



UTILIDAD DE LOS DRENAJES TUBULARES EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Rosner María Laura, Sturletti Diego Carlos,* Flores Jorge Ariel,**
Catalano Pablo*** MAAC, Mateu Ricardo Marcelino**** MAAC-FACS*

Sanatorio Franchin, Obra Social del Personal de la Construcción (OSPECON),
Buenos Aires, Argentina.

Resumen

Antecedentes: La colecistectomía laparoscópica representa en la actualidad el tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática. El diagnóstico temprano de las complicaciones permite la rápida resolución de los mismos disminuyendo la morbimortalidad. La utilización en forma sistemática de drenajes en la colecistectomía laparoscópica permitiría advertir pérdidas biliares o hemáticas en forma precoz.

Objetivo: Demostrar la utilidad de los drenajes tubulares de pequeño calibre, utilizados sistemáticamente en la colecistectomía laparoscópica.

Lugar de aplicación: Sanatorio Franchin. Obra Social del Personal de la Construcción (OSPECON)

Diseño: Estudio retrospectivo. Período: Enero 2006 -Enero 2009.

Población: 853 colecistectomías laparoscópicas. En 822 se utilizó en forma sistemática drenaje abdominal y en 31 no, por lo que fueron excluidos del análisis

El 53% fueron mujeres y el 47% varones, con edad promedio de 39,7 años.

Método: Se analizó en forma retrospectiva: a) el diagnóstico precoz de complicaciones postoperatorias inmediatas; b) la resolución de las pérdidas biliares/hemáticas por acción del drenaje y; c) el costo/beneficio en el procedimiento. Se utilizó en todas las cirugías un drenaje de pequeño calibre (5 mm K30) que fue extraído por contraabertura por uno de los orificios de trocar de 5 mm. Fue retirado a las 24hs postoperatorias en los casos en los que el débito no indicaba complicación hemorrágica o fuga biliar. El costo del drenaje es de US\$ 0.75.

Resultados: Las complicaciones postoperatorias abdominales fueron: 1 hemorragia, 3 pérdidas biliares, 2 abscesos subfrénicos, 2 hematomas infectados. Los drenajes fueron útiles en el diagnóstico precoz en 4 de las 8 complicaciones. En 3 de ellas sin manifestaciones clínicas y en un caso con manifestaciones clínicas concomitantes, facilitando la decisión de realizar tratamiento médico, endoscópico, percutáneo o quirúrgico para la resolución de las mismas en forma precoz.

Conclusiones: La utilización de drenajes abdominales en las cirugías laparoscópicas analizadas en esta serie, no agregaron morbilidad, fueron útiles para la detección temprana de complicaciones postoperatorias inmediatas en la mitad de los casos.

Introducción

La colecistectomía laparoscópica representa en la actualidad el tratamiento gold standard para la resolución de litiasis vesicular sintomática. Se considera a este procedimiento seguro, con un bajo índice de morbimortalidad. Sin embargo existen complicaciones postoperatorias de éste procedimiento terapéutico, cuyo diagnóstico temprano permite la rápida resolución de los

mismos y disminuyendo de esta forma el riesgo que conllevan.

La utilización en forma normatizada de drenajes en la colecistectomía laparoscópica es un tema que aún resulta controvertido en la práctica quirúrgica habitual.

Existen trabajos que relacionan la utilización de los mismos con complicaciones como infección, prolongación en la internación o aumento de síntomas postoperatorios como dolor, náuseas o vómitos.^{3,7}

* Residentes del Servicio de Cirugía

** Jefe de Residentes del Servicio de Cirugía

*** Médico de Planta del Servicio de Cirugía

**** Jefe del Servicio de Cirugía

El objetivo de este trabajo fue analizar la relación entre el costo/ beneficio de su uso sistemático en las cirugía laparoscópica.

Material y Métodos

Entre el 01 de Enero del 2006 y 31 de diciembre del 2008 (tres años) se realizaron en el Sanatorio V. Franchin de la Ciudad de Buenos Aires (OSPECON), 853 colecistectomías laparoscópicas. Se trató de 452 mujeres (53%) y 401 varones (47%), con un promedio de edad de 39,7 años.

En todos los casos se realizó 1gr de cefalotina en la inducción anestésica (única dosis). En los procedimientos en que se produjo contaminación operatoria (apertura del colédoco, ruptura vesicular, apertura duodenal o se determinó un proceso infeccioso vesicular en curso) se continuó el tratamiento antibiótico por 7 días con amoxicilina-clavulánico o ciprofloxacina + metronidazol.

En 822 (96,36%) operaciones se colocó un drenaje K30 (5 mm.) extrayendo el catéter por contraabertura, por uno de los orificios de trocar de 5 mm. El mecanismo de aspiración activa consistió en un envase arrollado de plástico corriente de solución estéril (aspirofusor) que se controló y vació cada 6hs. El mismo fue retirado a las 24hs en los casos en los que el débito era nulo o escaso serohemático.

