

# COLECISTECTOMÍA TÍPICA Y ATÍPICA POR VÍA CONVENCIONAL

**DARDO MARIO JOSE CHIESA**

Prof Adjunto de cirugía gastroenterológica U.C.A - Bs. As.

**JUAN DAVID HIERRO**

Prof Adjunto de cirugía gastroenterológica U.C.A., Bs. As.  
Jefe de la Unidad Cirugía del Hospital Fernández,  
Bs. As.

## INTRODUCCIÓN

Escribir este capítulo sobre la técnica quirúrgica de la colecistectomía convencional en la era de la tecnología avanzada, y específicamente de la cirugía laparoscópica, parece retrotraernos a las décadas anteriores a los noventa, y hablar sobre temas y controversias ya superadas. Sin embargo la técnica quirúrgica convencional está en plena vigencia y lo seguirá estando por mucho tiempo más.

Uno de los problemas que se han presentado es sobre el aprendizaje de los nuevos cirujanos, los cuales comienzan aprendiendo la colecistectomía laparoscópica sin experiencia previa sobre la colecistectomía convencional. Es justamente este punto que le da importancia y jerarquiza a este capítulo en el cual trataremos todos los detalles técnicos, que las últimas generaciones de cirujanos no lo han vivido.

Cabe destacar que los autores pertenecen a generaciones que aprendimos la técnica la colecistectomía convencional, y luego de una basta experiencia, comenzamos recién con la vía laparoscópica en enero de 1991. Al comienzo a los nuevos cirujanos se le enseñaba la técnica convencional, y luego aprendían la laparoscópica. En la actualidad se acepta la enseñanza de la laparoscópica desde el inicio.

En este capítulo se tratarán todos los detalles técnicos de la colecistectomía convencional, su vías de acceso, sus diferentes técnicas quirúrgicas, diferentes situaciones especiales y sus posibilidades de resolución.

## HISTORIA

La primer colecistectomía con éxito fue realizada por Carl LANGEBUCH en 1.882, y COURVOISIER en Suiza la practicó por primera vez en 1.885. THIRIAR en Francia la realizó en 1.985, OHOGE en los EEUU. en 1.887<sup>10</sup>.

## INDICACIONES

Colecistitis litiasica aguda y crónica

Colecistitis alitiásica

Colecistitis gangrenosa

Empiema vesicular crónico

Tumores benignos de la vesicula biliar

Adenocarcinoma primario de la vesicula biliar

Vesicula en porcelana

Conversión de procedimientos laparoscópicos.

Indicaciones complementarias a otras cirugías, donde la persistencia de la vesícula constituye riesgo de complicaciones de otras operaciones, por ejemplo en las resecciones hepáticas, duodenopancreatotomías, etc. <sup>1-9-10</sup>

## CONTRAINDICACIONES

Las referentes al mal estado general del paciente que contraindica una anestesia general, y que en la actualidad se resuelve con procedimientos mininvasivos, que escapan al desarrollo de este capítulo<sup>9</sup>.

## TÉCNICA QUIRÚRGICA

### Preparación del Paciente

Como toda anestesia general, debe tener un ayuno mínimo de seis horas, rasurado del abdomen, profilaxis antitetánica, lavado del abdomen con sustancias antisépticas.

Posición del paciente en decúbito dorsal, algunos cirujanos prefieren colocar un rollo debajo de la zona dorsal derecha con el objeto de superficializar la vía biliar principal, y descender el ángulo hepático del colon, y los órganos inframesocolónicos. Sin embargo las molestias dorsales postoperatorias, que implica la hiperextensión dorsal en enfermos añosos o con patología de su columna, hace que no todos los cirujanos lo utilicen. Es aconsejable que la mesa operatoria sea radiolúcidas y móvil para la exploración radiológica intraoperatoria.

## VÍAS DE ABORDAJE

Las incisiones subcostales o verticales fueron motivo de fuertes controversias, y defendidas por las diferentes escue-

las quirúrgicas a favor de unas u otras, argumentando mejor exposición de la zona operatoria, y estadísticas sobre eventraciones. Nuestra posición es que **el cirujano debe manejar y tener experiencia en todas las vías de abordaje independientemente de su preferencia**, y que fundamentalmente la incisión elegida debe tener en cuenta el hábito físico el paciente. Es necio insistir con una incisión subcostal en un ángulo cerrado que caracteriza a un paciente longilíneo, y no hay duda que las incisiones verticales no dan una buena exposición de la zona operatoria en un paciente pícnico con ángulo costal abierto.

Una premisa vigente en varias décadas dice: **“Grandes incisiones para Grandes cirujanos”**. Si bien literalmente este concepto ha sido superado, por los avances tecnológicos como en la cirugía laparoscópica, sus fundamentos se mantienen vigentes: **lograr tener una buena exposición y dominio de la zona a operar ; y facilitar una cuidadosa disección de la vesícula biliar, los conductos biliares y los vasos vecinos con sus diferentes y frecuentes variantes anatómicas**. Todos estos importantes objetivos que se obtienen con las grandes incisiones, también se logra con la vía laparoscópica<sup>1-8-9-10</sup>.

### Incisión vertical

Preferimos la paramediana pararectal interna supraumbilical (Fig. 1).

Ventajas: rápido acceso, buena exposición, posibilidad de ampliar hacia abajo en caso de patología concomitante, ba-

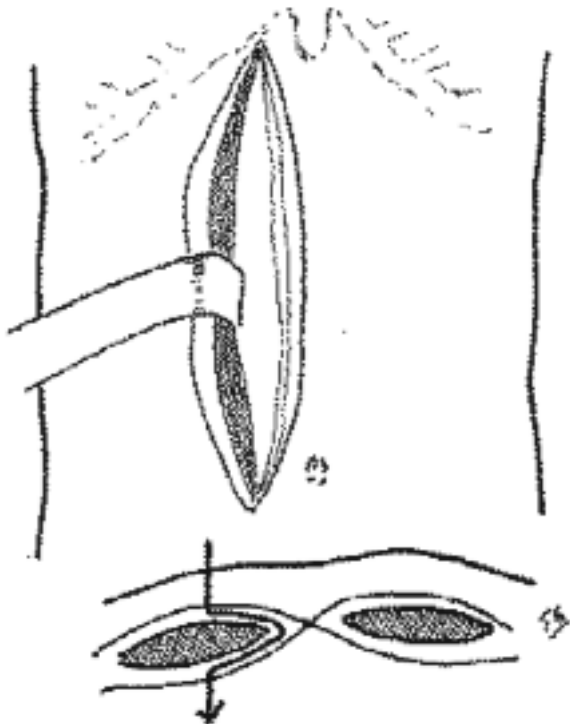


Fig. 1. Incisión supraumbilical, paramediana derecha y pararectal interna.

jo índice de eventraciones.

