que son muy similares en la disolución a los que informa la literatura, aproximadamente del 60%, con dos problemas muy serios; el primero es el costo, una tableta de urso vale \$850 aproximadamente en este momento y los pacientes requieren aproximadamente 2 tabletas de la droga al día, durante por lo menos un año de tratamiento. El otro

problema es que los pacientes se pierden y son muy poquitos los que hemos podido seguir adecuadamente durante el tiempo. No tenemos experiencia con el queno desoxicólico, pero los informes iniciales mostraban una incidencia de efectos colaterales altísima, siendo la diarrea el primer efecto colateral que se puede presentar hasta en el 100% de los pacientes, pero que es intolerable en menos del 30%, además aumenta los lípidos sanguíneos incrementando el riesgo de arteriosclerosis, puede producir daño hepatocelular con elevación de las aminotransferasas, pero eso todo es teórico, no tengo ninguna experiencia con queno desoxicólico. Teóricamente se ha informado que la asociación de queno y urso disminuye en un 20 a 30% el tiempo para obtener la disolución de los cálculos. Probablemente lo más nuevo es la asociación de urso desoxicólico con inhibidores de la 3-hidroxi-metil-glutaryl reductasa, como lovastatina; hay un estudio reciente en *Gastroenterology* donde acortan en un 30% la velocidad de disolución de los cálculos, pero ustedes ya se darán cuenta que una tableta de lovastatina es bien costosa y además son muy pocos los pacientes que llenan todos los criterios de inclusión para ser sometidos al tratamiento con urso siendo 20% del total y creo que esos son los problemas que hemos encontrado en esta pequeña serie que tenemos nosotros.

Dr. Márquez. Doctor Cadena, ¿durante una colecistectomía, la colangiografía intraoperatoria debe ser rutinaria?

Dr. Cadena. Hasta hace no mucho tiempo, teníamos por rutina implementar o terminar el procedimiento de la colecistectomía convencional con una colangiografía intraoperatoria que nos permitiera evaluar ampliamente la permeabilidad del colector y sobre todo eliminar la posibilidad de ese 4 a 8% de cálculos residuales. Sin embargo, el beneficio que obtuvimos de ello fue muy poco, de tal manera que el rendimiento del examen no justificó seguirlo haciendo como procedimiento abierto. En este momento con el procedimiento laparoscópico estamos complementando cuando es necesario y existe la sugerencia o la posibilidad de que haya una litiasis o patología en la vía biliar, con una colangiografía endoscópica preoperatoria.

Dr. Márquez. Creo conveniente para que podamos charlar un poco más de la colecistectomía laparoscópica, pedirle ahora el favor al doctor Cadena que en cinco minutos nos demuestre básicamente cómo se practica el procedimiento.

Dr. Cadena. Vamos a ver en las próximas diapositivas, dos series de diagramas. El primero de ellos, son unos diagramas muy elementales, tratando de mostrar en qué consiste el procedimiento. Veamos entonces, cómo en esta diapositiva hay tres instrumentos que son los que van a hacer el procedimiento y hay un cuarto instrumento que es el que

lleva la imagen a un monitor.

En este entonces ya se ha empezado a hacer el procedimiento, noten ustedes, hay dos pinzas de sujeción y hay una tercera que es la que está haciendo el procedimiento, que en este caso ya ha seccionado el conducto cístico, luego de haber puesto un par de clips de titanio y en este momento proceder a hacer la sección de la arteria. Aquí está una de las modalidades con las que se ha preconizado el uso de la colecistectomía laparoscópica que es la aplicación del rayo láser que, no es un elemento indispensable y más bien sí complica o aumenta el número de accidentes; cuando no es un láser de contacto aumenta la producción de humo, dificulta el procedimiento y con el electrobisturí es una operación bastante confiable. Finalmente la exéresis de la pieza quirúrgica, vean ustedes cómo se retiran los cálculos mediante la succión o tripsia cuando el cálculo es de un tamaño que no permite ser extraído a través de esta pequeña incisión que generalmente no es de más de 1 ó 2 centímetros y está localizada en la región del ombligo.

