

Colecistectomía laparoscópica en pediatría.

Dres. J.A. Diez, R. Delbene, E. Acastello, G. Cervio, C. Schwartz, R. Korman, A.R. Ferreres.

Hospital de Clínicas "José de San Martín", U.B.A., Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez", M.C.B.A., Hospital "Profesor Alejandro Posadas".

Resumen

La colecistectomía laparoscópica ha reemplazado rápidamente a la cirugía convencional como tratamiento de la litiasis vesicular no complicada en el adulto y algo similar ha acontecido en la cirugía pediátrica. Se presentan 4 pacientes de edades entre 5 y 11 años con litiasis vesicular sintomática, 2 de ellos con antecedentes de talasemia menor. Todos fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica sin complicaciones postoperatorias. Consideramos que esta técnica es de elección en los niños por su escasa morbilidad y su seguridad y buena tolerancia en manos experimentadas.

Palabras clave: Litiasis vesicular - colecistectomía laparoscópica.

Summary

Laparoscopic cholecystectomy has become the standard therapy for symptomatic cholelithiasis in adults and is gaining popularity in pediatric patients as well. The authors present 4 patients between 5-11 years old are presented, who underwent laparoscopic cholecystectomy without complication. In their hands, this technique was safe and effective for the treatment of cholelithiasis in the pediatric aged group and should be considered as an alternative to open cholecystectomy in children.

Index words: Cholelithiasis - Laparoscopic cholecystectomy.

Resumo

A colecistectomia substituiu a cirurgia convencional como tratamento da litíase não complicada no adulto e algo semelhante tem acontecido com a cirurgia pediátrica. São relatados 4 pacientes com idades entre 5 e 11 anos com litíase vesicular sintomática, 2 dos quais com antecedentes de talassemia menor. Todos foram submetidos a colecistectomia laparoscópica sem complicações postoperatórias. Consideramos esta técnica como sendo de eleição em crianças por sua baixa morbidade e mortalidade, segurança e boa tolerância em mãos experientes.

Palavras chave: Litíase vesicular - Colecistectomia laparoscópica.

Introducción

El diagnóstico de litiasis vesicular ha aumentado en la población pediátrica en los últimos años, debido al estudio más exhaustivo y con nuevas modalidades en niños con dolor abdominal recurrente. El advenimiento de métodos diagnósticos no invasivos (ecografía), permiten investigar a los niños con dolor abdominal, llegando con mayor frecuencia al diagnóstico de litiasis vesicular.

La introducción de técnicas de videolaparoscopia dió la posibilidad de tratar a estos pacientes con una cirugía menos traumática, con baja morbilidad y mejores resultados estéticos.

Material y método

Se presentan 4 pacientes varones con edades comprendidas entre 5 y 11 años. Dos casos fueron intervenidos en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, otro en el Hospital Prof. A. Posadas y el restante en el Hospital de Clínicas "José de San Martín" de la Universidad de Buenos Aires.

Todos presentaron dolor abdominal a repetición de tipo cólico. Dos de los pacientes presentaban talasemia menor como patología asociada, y uno de ellos había sido esplenectomizado previamente (cuadro 1). El diagnóstico de litiasis vesicular fue realizado por ecografía. Los antecedentes clínicos, el laboratorio y el ultrasonido descartaron la existencia de patología canalicular biliar.

Paciente	Edad (años)	Sexo	Síntomas	Patología asociada
1	5	M	dolor abdominal	talasemia menor
2	7	M	dolor abdominal	-
3	11	M	dolor abdominal	-
4	8	M	dolor abdominal	talasemia menor esplenectomía

Cuadro 1: población de pacientes tratados.

En los cuatro pacientes se practicó la colecistectomía laparoscópica bajo anestesia general, con intubación orotraqueal y colocación de sonda nasogástrica. No se usó cateterización vesical. Todos los pacientes recibieron antibióticos de amplio espectro en forma profiláctica. El neumoperitoneo se obtuvo con la insuflación de la cavidad abdominal con anhídrido carbónico (entre 2,5 y 3,5 litros) a través de la aguja de Veress, sin superar una presión intraabdominal de 10 mmHg. Se utilizaron 4 trócares: 1) 10 mm, para la introducción de una óptica de visión lateral y videocámara; 2) 10 mm, canal de trabajo; 3) 2 de 5 mm, para prensión y

movilización de la vesícula biliar. Los pasos técnicos no difirieron de los utilizados en pacientes adultos: tracción de la vesícula del fondo y del infundíbulo, disección con electrocauterio del triángulo de Calot, identificación de la arteria y del conducto cístico, colocación de clips de titanio en ambas estructuras, disección de la vesícula en forma retrógrada con electrocauterio, extracción de la vesícula por el trócar umbilical (previa colocación de trocar de 20 mm), irrigación y aspiración de la cavidad. Nunca se realizó colangiografía intraoperatoria por tratarse en todos los casos de un conducto cístico muy fino e incanalable, sumado a la ausencia de elementos que indicaran patología canicular.