Ante la cirugía de urgencia preferimos la incisión universal mediana supraumbilical<sup>1-3-11</sup>.

### Incisión subcostal

Ventajas: buena exposición de la vesícula y vías biliares, posibilidad de ampliación en boca de horno para el acceso de órganos izquierdos, o hacia el reborde costal derecho para un acceso al lomo hepático, o combinación con incisión mediana para el acceso del hiato esofágico o resecciones hepáticas. (Fig. 2)<sup>3-8-9</sup>

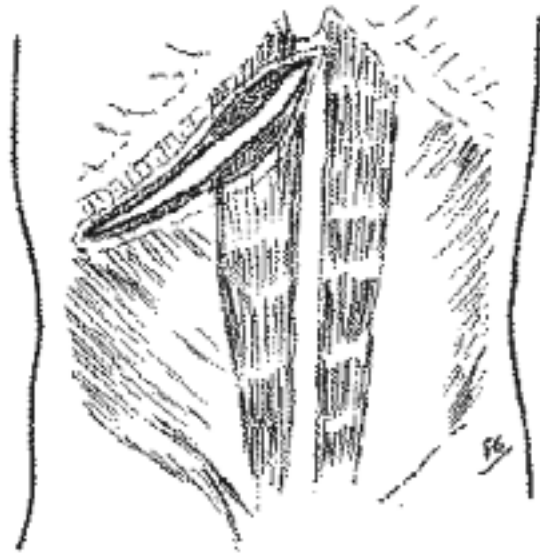


Fig. 2. Incisión subcostal derecha (Incisión de Kocher)

### Técnica quirúrgica

Abierto peritoneo, se debe colocar segundo campo fijados con punto que incluyan peritoneo y hoja posterior de la vaina del recto anterior. Se toma el ligamento redondo y el ligamento falciforme que se extienden hacia el ombligo y se seccionan entre ligaduras. A continuación se procede a realizar la palpación cuidadosa de la vesícula y explorar cuidadosamente el contenido abdominal (exploración concéntrica del abdomen), debe hacerse de manera sistemática para que no pase inadvertido ningún proceso patológico. El ayudante deberá desplazar hacia la izquierda la pared anterior del estómago, su curvatura mayor y menor, esto permite el examen del píloro y el duodeno en busca de enfermedad ulcerosa. Luego se palpará la cabeza y el cuerpo del páncreas y todo el estómago y se examinará el hiato esofágico, siguiendo hacia la izquierda se examinará el bazo y el riñón izquierdo. Levantando el colon transversal se podrá examinar el intestino grueso y delgado, un ayudante abre el extremo inferior de la herida, permiti-

te la exploración de ciego, apéndice, sigmoides, recto superior, y órganos genitales en las mujeres. Traccionando la vesícula hacia abajo un ayudante levanta el reborde costal derecho con un separador, eso permite la entrada de aire en el espacio subdiafragmático y la exploración de la cara superior del hígado y del diafragma, si hay adherencias entre el hígado y la superficie inferior del diafragma, deben ser seccionadas para evitar el desgarro de la cápsula de Glisson<sup>1-8</sup>.

Terminada la exploración concéntrica, se coloca un separador autoestático tipo Balfour o similar, a continuación se colocan las compresas de gasas convenientemente reparadas. Tomando la vesícula con una pinza atraumática se tracciona hacia arriba lo que expone la cara inferior del hígado (Fig. 3) y permite la colocación de una compresa y valva

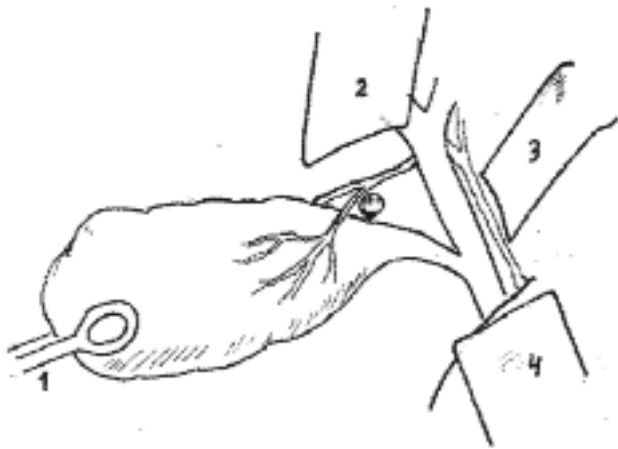


Fig. 3. Exposición de la vesícula: 1) Tracción desde el fondo vesicular; 2) Separador (Doyen o semejante) para levantar la cara inferior del hígado; 3) Separador Conteniendo el estómago hacia la derecha; 4) valva separando el duodeno hacia abajo. Todas las separaciones deben hacerse sobre compresa de protección.

que separa el ángulo hepático del colon, el colon transverso hacia abajo, y una segunda compresa y valva que separa el duodeno hacia arriba y adentro. De esta manera queda expuesta la vesícula biliar, los ligamentos colecistocolónicos y colecistoduodenal.

