



Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C.

Resultados de la Reunión Internacional de Consenso y Recomendaciones de Expertos realizada en Acapulco Guerrero, el 4 de mayo del 2000

Avalada por:

Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica (AMCE)
European Association of Endoscopic Surgery (EAES)
Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons (SAGES)
Asociación Latinoamericana de Cirujanos Endoscopistas (ALACE)

Tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis

INTRODUCCION

La colecistectomía laparoscópica es el "gold estándar" en el tratamiento de la litiasis vesicular. Dado que la esperanza de vida de la población mundial aumenta y que se practican más procedimientos debido a la laparoscopia (coledocolitiasis: 10-15%) es indudable que se van a requerir un mayor número de procedimientos para extraer los cálculos en la vía biliar común. A la fecha existen tres opciones satisfactorias para tratar la coledocolitiasis: la cirugía convencional, la cirugía laparoscópica (EVB Lap), y la extracción endoscópica (CPRE). En la opi-

nión de SAGES y EAES la EVB Lap es una opción segura y eficaz siempre y cuando sea practicada por un grupo quirúrgico experimentado. Existe evidencia también que puede tener como ventaja el ser costo-eficiente.

EVIDENCIA CLINICA

Los resultados de múltiples series reportadas sobre todo en Europa y en EUA en la última década, han demostrado que la EVB Lap es un procedimiento endoscópico avanzado que demanda habilidad y destreza especiales, equipo e instrumental especializados, es segura, eficaz y que sus índices de

morbimortalidad se comparan favorablemente con los resultados de la cirugía convencional y en muchos casos se evita la CPRE.

Se recomienda que en cada hospital se individualice cada paciente y dependiendo de los recursos humanos, materiales y experiencia clínica, se seleccione la opción de tratamiento más adecuada y apropiada para el bienestar y seguridad del paciente. En general el abordaje transcístico es utilizado más frecuentemente que la vía transcoledociana. Las preferencias personales juegan un papel importante en la selección del procedimiento.

REQUISITOS DEL GRUPO QUIRURGICO

1. Previa experiencia en tratamiento quirúrgico de EVB Lap
2. Certificación por el Consejo de Cirugía local
3. Haber completado al menos dos cursos teórico prácticos de cirugía laparoscópica
4. Haber completado al menos 30 procedimientos de colecistectomía laparoscópica
5. Haber completado al menos un curso avanzado sobre EVB Lap teórico práctico
6. Haber participado en al menos 10 cirugías de EVB Lap como primero o segundo asistente.
7. Se recomienda el adiestramiento moderno tipo multimedia: EAES, CD-Rom
8. Se recomienda también el adiestramiento y supervisión tutorial en las primeras experiencias quirúrgicas
9. El grupo quirúrgico debe satisfacer los requisitos del Comité Laparoscópico local
10. Acreditación de programas de residentes en donde se documente que el adiestramiento de laparoscopia está incluido.

REQUISITOS DE EQUIPO E INSTRUMENTAL

Equipo

- Quirófano equipado para cirugía incluyendo imagenología: radiografía portátil, fluoroscopia, etc.
- Equipo de cirugía laparoscópica avanzado como videocámara y monitores de alta resolución, laparoinflador de alto volumen, electrocauterio mono y bipolar.
- Dependiendo de la experiencia y la técnica escogida, todo el

- equipo adicional necesario.
- Colangioscopios de 3 y 6 mm.

Instrumental

- Aguja de Veress o trocar de Hasson.
- Laparoscopios de 0 y 30°, de 10 y 5 mm.
- Trocares de varias medidas.
- Equipo de irrigación succión.
- Retractor del hígado
- Disectores atraumáticos, tijeras, bajanudos, portagujas, aguja de aspiración.
- Catéteres de diferentes medidas para colangiografía y exploración de la vía biliar.
- Catéteres de Fogarty, dormia, etc.

ASPECTOS ESENCIALES DE LA TECNICA QUIRURGICA

1. Una vez instalado el neumoperitoneo se lleva a cabo la disección para colecistectomía laparoscópica en forma convencional.
2. Una vez que se ha determinado la presencia de coledocolitiasis la decisión para explorar la vía biliar y extraer los cálculos por la vía transcística o transcoledociana dependerá de los hallazgos anatómicos, clínicos, de imagenología, el diámetro del conducto cístico, el tamaño de los cálculos y de las preferencias y habilidades del grupo quirúrgico.
3. El hallazgo inesperado de un cálculo único pequeño sin ninguna otra anomalía no necesariamente requiere EVB.
4. Aunque la mayor parte de grupos quirúrgicos al concluir la EVB prefieren utilizar drenajes

biliares externos (sonda en T, drenaje transcístico, etc.) algunos otros, al igual que en cirugía convencional, no los utilizan de rutina.