Iniciamos el procedimiento entonces con la preparación del abdomen con un neumoperitoneo con la aguja de Verres que vieron ustedes en esa primera diapositiva, mediante este aparato que nos permite insuflar o mantener una presión de CO₂ dentro del abdomen alrededor de 13 mm/Hg con lo que nos permite hacer una excelente exploración de la cavidad abdominal. Noten ustedes aquí los tres instrumentos que están uno en la línea axilar anterior, otro en la línea axilar media y otro en la región subxifoidea inmediatamente por debajo del reborde costal. Estos instrumentos son los que nos van a permitir la sujeción de la vesícula y éste es el instrumento que nos permite manipulación y operabilidad. Y aquí ven ustedes entrando por la región umbilical a través de una incisión de 15 mm un trocar que es el que lleva los instrumentos de óptica por donde se va a transmitir la imagen a un monitor de televisión.

Esta es la visión panorámica o es la visión que tenemos al entrar en la cavidad abdominal y podemos examinar entonces una vesícula a tensión. Se inicia el procedimiento entonces con la sujeción de la vesícula y se inicia la liberación del ligamento colecistoduodenal mediante una maniobra de avulsión que es distinto de lo que hasta aquí se preconizaba que eran maniobras de disección, cortante siempre. Pero quiero llamar la atención de dos cosas en este momento.

1. La ubicación de la vista del cirujano, el plano que tiene el cirujano en este momento, que es completamente distinto al que tenía antes que era de arriba hacia abajo y generalmente éste era un punto ciego. Ahora es de abajo hacia arriba y tiene toda la visión del triángulo de Calot que es donde están todas sus preocupaciones, la tiene a mano y por otra parte tiene además magnificación de la imagen. Vean ustedes el tamaño de esta vesícula que puede verla tan grande como quiera, dependiendo del monitor que use. Aquí se empieza a hacer entonces la disección, vean ustedes cómo la vesícula ha sido

descomprimida y se empiezan a liberar las adherencias del ligamento colecistoduodenal para exponer el conducto cístico que aquí ya ha sido ligado y se están empezando a poner clips metálicos sobre la arteria.

En este momento ha sido ya liberada completamente la vesícula biliar del lecho, queda suspendida ya por unos escasos milímetros de un tejido conectivo y se hace la hemostasia cuidadosa bajo visión directa y magnificada aspirando lo que generalmente queda en este punto que son 30 - 50 mililitros de sangre y finalmente se extrae la vesícula a través de este trocar, como ya vimos en la diapositiva del diagrama.

Dr. Márquez. Doctor Cadena ¿cuál es el entrenamiento que requiere un cirujano para practicar la colecistectomía laparoscópica y cuál es el costo del equipo necesario?

Dr. Cadena. Bueno, la primera parte de la pregunta es un poquitico difícil porque, como ustedes vieron, es un proceso bastante más sencillo que la colecistectomía convencional en la que nos entrenamos todos y resulta que si éste va a ser el procedimiento quirúrgico del futuro, uno de los prerrequisitos que se exigen para hacer este procedimiento es haber hecho una colecistectomía abierta o haber aprendido a hacer una colecistectomía abierta en la forma convencional.

Segundo, haber hecho un curso de colecistectomía laparoscópica o de cirugía laparoscópica, en este momento empiezan a aparecer en el país este tipo de cursos. Los cursos son relativamente sencillos, son cortos, de 2-3 días, de parte teórica y parte práctica, práctica en animales y finalmente se complementa con trabajo en el quirófano.

Se consiguen equipos entre 30 y 50 mil dólares en este momento.

Dr. Márquez. En la medida en que se han venido haciendo colecistectomías laparoscópicas en nuestro país se ha observado cómo los criterios de exclusión que inicialmente se aplicaban han sido superados asombrosamente, es así como por ejemplo ustedes en la Fundación Santa Fe han hecho este procedimiento, aún en pacientes con pancreatitis muy reciente o en pacientes con colecistitis aguda, si ésto sigue así, ¿podrá desplazar la colecistectomía laparoscópica a la colecistectomía tradicional?