La ablación de la vesícula puede realizarse de fondo a cuello o de cuello a el fondo vesicular. Distintas escuelas quirúrgicas han mantenido durante muchos años la adhesión a única u otra técnica resaltando cada una las ventajas de acuerdo al criterio quirúrgico basado en una buena exposición anatómica que lo ponga a resguardo de probables lesiones de las vías biliares y del árbol vascular. **Creemos que la elección se debe basar en las variantes anatómicas y procesos locales hallados en la exploración quirúrgica y el cirujano adoptará la técnica mas conveniente sin atarse a cánones preestablecidos.**

#### Técnica directa o de fondo a cuello

Se toma el fondo de la vesícula con una pinza atraumática

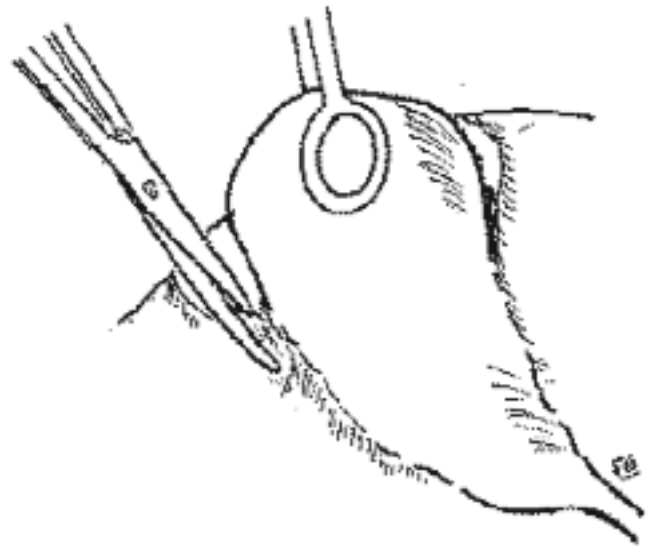


Fig. 4. Colecistectomía anterógrada. Se comienza la sección del peritoneo y liberación del fondo vesicular.

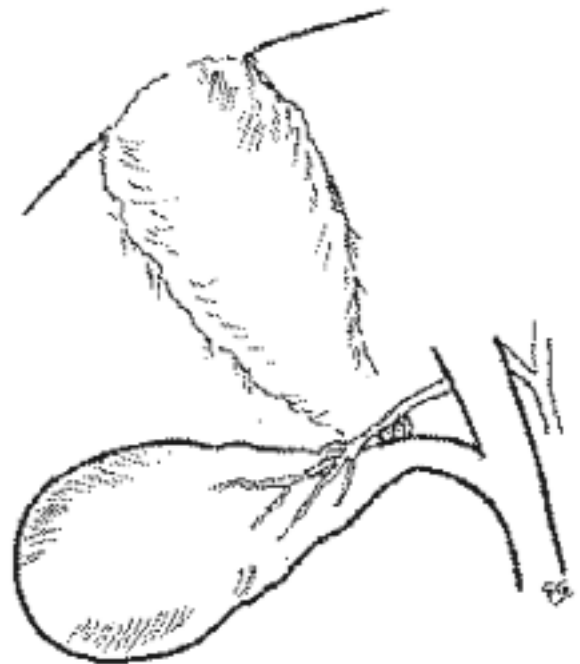


Fig. 5. Vesícula liberada. Se observa el lecho vesicular. La arteria cística aún no fue seccionada..

ca, y se procede a la sección de la serosa del fondo vesicular con bisturí a 2 cm del borde hepático (Fig. 4), dos pinzas hemostáticas sostienen el borde superior de la sección peritoneal confiados al primer ayudante<sup>1-9</sup>.

Es importante que el cirujano encuentre aquí el plano de clivaje entre hígado y vesícula para obtener un campo prácticamente exángue (Fig. 5).

La tracción del peritoneo vesicular hacia arriba y de la pinza atraumática vesicular hacia abajo permite hallar el plano entre la seromuscular de la vesícula y del tejido areolar del lecho vesicular<sup>1-10</sup>. Continuando el plano de clivaje el cirujano pasará la pinza atraumática al primer ayudante y continuará la disección del plano antes referido con tijera;



Fig. 6. Conveniencia de colocar la valva con una compresa comprimiendo el lecho vesicular y contribuyendo a llevar hacia arriba y afuera la cara inferior del hígado.

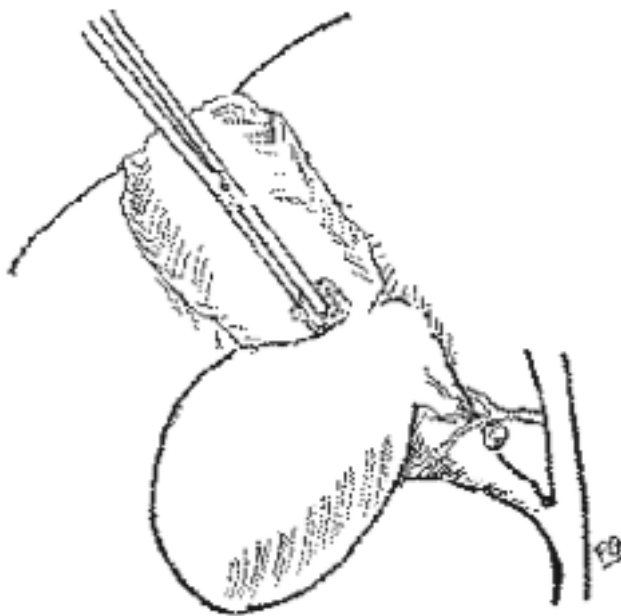


Fig. 7. La separación de la vesícula del lecho hepático puede verse facilitado por el uso de un hisopo.

hasta llegar al infundíbulo vesicular, momento en que reemplaza las pinzas peritoneales colocando una compresa y una valva de Doyen sobre el lecho hepático lo que facilita la hemostasia y la disección de la vesícula (Fig 6).

Si el plano de disección es el correcto, se puede utilizar la disección digital o con hisopo para desprender la vesícula de su lecho (Fig 7).

Todas estas maniobras pueden facilitarse con la infiltra-

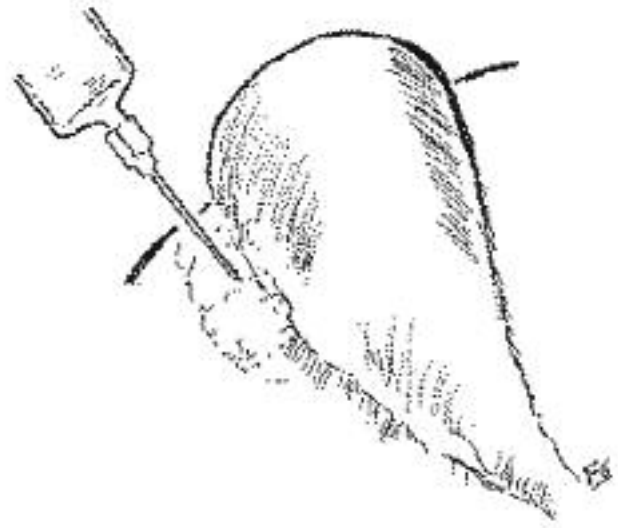


Fig. 8. Cuando no es posible cortar el peritoneo para liberar la vesícula, la infiltración de solución fisiológica puede ser un recurso para facilitar su sección posterior.

