

XIV Congreso Andaluz de Veterinarios

Colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de la patología biliar en 14 perros

AUTORES: Francisco Julián Pérez Duarte¹, Francisco Martínez Gomáriz², Diego Casas García³, Maurici Batalla Olivé⁴, Javier Lista Romay⁵, Lorenzo Macías Benítez⁶, Blanca Macías García⁶, María del Mar Pérez López, Jorge Gutiérrez del Sol¹ – 1 Vetmi. Servicio Móvil de Cirugía Veterinaria de Mínima Invasión. Cáceres; 2 Centro Murciano de Endoscopia Veterinaria (CMEV). La Alberca, Murcia; 3 Centro Veterinario de Mínima Invasión Canarias (CVMIC). Las Palmas de Gran Canaria; 4 Endoscopia Veterinaria Móvil. Barcelona; 5 Noroeste Endoscopia Veterinaria. La Coruña; 6 Clínica Veterinaria Las Adelfas. Jerez De La Frontera.

RESUMEN

Describir la técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica en la especie canina, así como sus complicaciones asociadas y la evolución de los pacientes tras la cirugía.

El estudio se ha llevado a cabo en una serie de 14 perros, con diagnóstico previo de colecistitis, mucocele o litiasis biliar. Las colecistectomías se han llevado a cabo mediante abordaje laparoscópico. Tras la adecuada exposición del campo quirúrgico, se procedió a disecar el conducto cístico, realizando su oclusión mediante clips vasculares de titanio. La liberación de la vesícula de la fosa hepática se consiguió a través maniobras de disección roma y coagulación monopolar. Finalmente, la vesícula fue introducida en una bolsa de extracción para su esteriorización de la cavidad abdominal. Se registraron en todos los casos los tiempos quirúrgicos, así como las complicaciones intra y posoperatorias.

El tiempo medio total de cirugía fue de 51±5 minutos. En 4 de los 14 animales fue necesaria la reconversión a cirugía abierta, debido a dilatación excesiva de las vías biliares (n=1), imposibilidad de disecar el conducto cístico (n=2) y la presencia de excesivas adherencias entre la vesícula y el omento (n=1). La única complicación postquirúrgica reseñable fue el desarrollo de una pancreatitis en uno de los animales, la cual se resolvió con tratamiento médico.

La colecistectomía laparoscópica constituye un abordaje seguro y reproducible para el tratamiento quirúrgico de la patología biliar no complicada. Sin embargo, resulta fundamental una meticulosa selección

de los pacientes para evitar tasas de reconversión elevadas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha producido un considerable avance en la cirugía laparoscópica dentro del ámbito de la medicina veterinaria, adaptándose muchos procedimientos tradicionales a la técnica mínimamente invasiva. El interés por este abordaje radica en su carácter poco agresivo, ofreciendo entre otras las siguientes ventajas: marcado descenso del dolor postoperatorio, reducción del trauma tisular y del ratio de infección, menor tiempo de hospitalización y mejores resultados estéticos¹.

Actualmente, en cirugía humana, la colecistectomía laparoscópica constituye el tratamiento quirúrgico de elección de la colelitiasis y sus complicaciones, habiendo demostrado ser un abordaje seguro y con menor morbilidad que la cirugía abierta tradicional²⁻⁴. En este sentido, en medicina veterinaria no se cuenta con tanta evidencia científica al respecto, aunque existen ya diversas series que también han puesto de manifiesto la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes seleccionados⁵⁻⁶.

En el caso del mucocele biliar en la especie canina, la colecistectomía laparoscópica constituye la opción con mejores resultados para el tratamiento de esta patología⁵. Las circunstancias a tener en cuenta a la hora de considerar al paciente candidato para dicho procedimiento debe incluir la ausencia de complicaciones preexistentes como la ruptura de la vesícula, la existencia de un cuadro de peritonitis o sepsis, así como la obstrucción del conducto biliar común⁷.