Los 31 pacientes operados a los que no se les dejó drenaje fueron excluidos del análisis.

Resultados

Colecciones hemáticas. Se produjo 1 hemoperitoneo (0,12%). El drenaje evidenció débito hemático (500 ml) en las primeras 10 horas postoperatorias, sin descompensación hemodinámica. El procedimiento operatorio inicial no había evidenciado alteraciones en el control de la hemostasia. El paciente fue reoperado, hallándose colección hemática libre de más de 500 ml en cavidad, sin evidenciar la causa del sangrado. El paciente fue dado de alta dentro de las primeras 48hs posteriores a la reoperación.

Colecciones biliares. Se registraron 3 fugas biliares (0,36%).

CASO 1: El drenaje evidenció escaso débito serohemático y fue retirado previo al alta. El paciente se reinternó 10 días después por fiebre, dolor abdominal e infección del sitio quirúrgico. Los exámenes complementarios evidenciaron leucocitosis y colección en Morrison y subfrénico derecho por lo que se decidió la reintervención quirúrgica. El hallazgo intraoperatorio fue un biloma sobreinfectado sin evidenciarse el sitio de fuga. Posteriormente se le realizó una CPRE con colocación de stent. El paciente tuvo una evolución favorable posteriormente.

CASO 2: El drenaje evidenció 40 ml de débito bilioso en las primeras 24 horas postoperatorias permitiendo detectar la complicación previa a que se produzca repercusión clínica. Permitió evacuar 100 ml/día de débito bilioso a lo largo de 7 días, dirigiendo la fuga. Al paciente se le realizó una CPRE al tercer día post operatorio para completar el tratamiento, con buena evolución posterior.

CASO 3: El drenaje detectó fuga biliar al primer día postoperatorio (70 ml bilioso) concomitantemente con fiebre, taquicardia, taquipnea y dolor abdominal. El paciente fue reoperado dentro de las primeras 24hs. El hallazgo fue coleperitoneo, sin evidencia del sitio de fuga. La evolución fue satisfactoria.

Abscesos subhepáticos. Se produjeron 2 abscesos subhepáticos (0,24%). En ambos casos la colecistectomía fue por litiasis vesicular sintomática y no hubo dificultades técnicas para la realización de la misma. El drenaje tuvo escaso débito serohemático y fue retirado previo al alta de los pacientes al primer día postoperatorio. Los pacientes fueron reinternados al 6º y 7º día postoperatorio por fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. Tanto la ecografía como la TAC evidenciaron colecciones subhepáticas. A uno de los pacientes se le realizó un drenaje percutáneo de la misma y al otro laparotomía exploradora con lavado de cavidad abdominal. Ambos tuvieron una evolución favorable.

DRENAJES EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Hematomas infectados. Se produjeron 2 (0,24%) hematomas infectados.

CASO 1: El paciente había sido operado de una colecistitis aguda. El drenaje evidenció escaso débito serohemático y fue retirado a las 24 hs, siendo el paciente dado de alta. El paciente se reinternó 7 días más tarde por vómitos y dolor abdominal. La ecografía informaba una colección subhepática, al igual que la tomografía computada. Se decidió la realización de un drenaje percutáneo de una colección hemopurulenta. El paciente tuvo una evolución favorable y fue dado de alta.

CASO 2: El paciente fue operado por litiasis vesicular sintomática. No hubo dificultades en el control de hemostasia durante la cirugía. El drenaje tuvo 90 ml de débito hemático en las primeras 24 hs y 35 ml hemático al segundo día postoperatorio. Concomitantemente se produjo una caída de 9 puntos en el hematocrito, pero el paciente se mantuvo estable hemodinámicamente y se decidió el egreso sanatorial del mismo. El paciente se reinternó 4 días después por síndrome febril más dolor abdominal y leucocitosis, manteniendo el hematocrito respecto al del día del alta. Se diagnosticó mediante ecografía y TAC diagnóstico de colección en la lodge vesicular que fue interpretado como un hematoma infectado. El paciente recibió tratamiento médico, presentó buena evolución y fue dado de alta 4 días después. En este caso el drenaje evidenció la pérdida hemática, que fue subestimado debido a falta de signos clínicos de sangrado y fue retirado.

No hubo mortalidad en la serie ni lesiones de la vía biliar.

En 4 casos (1 hemoperitoneo, 1 biloma y 1 coleperitoneo y 1 hematoma infectado) el drenaje abdominal permitió la detección de dichas complicaciones: en 3 casos previo a la aparición de manifestaciones clínicas y en 1 caso concomitantemente a las mismas.

En el 50% de los casos complicados el drenaje permitió la detección temprana de complicaciones evitando la progresión de

las mismas, favoreciendo la instalación del tratamiento dentro de las 24hs de operados.

Si bien el 50% restante de los casos no permitió el diagnóstico temprano de las complicaciones no agregó morbilidad.

Discusión

Muchas veces operaciones calificadas por el cirujano como colecistectomías laparoscópicas simples, que no generan dificultad alguna a la hora de realizarlas, son precisamente las cirugías en las que se producen complicaciones como fugas biliares y hemorragias.