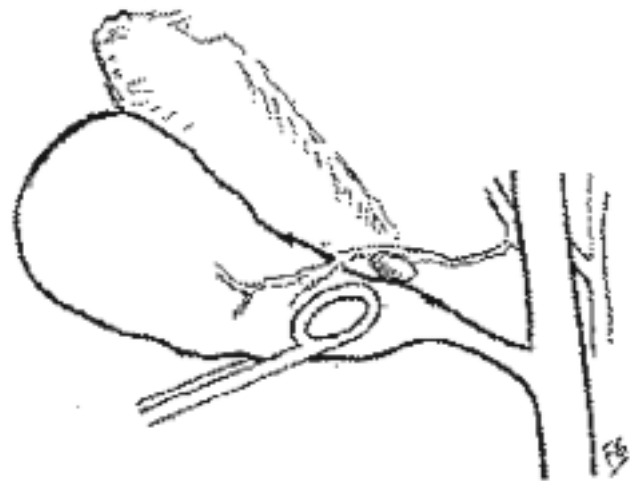


Fig. 9. La tracción con una pinza colocada en el bacinete contribuye a exponer el triángulo de Calot y poder individualizar mejor la arteria cística.

ción del lecho vesicular con solución fisiológica (disección hidráulica), muy útil para la correcta individualización del plano. (Fig.8)<sup>2-3</sup>

Al llegar al cuello vesicular, se debe identificar la arteria cística. Deberá disecarse desde su origen hasta la vesícula donde se divide en una rama anterior y otra posterior (Fig 9). La arteria cística es generalmente rama de la arteria hepática derecha y se halla dentro del triángulo de Calot formado por la vesícula, el conducto cístico y el hepático común.<sup>3</sup>

**La arteria cística no debe ligarse hasta no estar totalmente visualizada desde su origen hasta la bifurcación vesicular. Esto evitará accidentes y la ligadura equivocada de la arteria hepática derecha con sus variantes anatómicas.** Una vez disecada se procede a su

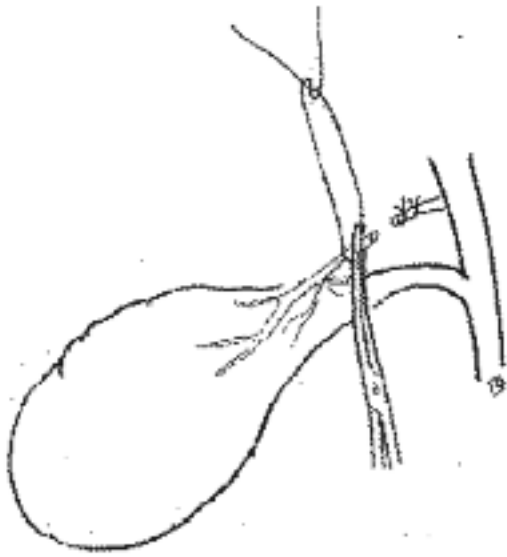


Fig. 10. La arteria cística ha sido seccionada y colocado dos ligaduras proximales y una distal.

ligadura proximal y distal seccionando entre ellas (Fig. 10).

La sección de la arteria cística facilita el hallazgo del conducto cístico que será disecado desde el cuello vesicular hasta su desembocadura del colédoco, previa palpación digital del conducto, para comprobar la presencia de cálculos y si los hubiera, desplazarlo con maniobras digitales hacia la vesícula, se coloca una pinza de cístico para evitar la salida de bilis cuando se procede a la sección del mismo (Fig. 11). Dos puntos guías se colocan en el cístico distal para evitar su retracción y se procede a la sección del conducto

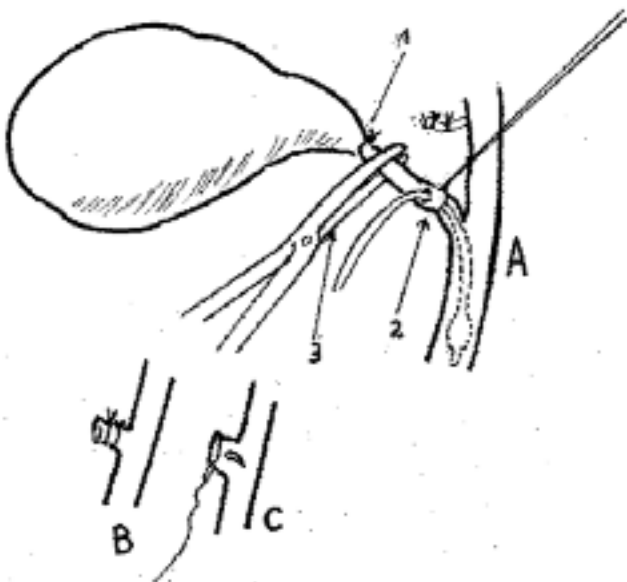


Fig. 11. Colecistectomía. A.- 1) Ligadura proximal del cístico para impedir el pasaje de probables cálculos. 2) Orificio en el cístico por el que se coloca un tubo plástico que tiene un engrosamiento local para efectuar colangiografía. 3) Sección del cístico. B.- Cierre del cístico una vez efectuada y verificada la colangiografía. C.- Iden. con un punto de transficción.

retirando la vesícula del campo quirúrgico, la que debe ser abierta por el cirujano comprobando su contenido y las características macroscópicas de sus paredes antes de enviarla a patología.