Dr. Campos. Como toda nueva tecnología, el operador requiere un entrenamiento juicioso para evitar los errores inherentes a la improvisación y es así como analizando las series mundiales ocurre la mayor morbilidad por la excesiva confianza del cirujano en entrar a un abdomen por una vía que él no sabe entrar. Entonces, lo importante es que para que no deterioren este procedimiento que aparece tan futurista, tuvieran un poco de humildad y aprendieran a hacer primero una buena laparoscopia para luego sí pasar a la parte procedimental. Y esto lo digo con un poco de experiencia porque con el doctor Arguello en el Hospital San Juan de Dios y con el doctor Arcesio Peñaloza en el Hospital San

José de Bogotá, yo diría que iniciamos la época de la laparoscopia diagnóstica a la cual nos aficionamos mucho y después la abandonamos porque era un procedimiento muy traumático cuando empezaron a aparecer el ultrasonido, la tomografía, la resonancia, la punción dirigida para la biopsia y en mi caso personal después de haber estado en cerca de 2.000 laparoscopias, en este momento me sentiría temeroso de reiniciar la laparoscopia porque perdí el entrenamiento. Entonces yo diría de base y como consejo para que les vaya mejor a los cirujanos que trataran de hacer primero una buena laparoscopia, que ya sabiéndolo hacer con los progresos tecnológicos, uno puede ir más lejos.

Tengo adicionalmente unas palabras, de pronto un poco críticas y es que con instrumentación nueva, con metodologías nuevas, definitivamente la gente joven es la que las maneja mejor, la que las aprende fácil y la que las va a poder desarrollar en el futuro. Así es que si aquí hay cirujanos y especialmente como algunos piensan que ahora que ya voy a entrar en la edad del retiro, voy a empezar a operar por laparoscopia, yo creo que es un error porque la habilidad es menor y van a cometer mayores errores que un individuo joven.

Dr. Cadena. Eso hemos venido haciendo, hemos venido preparándonos con conciencia y es precisamente en ese punto del abordaje de la cavidad peritoneal donde nos hemos preocupado más, porque es donde más miedo tenemos, porque es ahí donde hemos aprendido y es donde hemos fracasado abriendo la cavidad abdominal, ahí es donde han estado los problemas y la conocemos, por esa razón, nuestra casuística tiene unas características muy especiales, nos hemos abstenido de hacer punciones ciegas y entonces lo hacemos como lo hemos hecho toda la vida y es haciendo incisiones bajo visión directa de la pared abdominal con separadores, entrando en la cavidad y viendo que entramos dentro de ella para empezar a hacer la insuflación.

Dr. Márquez. Yo quisiera que se le contara al auditorio de los procedimientos que se han realizado por el grupo de ustedes en la Fundación, cuántos han terminado a cielo abierto y también quisiera que se diera información sobre una casuística un poco mayor como es la que se lleva hasta el momento en la Clínica del Country de Bogotá. En cada caso ¿cuáles han sido las mayores dificultades o complicaciones?

Dr. Cadena. He tenido oportunidad de hablar recientemente en el curso de la semana pasada con el grupo de la Clínica del Country en Bogotá, que tienen una casuística bastante mayor que la nuestra y su porcentaje de complicaciones ha sido cero complicaciones mayores. Nuestra casuística la conozco un poco mejor y puedo hablarles en detalle, ellos tienen un porcentaje de cero en este momento para exploración de la cavidad peritoneal por complicaciones. Ellos tienen una modalidad distinta en algo de lo que

hacemos nosotros y es que dejan drenes simplemente, pero de resto no hay ninguna diferencia.