La colecistectomía también se recomienda en pacientes con colelitiasis sintomática sin cálculos presentes en el conducto biliar común. Aunque las neoplasias de vesícula están descritas (carcinoma del conducto biliar el más frecuente), éstas deben ser muy localizadas para su manejo mediante colecistectomía laparoscópica, ya que la mayoría son extremadamente raras, difusas y por lo general comprometen el parénquima hepático haciendo poco frecuente su extracción.

El objetivo de este trabajo consiste en describir la técnica quirúrgica de la colecistectomía laparoscópica en la especie canina, así como las complicaciones asociadas a este abordaje y la evolución de los pacientes tras la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se ha llevado a cabo en una serie de 14 perros, de diferentes razas, edades y pesos, con diagnóstico previo de colecistitis, mucocele o litiasis biliar. Todos los animales fueron sometidos a un ayuno de sólidos previo a la intervención de 12 horas. Igualmente, se corrigieron los posibles desórdenes electrolíticos ocasionados por la patología hepatobiliar.

Para la colecistectomía laparoscópica los animales fueron posicionados en decúbito dorsal, con la torre de laparoscopia situada cranealmente al paciente y los cirujanos a los pies de la mesa quirúrgica. Se realizó una tricotomía amplia desde el extremo distal del proceso xifoideo hasta el pubis y, lateralmente, hasta el tercio dorsal de la pared abdominal.

El neumoperitoneo se realizó mediante técnica abierta, colocando el primer

XIV Congreso Andaluz de Veterinarios

trocar de 10 mm, destinado a la óptica, en la región umbilical. Lateral y triangulando con este primer trocar se dispusieron otros dos puertos de 5 mm, quedando el del abdomen izquierdo ligeramente craneal al trocar de la óptica, mientras que el del abdomen derecho prácticamente a su nivel. De esta forma se consigue un ángulo de trabajo óptimo entre la vesícula biliar y los instrumentos. Por último, en la región subcostal izquierda se introdujo un cuarto trocar de 5 mm para el empleo de un retractor o de una pinza de agarre atraumática, que mantendrá la vesícula suspendida.

Una vez introducidos los trocares la cirugía comenzó con la exploración de la cavidad abdominal y la exposición de la vesícula y conductos biliares. En los casos en que existieran adherencias a la vesícula, éstas fueron disecadas de forma muy cuidadosa, hasta lograr visualizar los conductos biliares. Tras la adecuada exposición del campo quirúrgico se procedió a disecar el conducto cístico, teniendo especial cuidado de no lesionar ninguno de los conductos hepáticos. Inicialmente, esta disección comenzó liberando por ambos lados el recubrimiento peritoneal que fija el conducto y la vesícula al hígado. Mediante un gancho de coagulación o un disector de ángulo recto se procedió a disecar por completo el conducto cístico, liberándolo de sus adherencias posteriores al hígado. La oclusión del conducto se llevó a cabo mediante clips de titanio, colocando al menos dos clips en la porción más proximal del conducto y otro en la distal. De esta forma, siempre se dejaron dos clips en el paciente, por lo que el riesgo de deslizamiento del clip, con la consiguiente fuga, se reduce significativamente. La sección del conducto cístico se realizó con tijeras de laparoscopia, sin emplear coagulación, y siempre entre los dos clips más distales. La liberación de la vesícula de la fosa hepática se llevó a cabo mediante maniobras de disección roma y coagulación monopolar. Tras su liberación completa del lecho hepático, la vesícula fue introducida en una bolsa de extracción para su esterilización de la cavidad abdominal a través de la incisión del trocar de 10 mm. Por último, antes de retirar los trocares se inspeccionó minuciosamente el lecho hepático para verificar que no existieran fugas ni sangrados activos,

realizando en caso de ser necesario lavados con suero salino.

Tras la cirugía los animales fueron monitorizados y recibieron tratamiento antibiótico y analgésico durante 5 días. Se registraron en todos los casos los tiempos quirúrgicos, así como las complicaciones intra y posoperatorias.