El conducto cístico reparado por una corona de cuatro puntos puede ser canalizado a fin de realizar la colangiografía intraoperatoria que consideramos debe ser sistemática. Realizada la colangiografía según técnica, se procede a la ligadura del cístico y posterior peritonización del lecho vesicular, con el objeto de evitar adherencias.<sup>1-6</sup>

### Colesistectomía de cuello a fondo

La vesícula tomada en su fondo por una pinza de Duval o similar, traccionada hacia arriba, y una Foester tomando el cuello a fin de extender el hilio vesicular y desplegar la vesícula, comienza la disección sobre su cara derecha en el pliegue peritoneal que puede reflejarse desde el cuello de la vesícula hasta el duodeno y hasta el colon (ligamento colecistoduodenal y colecistocolónico), continuando la disección roma hacia abajo siguiendo el conducto cístico hasta el colédoco.<sup>1-3-8-9</sup>

Una pinza de doble utilidad se pasa por debajo del peritoneo que recubre el hepático y se secciona.

El cístico debe quedar completamente aislado hasta la desembocadura en el hepático (Fig 12).

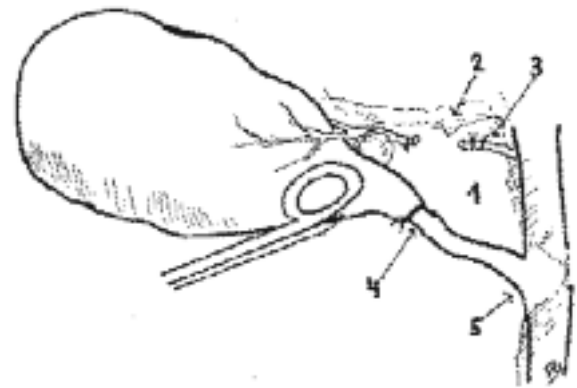


Fig. 12. Colecistectomía retrógrada. Se comienza exponiendo el triángulo de Calot (1). Sección de la hoja peritoneal (2) y exposición de la arteria cística que es ligada (3). El cístico es liberado y ligado en la parte proximal (4) y es liberado hasta la vecindad de la vía biliar principal.

El dedo índice introducido en el hiato de Winslow se palpa el extremo distal del cístico y del colédoco entre el índice y el pulgar, a fin de detectar la presencia de variaciones vasculares arteriales, y la de litiasis en la porción distal del cístico.

Se monta el conducto cístico sobre pinza de doble utilidad y se procede a su ligadura proximal, pasando una lazada sin anudar en el extremo distal.

Lo mas cercano al cuello se incide la cara anterior del cís-

tico en forma transversal hasta individualizar su luz y dilatarla con pinza hemostática y poder canalizarla para realizar una colangiografía intraoperatoria. Realizada la misma se liga el cístico proximal de 5 a 10 mm. de su desembocadura en el colédoco y tomando con una pinza su extremo proximal se completa la sección del mismo.

Se levanta ahora el cuello de la vesícula biliar y se disecciona cuidadosamente el espacio que queda detrás del mismo para aislar la arteria cística (Fig. 12).

Esta disección debe proseguirse hacia arriba hasta el cuerpo de la vesícula para identificar con seguridad la arteria cística y distinguirla de la arteria hepática derecha o de cualquier rama arterial anómala. Una vez perfectamente identificada y aislada la arteria cística se procede a su ligadura, doble distal, simple proximal y sección entre ambas. Algunos cirujanos prefieren aislar y pinzar la arteria cística antes de seccionar el conducto cístico.

Traccionando de la pinza que toma la sección del cístico hacia arriba se separa la vesícula del lecho hepático de abajo hacia arriba. El peritoneo que se refleja del hígado a la cara anterior de la vesícula debe cortarse dejando un pequeño pliegue peritoneal que permita la posterior peritonización para cubrir la zona desnuda del hígado. (Fig. 13)

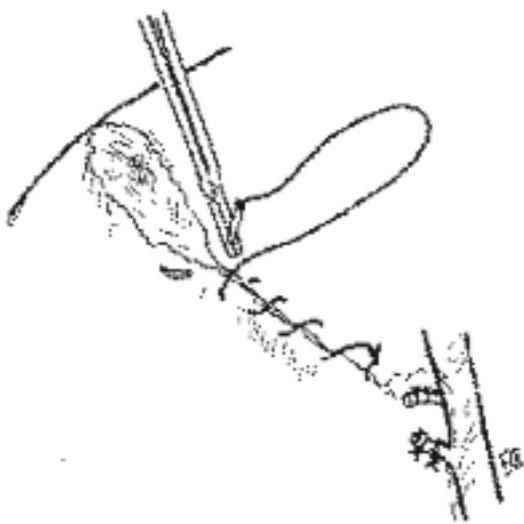


Fig. 13. Peritonización del lecho vesicular con un surget comenzando en la parte interna.

#### ADVERTENCIA

En caso fortuito que se soltara o se aflojara la ligadura de la arteria cística **no hay que tratar de pinzar a ciegas el lugar donde se suponga esté la arteria cística**. El cirujano debe mantener la calma de sus ayudantes, introducir el dedo índice en el Hiato de Wislow y comprimir el pedículo hepático entre índice y pulgar, cohibiendo la hemorragia, aspirar la sangre del campo operatorio y se verá con claridad el muñón sangrante de la arteria cística que puede ser

tomado, pinzado y ligado sin peligro de incluir estructuras vecinas. Esta maniobra de pinza digital es conocida como maniobra de Pringle, y puede ser reemplazada por clamps vasculares atraumáticos<sup>1-3-8-9</sup>.

#### MODIFICACIONES DE LA TÉCNICA

a) Cuando la vesícula biliar se halla tan distendida que no puede tomarse con una pinza sin peligro de desgarrarla, el cirujano debe vaciarla parcialmente por punción aspiración hasta facilitar la toma del fondo de la misma. Para esta maniobra deberá bloquear el campo con compresas de gasa dejando solo a la vista el fondo vesicular y colocar una pinza de Pean o un punto alrededor de la aguja antes de extraerla a fin de evitar el escape de su contenido. Es de buena práctica enviar su contenido a cultivo y antibiograma, sobre todo cuando se piensa en un proceso infeccioso (colecistitis aguda)<sup>1-3-8</sup>.

b) La pared excesivamente gruesa y friable de la vesícula en las colecistitis aguda hacen imposible su aprensión con la pinza. En estos casos la vesícula generalmente agrandada permite que su fondo pueda ser rodeado por una tira de gasa húmeda, cuyos extremos al retorcerse abarquen estrechamente la vesícula y puedan ser fijados con una pinza muy cerca de la pared vesicular (Fig. 14). Entonces se puede ejercer tracción sobre la misma para elevar la vesícula con poco riesgo de rotura<sup>8</sup>.

