

# Manejo de la colédocolitiasis durante la colecistectomía laparoscópica.

## Treatment of choledocholithiasis during laparoscopic cholecystectomy

LARACH Jorge\*

\*Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

La coledocolitiasis se encuentra en alrededor del 10% de los casos de litiasis vesicular en nuestro país. En relación a la alternativa actual de colecistectomía laparoscópica, la coledocolitiasis puede ser considerada desde dos situaciones:

- a) **Sospecha de coledocolitiasis** en el preoperatorio por los antecedentes o las alteraciones de los exámenes de laboratorio ([Tabla N°1](#)); ante la sospecha se hará lo posible por diagnosticar esta patología en el preoperatorio mediante una colangiografía endoscópica (CPR) y de existir cálculos en el colédoco podrán ser retirados mediante papilotomía endoscópica (PE). En general en grupos de pacientes en los cuales hubo sospecha de coledocolitiasis, ésta se confirmó en porcentaje no mayores de 30%, por lo que los distintos equipos quirúrgicos, especialmente en los pacientes jóvenes, la abordan directamente durante la cirugía laparoscópica, para disminuir los costos y los riesgos de los procedimientos endoscópicos, como son: pancreatitis, hemorragia, perforación duodenal, etc. En los pacientes de más edad y con mayor riesgo quirúrgico se hace recomendable la solución en el preoperatorio. Si se produce fracaso en esta etapa, esto no excluye de manera absoluta la posibilidad de practicar la colecistectomía laparoscópica, siempre que el cirujano tenga la suficiente experiencia quirúrgica y cuente con los instrumentos necesarios para abordar la coledocolitiasis.
- b) **Hallazgo de coledocolitiasis** cuando el cirujano se encuentra con cálculos en el colédoco al momento de practicar la colangiografía intraoperatoria(CIO), debiendo tratarse de resolver por vía laparoscópica en el mismo acto operatorio. Queda así de manifiesto la necesidad de practicar la CIO para establecer la anatomía de la vía biliar, la ubicación y números de cálculos en el colédoco, convirtiéndose en piedra angular para avanzar más allá de la simple colecistectomía. De otro lado, la solución intraoperatoria tiene un atractivo a la mentalidad de los cirujanos y sólo en casos excepcionales, debe ser dejada la solución para el postoperatorio. La otra alternativa es convertir la operación en abierta o tradicional, lo cual tampoco sería lo más adecuado.

## Exploración laparoscópica de la vía biliar

Una vez completada la CIO y localizado el o los cálculos, podrá abordarse el colédoco por:

- a) **Técnica transcística**, es preferible esta vía, dado que la evolución postoperatoria es similar a la colecistectomía laparoscópica, siendo exitosa en el 90% de las veces. Requiere de instrumental variado, como son, sondas de Dormia, balones tipo Fogarty, balones de dilatación del cístico y del Oddi, guías metálicas flexibles, fibroscopios tipo ureterofibroscopios y eventualmente algún tipo de litotriptor.

Luego de dilatar el cístico utilizando un balón de dilatación biliar tipo Max Force 0.35 de Microvasive, se abordarán los cálculos distales con una sonda de Dormia o mediante un fibroscopio (3mm o menos) y mediante canastillas finas que se introducen por el canal de trabajo para retirarlos en forma conjunta con el instrumento flexible. Cuando existen cálculos pequeños, se podrán hacer pasar al duodeno mediante lavado distal de la vía biliar, pudiendo dilatarse el Oddi con la misma técnica utilizada para dilatar el cístico, inflando el balón con medio de contraste para localizarlo adecuadamente en la papila; en el caso de cálculos grandes, se podrá introducir por el girosopio un litotriptor electrohidráulico o bien de un laser para fraccionarlo y hacer pasar los fragmentos luego al duodeno mediante irrigación. Finalizada la exploración o si ésta fracasa, se prefiere ligar el cístico con una endoligadura para prevenir filtraciones desde el muñón, pudiendo utilizarse un drenaje de seguridad. Las limitaciones de este método se presentan ante el hallazgo de cálculos altos en las vías biliares, sobre la desembocadura del cístico ([Tabla N°2](#)).

- b) **Técnica por coledocostomía**, este acceso a la vía biliar es posible, pero ofrece menos ventajas que la técnica anterior, si se coloca un tubo de Kehr, el paciente requiere una hospitalización más larga, con lo cual se pierden las virtudes del procedimiento laparoscópico. La ventaja es que permite la exploración de la parte superior de vía biliar. La técnica a utilizar básicamente la misma, pudiendo usarse instrumentos de mayor diámetro, al utilizar T2(trócar subxifoideo de 10mm) como acceso al abdomen. Se debe estar completamente seguro de la ausencia de cálculos, con una colangiografía o una colangioscopía, si es que se decidiera no colocar tubo de Kehr, pero debe colocarse drenaje subhepático de rutina. El abordaje directo del colédoco requiere que éste tenga una buena dilatación de modo que la sutura no contribuya a estenosis, la coledocorrafia podrá ser efectuada desde T1 cambiando el laparoscopio y la cámara hacia T2 ([Tabla N°3](#)).

En el futuro podremos ver el desarrollo de nuevos instrumentos que permitan exploraciones más seguras y la posible aparición de “selladores” que permitan el cierre del colédoco en forma primaria con gran seguridad.