En cuanto a la casuística nuestra, tuvimos una laparotomía por un problema de diagnóstico, una ecografía que nos informa vesícula escleroatrófica intrahepática, se procede a continuar el estudio con una colecistografía oral que muestra vesícula excluida, no contentos entonces hacemos una gammagrafía con HIDA y se nos informa que la vesícula está excluida. El paciente se lleva a cirugía y se hace una disección completa por vía laparoscópica, de todo el triángulo de Calot, de todo el hilio hepático, sin poder identificar la vesícula. En este momento, en vista de que no teníamos una experiencia suficiente para poder decidir qué hacer en este caso, se hace una incisión convencional, una incisión subcostal y se encuentra que la disección ha sido perfectamente milimétrica y que no existe vesícula biliar. Se toma una muestra de un muñón, lo que parece ser un muñón cístico y el patólogo informa agenesia vesicular. Es todo lo que podemos mencionar de ese caso.

Dr. Campos. Yo me había propuesto participar lo menos posible en la mesa, pero me viene a la memoria un editorial reciente de Debois, el francés padre de este procedimiento, hace unos tres años largos. El llega a algunas conclusiones que yo creo que vale la pena transmitir, él pasó ya de las 2.000 colecistectomías laparoscópicas, es un individuo muy experto, muy hábil, tiene toda la tecnología y respecto a aprendizaje él dice como toda técnica nueva hay que superar un cierto número de individuos para disminuir la morbilidad a terrenos aceptables y menciona una cifra un poco mágica de 100 procedimientos que serían los necesarios para que la morbilidad baje a niveles razonables y ésto es haciendo él un análisis de los grupos europeos que trabajan en colecistectomía.

El otro mensaje que yo quisiera dejar es que definitivamente este es el procedimiento de la actualidad y del futuro para la intervención de la cavidad abdominal, no sólo en vesícula sino en otras áreas; pero todavía no estoy en edad de dar consejos pero sí plantear una opinión y es de que se tenga mucha cautela en no exagerar las indicaciones, porque si ustedes recuerdan durante mi presentación lancé una cuña que nos beneficiaría a nosotros, a los que sacamos cálculos del colédoco y es que si se opera mucha vesícula asintomática, el 15% de esos pacientes va a desarrollar cálculos en el colédoco que todos son graves, sintomáticos y que nos van a aumentar el volumen de trabajo a nosotros, así es que hay que ser ecléctico en todo, hay que utilizar el sentido común, la sensatez, pensar en que eventualmente uno puede ser el paciente y siguiendo esas reglas de oro yo creo que uno se va a colocar en el justo medio de en qué momento y cuándo debe utilizar la nueva tecnología.

Dr. Márquez. En pacientes que pueden ser intervenidos quirúrgicamente sin riesgo elevado y que tienen cálculos en

el colédoco, ¿ustedes prefieren esfinterotomía endoscópica previa a la colecistectomía o exploración y remoción de los cálculos del colédoco durante la colecistectomía abierta? ¿Cuáles serían las razones?

Dr. Campos. Yo creía, antes de la colecistectomía laparoscópica, que dada la gran seguridad que ofrecía una cirugía tradicional en un individuo joven sin riesgo, se debería directamente manejar la colecistectomía y la exploración de la vía biliar desde el punto de vista quirúrgico.

En casos especiales de algunas dificultades comenzamos a cambiar de ideas y el mismo Dr. Cadena nos ha convencido de que los cirujanos jóvenes, inclusive él, particularmente prefieren hacer una colecistectomía muy rápida luego de nosotros haber hecho la extracción del cálculo, o sea que yo ya estaba comenzando a aceptar esa filosofía. Ahora cuando aparece la colecistectomía laparoscópica definitivamente se presenta como un método complementario, el uno o el otro y entonces vemos que en pacientes con o sin riesgo el abordaje inicial debe ser endoscópico para sacar los cálculos de la vía biliar y posteriormente ojalá por vía laparoscópica hacer la colecistectomía.

Dr. Sierra. Sí, ese es el enfoque que estamos haciendo en todos los pacientes que podemos manejar en conjunto. Primero se le hace la extracción endoscópica y después se hace la laparoscopia. Tenemos un paciente muy reciente de 70 y pico de años que ingresó a la Clínica con unos cálculos y colangitis, se le hizo la extracción y al siguiente día se le hizo la colecistectomía laparoscópica y a los dos días el paciente se dio de alta con muy buena evolución.