c) El no poder conservar el revestimiento peritoneal para el lecho vesicular debido a procesos inflamatorios de la vesícula biliar, deja una superficie desnuda que con fre-

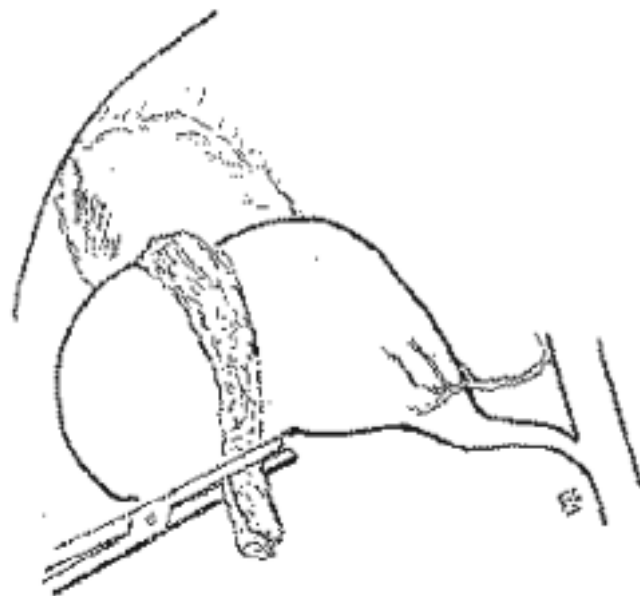


Fig. 14. Vesícula distendida en donde no es posible colocar una pinza. Se muestra el recurso para poder tomarla si se logra una liberación parcial de la misma. Otro recurso es la punción y evacuación parcial de la misma.

cuencia sangra. La hemorragia casi siempre puede controlarse taponando durante varios minutos el lecho vesicular con una compresa húmeda. La persistencia del sangrado puede corregirse con electrocoagulación del lecho hasta el completo control de la hemostasia. Consideramos aconsejable no dejar ningún agente hemostático en el lecho por que cualquier sustancia irritante alrededor del colédoco puede ser causa de colangitis obliterante progresiva<sup>7</sup>.

### TÉCNICA DE PRIBRAN

La preparación del campo quirúrgico es igual al anteriormente descrito. Fue descrita en 1928, y modificada más tarde por el mismo, por Mirizzi y Olmedo en 1940 y 1943 respectivamente en Argentina<sup>7</sup>. Está indicada en procesos inflamatorios severos agudos y crónicos donde ha sido alterada la anatomía y no existe un plano de clivaje entre la vesícula o su lecho.

Esta técnica convierte una colecistectomía difícil en una fácil, y si está bien realizada da excelentes resultados. (Fig. 15)

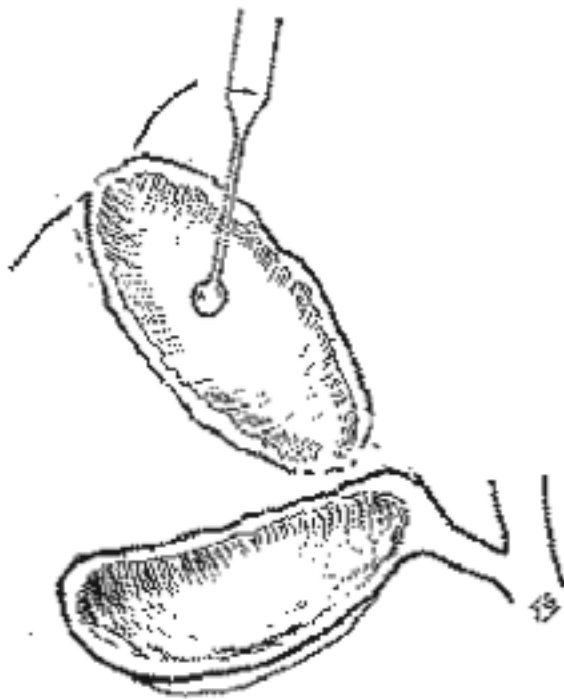


Fig. 15. Colecistectomía atípica (Técnica de Pribran). Falta de plano entre el lecho y la vesícula. Se observa la sección vesicular y la destrucción por electrocauterio de la mucosa de la parte que resta in situ.

Torek en 1950 empleó una modificación de la técnica que no se considera práctica y no será descrita<sup>10</sup>.

Protegiendo alrededor de la vesícula con gasas para evitar el derrame de bilis, se toma el fondo de la vesícula con una pinza de Duval y con el aspirador al acecho se incide la vesícula con bisturí. Una vez abierta la misma se vacía su contenido líquido y se extraen los cálculos con pinza de Desjardins, inclusive los que puedan estar impactados en el cuello

vesicular. Una vez vaciada la vesícula, se secciona longitudinalmente con tijera o electrobisturí, dejando 2 cm de pared desde el hígado a lo largo de la misma haciendo una correcta hemostasia de sus bordes, quedando la vesícula dividida en dos mitades, la que permanece unida al lecho hepático que queda, y reseca la otra mitad. Se corta la vesícula hacia abajo entre el cuerpo y el infundíbulo. Este paso se conoce como reparación de la mucosa del cuerpo del infundíbulo. Este punto se reconoce debido que el infundíbulo está completamente cubierto por peritoneo y no sostenido contra el lecho hepático como lo está el cuerpo.

Seccionado la mucosa a nivel del infundíbulo, separa este segmento de la vesícula junto con el cuello y el conducto cístico de la porción que queda adherida al lecho hepático, cuya mucosa será electrocoagulada. Con dos puntos de tracción se reseca la vesícula. El infundíbulo, cuello y cístico han sido separado del resto de la vesícula y deberán ser tratados en la misma forma que la colecistectomía clásica. Esto significa que la arteria cística deberá ser identificada en el triángulo de Calot junto con la rama derecha y ligada cerca de la entrada al cuello de la vesícula.