Las fugas biliares menores ocurren entre el 0.5 y 1% de los casos³ y son generalmente resultado de la dehiscencia del muñón cístico o escurrimiento de bilis desde los conductos cistohepáticos de Luschka, que han sido cortados durante la disección del lecho hepático.¹ Ambas situaciones son de muy difícil identificación durante la Cirugía y es impredecible el volumen y curso que puede seguir la colección.

Este tipo de colecciones retenidas en la cavidad no evolucionan a la resolución espontánea, en general se localizan en el espacio subhepático y se infectan. Si no son tratadas conducen probablemente a la sepsis.

En nuestra experiencia las fugas biliares se produjeron en pacientes portadores de litiasis vesicular no complicada sin incidentes operatorios de relevancia.

Con respecto a las hemorragias postoperatorias, la aparición de sangre en el colector del drenaje es un signo de alarma de fácil detección que permite tomar la decisión de reoperar a los pacientes antes de llegar a situaciones críticas de hipovolemia.

Las colecciones sépticas: son extremadamente raras en la colecistectomía laparoscópica. El absceso subfrénico o subhepático se originan por colecciones de sangre, bilis o cálculos retenidos en cavidad. La principal manifestación clínica es la fiebre postoperatoria y el diagnóstico se realiza mediante ecografía o tomografía,

Tabla 1. Complicaciones y utilidad del drenaje en colecistectomía laparoscópica.

Complicaciones	Número	Utilidad del Drenaje
Colecciones Hemáticas	1 caso (0,11%)	+
Bilomas	2 casos (0,23%)	+ (1 de 2 casos)
Coleperitoneo	1 caso (0,11%)	+
Colecciones Sépticas	2 casos (0,23%)	-
Hematomas Infectados	2 casos (0,23%)	+ (1 de 2 casos)

que permiten resolver el drenaje del absceso por vía percutánea.

Existen distintos trabajos referidos al uso de drenajes en la colecistectomía laparoscópica. Aquellos que están en contra a la utilización de los mismos apelan a que conllevan mayor índice de infecciones quirúrgicas, retraso del alta hospitalaria, mayor náuseas vómitos y dolor postoperatorio.^{4,8}

Otros autores sugieren que el uso de los mismos no es útil ya que si bien no provocan complicaciones, no previenen ni hemorragias ni fugas biliares.^{5,7}

Por su parte aquellos trabajos que hablan a favor del uso de los drenajes en cirugía laparoscópica consideran que los mismos no agregan morbilidad y permiten tanto el diagnóstico temprano de las complicaciones postoperatorias inmediatas (fugas biliares, hemoperitoneo), como su resolución en algunos casos.²

Conclusión

La utilización de drenajes abdominales en las cirugías laparoscópicas analizadas en esta serie, no agregaron morbilidad alguna. No fueron asociados a infección y no produjeron ningún daño durante la colocación de los mismos, procedimiento sencillo, que se realiza bajo visualización de la cámara. Fueron útiles como auxiliares clínicos para la detección temprana de complicaciones y por otro lado permitieron la evacuación de colecciones serosas postoperatorias que podrían llegar a infectarse de permanecer en cavidad abdominal. Resulta un método de fácil ejecución y económico que permite el diagnóstico temprano de las complicaciones

inmediatas postoperatorias en el 50% de los casos.

Bibliografía

- 1) Álvarez Rodríguez J. Estrategia terapéutica en el diagnóstico postoperatorio de lesión de un conducto hepático anómalo. Rev Argent Cirug 2006; 90:121-131.
- 2) Contini S, et al. Laparoscopic cholecystectomy: a need to drain? Acta Biomed Ateneo Parmense 1992; 63:237-41.
- 3) Deziel DJ, Millikan K. Complications of laparoscopic cholecystectomy, a national survey of 4292 hospitals and analysis of 77.604 cases. Am J Surg 1993; 165:9-14.
- 4) Gurusamy KS, et al. Routine abdominal drainage for uncomplicated laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database Syst Rev 2007; 17(4):CD006004.
- 5) Hawasli A, Brown E. The effect of drains in laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendosc Surg 1994; 4:393-8.
- 6) Petrowsky H, et al. Evidence-based value of prophylactic drainage in gastrointestinal surgery. A systematic review and meta-analyses. Ann Surg 2004; 240:1074-85.
- 7) Nursal TZ, et al. Effect of drainage on postoperative nausea, vomiting, and pain after laparoscopic cholecystectomy. Langenbecks Arch Surg 2003; 388:95-100.
- 8) Uchiyama K, et al. Clinical significance of drainage tube insertion in laparoscopic cholecystectomy: a prospective randomized controlled trial. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007; 14:551-6.
- 9) Prados S, Mateu M. Utilidad sistemática de los drenajes tubulares en la colecistectomía. Citado en Técnicas de cirugía laparoscópica. P Rebon y Col. Azcurra editores. Bs. As. 2000.