RESULTADOS

El tiempo medio total de cirugía fue de 51 ± 5 minutos. En 4 de los 14 animales fue necesaria la reconversión a cirugía abierta, debido a dilatación excesiva de las vías biliares ($n=1$), imposibilidad de disecar el conducto cístico ($n=2$) y la presencia de excesivas adherencias entre la vesícula y el omento ($n=1$). Intraoperatoriamente, en uno de los animales se produjo la perforación de la vesícula biliar, pudiendo resolverse la complicación de forma laparoscópica mediante el cierre de la perforación y abundantes lavados con suero.

Tras la cirugía el tiempo medio de hospitalización fue de 24 horas, evolucionando todos los animales de forma satisfactoria. La única complicación postquirúrgica reseñable fue el desarrollo de una pancreatitis en uno de los animales, la cual se resolvió con tratamiento médico.

DISCUSIÓN

En medicina veterinaria existen ya diversas series que han puesto de manifiesto la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en pacientes seleccionados⁵⁻⁶. Nuestros resultados coinciden con estos dos trabajos previos, evidenciando igualmente una baja tasa de complicaciones, así como un tiempo quirúrgico comparable al de la cirugía tradicional.

Las complicaciones más frecuentes durante la colecistectomía incluyen la hemorragia, la perforación de la vesícula o las iatrogenias a estructuras cercanas, siendo el daño al conducto biliar común la complicación más grave, generando fallo hepático, peritonitis biliosa y en casos extremos la muerte⁶. En nuestro estudio la única complicación intraquirúrgica reseñable fue la perforación de la vesícula biliar en uno de los animales, con la consiguiente fuga del contenido

biliar. Esta complicación pudo ser controlada de forma rápida mediante el cierre de la perforación, pudiendo continuar el procedimiento de forma laparoscópica, realizando al término de la cirugía abundantes lavados con suero salino fisiológico. La evolución postquirúrgica de este animal fue satisfactoria, pudiendo ser dado de alta al día siguiente de la intervención.

Por otro lado, hemos obtenido una tasa de reconversión del 28%, debido a los motivos mencionados en los resultados. Aunque la reconversión a cirugía abierta no debe considerarse como una complicación, si no más bien una adecuada decisión del cirujano en un momento dado⁷, creemos que podríamos haber disminuido ese porcentaje de reconversión si hubiéramos sido aún más cuidadosos con la selección de los pacientes. Al igual que Scott et al⁵, consideramos que la colecistectomía laparoscópica sólo debe llevarse a cabo en pacientes con patología biliar no complicada, excluyendo los casos de perforaciones biliares, dilatación de las vías biliares o peritonitis.

CONCLUSIONES

Basándonos en nuestros resultados, podemos concluir que la colecistectomía laparoscópica constituye un abordaje seguro y reproducible para el tratamiento quirúrgico de la patología biliar no complicada. Sin embargo, resulta fundamental una meticulosa selección de los pacientes para evitar tasas de reconversión elevadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jones K, Case JB, Evans B, Monnet E. Evaluation of the economic and clinical feasibility of introducing rigid endoscopy and laparoscopy to a small animal general practice. *J Am Vet Med Assoc.* 2017 Apr 1;250(7):795-800.
2. Kim PC, Wesson D, Superina R, Filler R. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in children: which is better? *J Pediatr Surg.* 1995 Jul;30(7):971-3.
3. Coccolini F, Catena F, Pisano M, Gheza F, Fagioli S, Di Saverio S, Leandro G, Montori G, Ceresoli M, Corbella D, Sartelli M, Sugrue M, Ansaloni L. Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg.* 2015 Jun;18:196-204.
4. Rafiq MS, Khan MM. Scar Pain, Cosmesis and Patient Satisfaction in Laparoscopic and Open Cholecystectomy. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2016 Mar;26(3):216-9.
5. Scott J, Singh A, Mayhew PD, Brad Case J, Runge JJ, Gatineau M, Kilkenny J. Perioperative Complications and Outcome of Laparoscopic Cholecystectomy in 20 Dogs. *Vet Surg.* 2016 Nov;45(S1):O49-O59.