La mucosa remanente del lecho hepático deberá ser totalmente destruido con electrobisturí y los vasos de los borde electrocoagulados. Se completa con un curetaje del material necrótico sin dejar mucosa remanente. **La arteria cística ha sido ligada, y la colangiografía intraoperatoria confirmará la indemnidad del árbol biliar, y se comprobará el pasaje normal de la sustancia de contraste al duodeno.** El cístico debe ser ligado posteriormente cerca del conducto común. Se intentará peritonizar el lecho hepático. Tubo de drenaje en el Hiato de Wislow y cierre por planos<sup>1-8-10</sup>.

### COLECISTECTOMÍAS DIFÍCILES

En casos difíciles un block de adherencias impide el reconocimiento de los detalles anatómicos. El epiplón mayor o el colon transversal se adhiere al borde hepático y deben ser separados, pero a veces logrado esto no resulta posible determinar la posición de la vesícula y menos aún la región de la confluencia. Es importante actuar con prudencia, allí donde el duodeno puede haber ascendido hasta el propio hígado, pero no es reconocible bajo el espesor de las adherencias<sup>5</sup>.

En estos casos es necesario la actuación de un cirujano acreditado en este tipo de cirugía que actúe de manera reglada.

1.- Se despegará ampliamente del borde hepático al colon transversal.

2.- La cara inferior del hígado debe ser liberada, disecando de derecha a izquierda.

3.- El duodeno será sistemáticamente separado de la vesícula biliar hasta lograr desplegar el ligamento hepatoduodenal, con una cuidadosa disección.

4.- Hallado el fondo vesicular, se separa su borde inferior tratando de llegar al cístico, pero la disección deberá sus-

penderse cuando las adherencias impidan reconocer los jalones anatómicos, y no seccionar ningún elemento por el peligro de lesionar el colédoco. El cirujano deberá tener en cuenta que el proceso inflamatorio puede retraer la vesícula, la cual ha reducido su tamaño considerablemente y encuentre el colédoco mucho antes de lo esperado<sup>2-4-6</sup>.

5.- Se busca el hiato de Winslow y se introduce un dedo, facilitando de esta manera la disección<sup>2</sup>.

Si no se logra con la disección encontrar la región de la vía biliar principal y el cístico, quedan varias opciones:

a. Si se encuentra algún segmento que contenga bilis, o el fondo vesicular, debe hacerse una colescistocolangiografía por punción que dará una valiosa información si el cístico se encuentra permeable a la vía biliar, lo cual es poco frecuente<sup>4</sup>.

b. Iniciar una colecistectomía de fondo a cuello que constituye un buen medio para cuando resulte difícil encontrar la propia desembocadura del cístico.

c. Buscar el colédoco en el borde superior del duodeno y seguirlo disecando hacia arriba hasta encontrar la propia desembocadura del cístico.

**El cirujano deberá recordar que no se debe pinzar ni seccionar ningún elemento o estructura hasta asegurarse la visualización del cístico, colédoco y hepático, evitando el riesgo de producir una lesión.**

Un hecho que sorprende y preocupa al cirujano es no hallar la vesícula biliar, luego de haber realizado la exposición de toda la cara inferior del hígado, desde la derecha hasta el ligamento redondo. Esto puede ser debido a una agenesia vesicular, una vesícula intrahepática, una vesícula fija y oculta por un proceso adherencial crónico, y lo más frecuente a una vesícula escleroatrófica que ha vaciado su contenido litiásico en forma total o parcialmente en el colédoco<sup>5</sup>. Una maniobra de Vautrin Kocher permitirá la ubicación del colédoco generalmente engrosado por la presencia de cálculos, y de allí, el hallazgo de la vesícula escleroatrófica con litiasis o sin ella. Una colangiografía por puncióncoledociana puede allanar el diagnóstico y facilitar el hallazgo vesicular y su extirpación si aún contiene litiasis<sup>4-5-11</sup>.

#### CÁLCULO DE LA CONFLUENCIA

La migración de un cálculo grande del cístico a la vía biliar principal, convierte en una cavidad dilatada, la zona de confluencia del cístico con el hepático, en cuyas paredes tienen la desembocadura los tres conductos<sup>1-5-6</sup>. Esta es una situación peligrosa que deberá recordar el cirujano cuando palpe a través de grandes adherencias, un cálculo en el infundíbulo o en el cuello, su desconocimiento llevará seguramente a una sección del colédoco (Fig 16).

Si continua la disección habitual por el borde inferior en la vesícula, se encontrará con el polo inferior del cálculo y

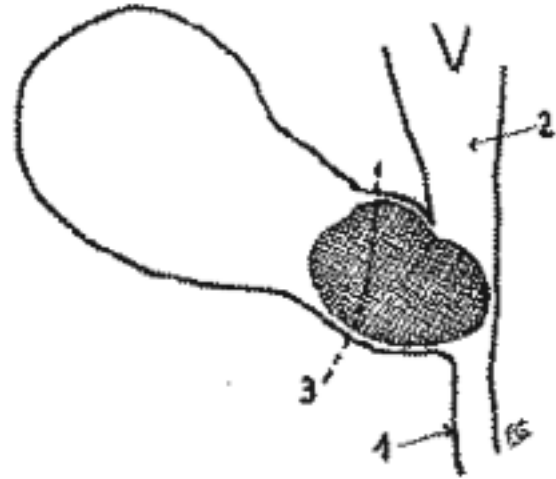


Fig. 16. Síndrome de Mirizzi 1) Vía biliar distal a la obstrucción. 2) Vía biliar proximal a la obstrucción dilatada. 3) Lugar por donde debe seccionarse la vesícula que permite sacar el cálculo, explorar la vía biliar y reconstruir la parte faltante.