Dr. Cadena. Yo creo que la mejor manera de solucionar los problemas es por la vía menos traumática, más rápida, más efectiva y éste ha demostrado ser el mejor procedimiento sin importar la edad del paciente ni su estado general; yo creo que es una muy buena medida, es la manera más simple de hacerlo, la vía endoscópica.

Dr. Márquez. En la experiencia del doctor Campos con esfinterotomía endoscópica y extracción de cálculos del colédoco por esta vía, ¿cuál ha sido el porcentaje aproximado de casos en que no fue posible la extracción y cuáles fueron los motivos principales?

Dr. Campos. Como mencionaba, también el porcentaje del éxito va en relación con la experiencia, con la habilidad del que maneja esta técnica y con los equipos. Y voy a mencionarles los dos extremos, la gente con un gran volumen, con equipos modernos, renovables constantemente, como me refiero particularmente al doctor Ligorí, que es uno de los pioneros en el mundo, está muy cercano al 100% de resolver los problemas del colédoco. Yo diría que las cifras de él están alrededor del 98%. En mi experiencia tengo un fracaso toda-

vía del 20%, o ya lo tuve, porque no creo que pueda mejorar la cifra.

Dr. Márquez. Dentro de la nueva tecnología de litotricia con láser y electrohidráulica por vía endoscópica para manejo de cálculos del colédoco de difícil extracción, ¿considera necesario que actualmente tengamos en Colombia disponibles estas alternativas, y cuál escogería?

Dr. Campos. El problema tecnológico de Colombia es muy grave porque los costos nos alejan cada día de lo que se está haciendo en el mundo, entonces en realidad el porcentaje de fracasos debido al tamaño del cálculo que es lo que fundamentalmente limita la extracción con canastilla luego de la esfinterotomía endoscópica es mínimo, y es preferible utilizar maniobras mecánicas que dañan una canastilla, por ejemplo, y que logran el mismo objetivo sin tener que usar una tecnología tan costosa.

Desde el punto de vista teórico o desde el punto de vista práctico en países con gran desarrollo en esta área, lo que se está prefiriendo es hacer la esfinterotomía, luego de hecha la esfinterotomía introducir un duodenoscopio grande llamado yumbo, a través de ese duodenoscopio se desliza un babyscope, o sea un endoscopio muy pequeño que se introduce bajo visión directa a través de la esfinterotomía para, por cualquiera de los métodos que tenga disponibilidad el servicio, llevar a cabo la destrucción del cálculo en donde yo diría que está predominando por menor costo y por efectividad similar la onda hidroeléctrica.

Dr. Márquez. Quisiera la opinión del doctor Sierra sobre

esta última parte, acerca de cuál sería, de esta tecnología nueva, la de su mayor aceptación.

Dr. Sierra. Recientemente tenemos la experiencia de uno de los miembros de la institución que estuvo visitando varios centros de Europa y nos comentó que lo que más se está usando es el uso del baby endoscopio y a través de él se hace la fragmentación por láser con muy buenos resultados pero con una carga que es bastante difícil porque un equipo de láser de esos cuesta 70.000 dólares, son muy pocos los pacientes que van a requerir eso, el yumbo vale también una buena cantidad y el baby también, pero eso es lo que más se está usando en esos casos en los países desarrollados.

Dr. Márquez. Quisiera que me permitieran un minuto para hacer una pregunta y que me la contestarán el doctor Campos y el doctor Sierra con una sola palabra, si es posible. Qué tan importante consideran ustedes que tengamos en nuestro medio la posibilidad de hacer litotricia extracorpórea con ondas de choque. ¿Sí o no?

Dr. Sierra. No.

Dr. Campos. Sí, excepto para la vía biliar.

Dr. Márquez. Muchísimas gracias.

Dr. Manuel Cadena: Cirujano, Fundación Santa Fe de Bogotá; Dr. Jaime Campos: Profesor Asociado de Medicina Interna y Gastroenterología, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá; Dr. Gustavo Márquez: Internista-Gastroenterólogo, Corozal, Sucre; Dr. Fernando Sierra: Especialista en Medicina Interna y Gastroenterología, Fundación Santa Fe de Bogotá.