CONTRAINDICACIONES

1. Las mismas de la cirugía convencional.
2. Falta de experiencia, instrumental y/o equipo adecuados.

INDICACIONES POTENCIALES PARA CONVERSION A LAPAROTOMIA

1. Imposibilidad para completar el procedimiento de manera adecuada y segura.
2. Imposibilidad de resolver satisfactoriamente complicaciones del procedimiento laparoscópico.

REFERENCIAS SELECCIONADAS

1. Paul A, Millat B, Holthausen U, Sauerland S, Neugebauer E. Diagnosis and treatment of common bile duct stones (CBDS). Results of a Consensus Development Conference EAES. *Surg Endosc* 1998; 12: 856-864.
2. Neugebauer E, Troidl H, Kum K, et al. The EAES Consensus Development Conference on laparoscopic cholecystectomy, appendectomy, and hernia repair. *Consensus Statements* September 1994. *Surg Endosc* 1995; 9: 550-563.
3. Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. SAGES Committee on Standards of Practice. Reviewed and approved by the Board of Governors of the Society of American Gastrointestinal Endoscopic Surgeons SAGES, October 1999.
4. Martin JJ, Bailey IS, Rhodes M, et al. Towards T-tube free laparoscopic bile duct exploration. A methodologic evolution during 300 consecutive procedures. *Ann Surg* 1998; 228: 29-34.
5. Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. NIH Consensus Conference, *JAMA* 1992; 269: 1018-1024.

6. Hunter, JG. Exposure, dissection, and laser versus electrosurgery in laparoscopic surgery. *Am J Surg*, 1993; 165: 492-496.
7. Sackier, JM, Berci, G, Phillips E, et al.: The role of cholangiography in laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg*, 1991; 126: 1021-1026.
8. Soper NJ. Effect of nonbiliary problems on laparoscopic surgery. *Am J Surg*, 1993; 165: 522-526.
9. Morgenstern, L, Berci, G, Pasternak, E: Bile leakage after biliary tract surgery. A laparoscopic perspective. *Surg Endos*, 1993; 7: 432-439.
10. Perissat J, Huibregtse, Keane FB, Russell RC, Neoptolemos JP. Management of bile duct stones in the era of laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*, 1994; 81: 799-810.
11. Neoptolemos, JP, Carr-Locke, DL, Fossard, DP: Prospective randomized study of preoperative endoscopic sphincterotomy versus surgery alone for common duct stones. *Br J Surg*, 1987; 294: 470-474.
12. Berci G, Morgenstern L. Laparoscopic management of common bile duct stones: a multi-institutional SAGES study. *Surg Endosc*, 1994; 8: 1168-1175.
13. Berci G, Cuschieri A, eds. Bile ducts and bile duct stones. WB Saunders Co. Philadelphia, 1997.
14. Jacobs M, Verdeja J, Goldstein H. Laparoscopic choledocolithotomy. *Surg Lapar Endos* 1991; 1: 79-82.
15. Franklin ME. Laparoscopic common bile duct exploration by choledochotomy. *Prob Gen Surg* 1995; 12: 55-63.
16. Cuschieri A, Lezoche E, Morino M, et al. EAES Multicenter prospective randomized trial comparing two-stage vs single-stage management of patients with gallstone disease and ductal calculi. *Surg Endosc* 1999; 13: 952-957.

PARTICIPANTES

Internacionales: EAES, SAGES, ALACE

1. Buess Gerard, MD
2. Cortez Manolo, MD
3. D'Allemagne Bernard, MD
4. De Paula Aureo Ludovico, MD
5. Felix Edward, MD
6. Franklin Morris, MD

7. Jackimowicz Jack, MD
8. Jacobs Moises, MD
9. Miller Karl, MD
10. Reddick Ed, MD
11. Roll Sergio, MD
12. Swanstrom Lee, MD

Mexicanos: AMCE, SAGES, ALACE

1. Dr. Carbajal Adrián
2. Dr. Cueto Jorge
3. Dr. Dávila Fausto
4. Dr. González de Cosío Carlos
5. Dr. Gutiérrez Leopoldo
6. Dr. Guzmán Fernando
7. Dr. Herrera Miguel
8. Dr. López Juan Antonio
9. Dr. Manzano José
10. Dr. Moreno Mucio
11. Dr. Serrano Fernando
12. Dr. Vázquez Frías José A.
13. Dr. Ortiz Ariel.