a continuación con un conducto delgado que interpretará como cístico y lo seccionará. Continuando la disección en el borde superior del cálculo, encontrará otro conducto más grueso, el hepático común y advertirá, que ha seccionado al colédoco. Esto habrá producido una pérdida de 2 a 3 cm. de anchura de la vía biliar principal. **Siempre que se sospeche un cálculo de la confluencia, la técnica correcta consiste en seccionar directamente sobre el cálculo verticalmente al eje del colédoco y extraer el mismo<sup>1</sup>.** Quedará una cavidad residual que el cirujano deberá evaluar si se trata de una dilatación de la bolsa de Hartman en realidad la vesícula se ha convertido en un divertículo del colédoco. Se podrán observar, por lo general, dos orificios, uno superior que evacúa bilis, el conducto hepático, y uno inferior y vacío que corresponde al colédoco<sup>5</sup>. Sin embargo no siempre es fácil reconocer tales estructuras, en cuyo caso, antes de cualquier maniobra resectiva es aconsejable colocar una sonda de Pezzer que ajustada con una jareta en el resto vesicular permitirá realizar una colangiografía, esto determinará el lugar donde se encuentra la confluencia del cístico, hepático y colédoco. De ser así, individualizados los conductos, se colocará un tubo de Kher y con el sobrante de la pared se procederá a reconstruir la vía biliar alrededor del tubo de drenaje (Fig 17)<sup>1-5-6-7</sup>. Si se demuestra no estar en la confluencia, se procederá a la resección de la vesícula, separando la misma cuidadosamente con el hepatocolédoco, maniobra que se facilita colocando el dedo índice de la mano izquierda en la bolsa de Hartman residual<sup>1</sup>.

#### COLECISTECTOMÍA EN LA COLECISTITIS AGUDA, EMPIEMA VESÍCULAR, Y GANGRENA

En general se encuentra cubierta por múltiples adheren-



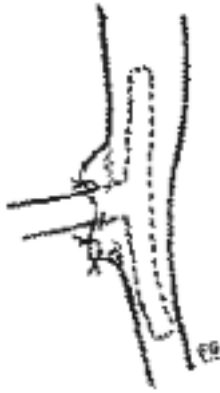


Fig. 17. Síndrome de Mirizzi. Colocación de un tubo de Kehr y reconstrucción de la parte faltante de la vía biliar.

cias en general de epiplón y a veces por órganos vecinos, que pueden despegarse con cierta facilidad o presentar grandes dificultades cuando es un proceso organizado con tejido hiperémico causando sangrado en las maniobras de disección<sup>5</sup>

Superando este paso la extirpación de la vesícula biliar agudamente inflamada puede ofrecer dificultades. Debe recurrirse al vaciado parcial de la misma cuando esta repleción para facilitar la mejor visión del campo *quirúrgico*. Es de regla el líquido obtenido por punción debe ser enviado a cultivo y antibiograma.<sup>5</sup>

#### COLECISTECTOMÍA EN LA RUPTURA DE LA VESÍCULA BILIAR

Se debe aspirar el contenido dentro y fuera de la vesícula teniendo la precaución de extraer como cuerpos extraños. Es conveniente suministrar antibióticos ante una ruptura vesicular, si el paciente no está en tratamiento.<sup>6</sup>

#### COLECISTECTOMÍA EN LA FÍSTULA BILIARES

En esta circunstancia también se encuentra múltiples adherencias, se eplipón y sobre todo con la vía biliar principal, duodeno, colon o estómago. Estos son los órganos

con los que con mayor frecuencia se forman las fístulas. **La mayoría de las fístulas no se diagnostican en el preo-peratorio.** Se constata con seguridad cuando durante la disección se encuentra simultáneamente el orificio en la vesícula y del órgano comprometido, muchas veces con un lito de importante tamaño que provocó por decúbito esta lesión. Como regla ante toda apertura vesicular, se debe explorar órganos adyacentes para que no pase inadvertida una fístula. Cuando esta situación se presenta, se debe reparar y suturar el órgano abierto con las precauciones pertinentes a cada caso<sup>6</sup>.

#### ACCIDENTES:

##### Desgarro de la arteria cística

Es el accidente que se presenta con mayor frecuencia, y de fácil solución si se procede correctamente. Se debe mantener la calma y no pinzar el vaso a ciegas, por las perspectivas de conseguirlo son escasas y el peligro de lesionar la arteria hepática y/o la vía biliar principal son muchas.

Se debe pinzar solamente cuando se visualiza el cabo arterial, por lo contrario se debe disecar e individualizar los elementos. Recurrir como regla a la maniobra de Pringle para el control del sangrado si es necesario<sup>2-1-4-9</sup>.

##### Desgarro o sección del conducto cístico

Esto debe ocurrir por la tracción desmedida ejercida por el ayudante. Debe realizarse la identificación del muñón cístico, para proceder a la ligadura del mismo, siempre y cuando previamente se realizó la colangiografía intraoperatoria con la biliar expandida y buen pasaje a duodeno. Las lesiones hepatocolédoco, serán tratadas en otro capítulo<sup>6</sup>.

##### Abertura del colon o del duodeno

Estas aberturas accidentales, cuando se reconocen durante la operación, son de fácil solución, simplemente suturando con material adecuado de acuerdo al órgano lesionado y dejar una sonda nasogástrica descompresiva por 48 horas<sup>6</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. DIEZ J.: Tratamiento de la litiasis vesicular. Cirugía de Michans, Cap. 35; 578-582.
2. ETALA, E.: Atlas of Gastrointestinal Surgery, Vol. I, Cap, 1996; 33-104.
3. FINOCHIETTO R.: Cirugía Básica, Lopez Librero, Buenos Aires 1962; 288.
4. GLENN F.: Surgical, Techniques Illustrated, Cholecystectomy and Cholangiography, 1977, Vol I/II; 17.
5. HESS, W.: Enfermedades de las vías biliares y páncreas, Editorial Científico Media, Barcelona, 1963; 377-387.
6. MIRIZZI P L.: Cirugía de la litiasis biliar, Imprenta Universitaria de, Córdoba 1948; 3.
7. OLMEDO F A.: Electrocauterización en la cirugía de las vías biliares, Cirugía de la Litiasis Biliar, Imprenta Universitaria de, Córdoba 1948; 298.
8. PUESTOW C B.: Manual de la Cirugía operatoria "Cirugía Biliar, pancreática y esplénica", editorial Panamericana, 1955; 158-166.
9. PI FIGUERAS J.: Práctica quirúrgica, Salvad Barcelona, Madrid 1986, Vol II; 612.
10. SPIAVAK J.: Técnica quirúrgica en las operaciones abdominales, Unión tipográfica, Editorial Hispano América, 1939, Cap XIX; 478 - 498.
11. WRICHT H K, HOLDEN W D: The risks of emergency surgery for acute cholecystitis, Arch. Surgery, 1960; 81 - 34.