Resultados

En todos los niños se realizó la colecistectomía laparoscópica sin inconvenientes. No hubo mortalidad operatoria ni lesiones de la vía biliar, ni se perforó la vesícula biliar en ninguno de los procedimientos. Ningún caso requirió conversión ni laparotomía posterior.

El examen de la vesícula biliar siempre mostró colelitiasis y signos de colelitiasis crónica, confirmada por el estudio histopatológico.

La recuperación postoperatoria fue rápida, reiniciando alimentación a las 6 horas de la cirugía, sin complicaciones, siendo el alta otorgada dentro de las primeras 24 horas. El retorno a la actividad escolar se produjo entre los 4 y 7 días posteriores al acto quirúrgico.

El seguimiento alejado de los pacientes demostró una buena evolución y desaparición de los síntomas.

Discusión

La patología litiasica de la vía biliar es rara en la población pediátrica. La incidencia de colelitiasis en este grupo etario oscila entre 1 a 7 por 10.000 internaciones en pacientes menores de 17 años (1). En autopsias, Newman encontró una incidencia del 0,28% de litiasis vesicular en niños, en comparación con un 11,6% en adultos mayores de 20 años (2).

Dos de los pacientes de la serie presentaban como patología asociada talasemia menor y uno de ellos había sido esplenectomizado. Esta incidencia coincide con los hallazgos de otros autores (3). La temprana edad en que fue diagnosticada la patología vesicular en este grupo de pacientes, puede ser atribuida al uso sistemático de la ecografía abdominal en el seguimiento de los niños con cuadros reiterados de dolor abdominal y/o vómitos.

Se han introducido terapéuticas no quirúrgicas para la disolución de los cálculos, pero con muy poca experiencia en la población pediátrica. Se desconocen los efectos a largo plazo de la administración de ácidos biliares en los niños pero el estímulo de la prolifera-

ción del epitelio colónico y su relación con el desarrollo de neoplasias es preocupante (4).

En los pacientes adultos, la colecistectomía laparoscópica ha reemplazado a la colecistectomía convencional en el tratamiento de la enfermedad litiasica no complicada. Con pequeñas modificaciones técnicas este procedimiento puede ser aplicado en niños (5). Estas incluyen una ubicación más lateral y caudal de los trócares, para facilitar la manipulación de la vesícula y el manejo de los instrumentos. La presencia de una pared abdominal delgada y una cavidad abdominal pequeña, deben alertar acerca de los riesgos de la introducción de los trócares; motivo por el que preferimos los de tipo descartable. Es de fundamental importancia el monitoreo estricto de la presión intraabdominal, tratando de no superar los 10 mm Hg. Es necesario que el anestesiólogo efectúe el control del paciente con oxicapnografía.

En nuestra experiencia, el diámetro del conducto cístico fue extremadamente reducido, motivo por el cual no efectuamos en ningún caso colangiografía intraoperatoria, ya que son mayores los riesgos que los potenciales beneficios. Deben tenerse en cuenta que la incidencia de litiasis coledociana en niños es bajísima: menos del 1% (1). Sin embargo se deben tomar todas las precauciones para evitar una lesión de la vía biliar: utilización de una óptica con visión lateral, disección previa del triángulo de Calot, visualización de la vía biliar principal antes de la colocación de clips en cualquier estructura y conversión ante cualquier duda anatómica (5-6).

Es de fundamental importancia la labor inicial conjunta de cirujanos infantiles y generales ya que estos últimos cuentan con mayor experiencia en colecistectomía laparoscópica, lo que redundará en un procedimiento seguro y efectivo (6).

Indudablemente el procedimiento de elección frente a la litiasis vesicular en la población pediátrica es, en la actualidad, la colecistectomía laparoscópica por la mínima morbilidad, escaso trauma, temprana recuperación y solución definitiva de la patología con escasas secuelas estéticas.

Bibliografía

1. Friessen CA, Roberts CC: Cholelithiasis, clinical characteristics in children, case analysis and literature review. *Clin Pediatr* 28:294, 1989.
2. Newman KD, Marmor LN, Atorri R et al: Laparoscopic cholecystectomy in pediatric patients. *J Pediatr Surg* 26:1184, 1991.
3. Sarnaik S, Slovis TL, Corbett DP et al: Incidence of cholelithiasis in sickle cell anemia using ultrasound gray-scale technique. *J Pediatr* 96:1005, 1980.
4. Pitt HA, McFadden DW, Gadacz TR: Agents for gallstone dissolution. *Am J Surg* 153:233, 1987.
5. Holcomb GW, Olsen DO, Sharp KW: Laparoscopic cholecystectomy in the pediatric patient. *J Pediatr Surg* 26:1186, 1991.
6. Vinograd I, Halevy A, Klin B et al: Laparoscopic cholecystectomy: treatment of choice for cholelithiasis in children. *World J Surg* 17:263-266, 1993.

Trabajo recibido para publicación en julio de 1993.

Dr. J.A. Diez

Av. Córdoba 2351
(1120) Buenos Aires
Argentina