



Servicio de Cirugía General y Digestiva

Área de cirugía hepato-bilio-pancreática y bazo

Colecistectomía por laparoscopia

**Dr. Emilio Vicente López
Dra. Yolanda Quijano Collazo**

**Dr. Hipólito Durán Giménez-Rico
Dr. Eduardo Díaz Reques
Dra. Isabel Fabra Cabrera
Dr. Ramón Puga Bermúdez
Dr. Benedetto Ielpo**



Docencia

Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

1. La vesícula biliar:

Es un órgano con forma de saco de 8-10 cms de longitud y 50 cc de volumen, situado en la parte inferior derecha del hígado. Su misión consiste en acumular y concentrar la bilis producida por el hígado. Después de las comidas la vesícula se contrae liberando la bilis acumulada, que pasa a través de un conducto (colédoco) hasta el tubo digestivo, colaborando a la digestión de los alimentos grasos.

La vesícula puede sufrir diversas enfermedades que condicionan la necesidad de extirparla. La presencia de piedras (colelitiasis) es la más común de todas ellas.

2. ¿Qué es una colecistectomía laparoscópica?

De forma tradicional, la vesícula biliar se ha quitado mediante una incisión en la parte derecha de la pared abdominal. La colecistectomía laparoscópica no es más que la extirpación de la vesícula biliar mediante un abordaje laparoscópico. Por lo tanto, lo único que cambia respecto a una colecistectomía clásica o "abierta" es la manera que tiene el cirujano de llegar hasta la vesícula.

3. ¿Cuándo está indicado hacer una colecistectomía laparoscópica?

La extirpación de la vesícula biliar se realiza generalmente para tratar las siguientes enfermedades de la vesícula:

- Presencia de cálculos (colelitiasis).
- Infecciones o inflamaciones (colecistitis).
- Tumores benignos.

4. Preparación antes de la cirugía

Deberá hacerse un preoperatorio como el que se realiza habitualmente para cualquier intervención quirúrgica con anestesia general.

El estómago debe estar completamente vacío y para ello no podrá comer ni beber nada en las 8 horas previas a la cirugía.

Deberá informar de todos los medicamentos que toma y de si presenta algún tipo de alergia. La mayoría de los medicamentos se pueden seguir tomando de forma habitual, pero algunos de ellos como la aspirina, antiagregantes, anticoagulantes, antiinflamatorios, corticoides o insulina deberán ajustarse antes de la intervención.

Es muy importante que avise de si necesita ponerse antibióticos cuando va al dentista, porque pudiera necesitar alguno específico antes de la operación. Si padece enfermedades importantes, fundamentalmente pulmonares o cardíacas, podría necesitar una especial valoración antes o después de este procedimiento.

5. ¿Cómo se realiza una colecistectomía laparoscópica?

El paciente es sometido a una anestesia general. Se punciona la cavidad abdominal con una aguja hueca y se introduce un gas (dióxido de carbono) permitiendo distenderla. Se crea así, un espacio entre la pared y las vísceras que permite explorar los órganos.

A través de una incisión de 10 mm, generalmente alrededor del ombligo, se introduce el laparoscopio, que es un tubo óptico conectado a una fuente de luz y a un sistema de vídeo, lo que permite transmitir imágenes del interior de la cavidad abdominal hasta las pantallas de TV situadas en el quirófano.

Otras 2-3 cánulas de 5-10 mm se introducen para poder separar con delicadeza la vesícula del hígado y sacarla de la cavidad abdominal.

En un número pequeño de pacientes puede no ser posible completar adecuadamente la exploración por vía laparoscópica, siendo necesario realizar un procedimiento abierto. Esta decisión la toma el cirujano siguiendo criterios estrictos de seguridad para el paciente y no debe entenderse como una complicación.

En algunos casos puede ser necesario realizar una radiografía intraoperatoria con contraste para descartar la presencia de cálculos en los conductos biliares, de forma que, en caso de que estén presentes, se ampliará la cirugía para realizar una limpieza de esos cálculos, pudiendo ser necesario la derivación de la vía biliar o la ampliación de la salida del conducto biliar (esfinterotomía). Cabe también la posibilidad de que durante la cirugía, y dados los hallazgos intraoperatorios, haya que realizar modificaciones del procedimiento para proporcionar el tratamiento más adecuado.

6. Beneficios de la colecistectomía laparoscópica:

Son los comunes a todos los procedimientos realizados con un abordaje laparoscópico:

- Menor dolor abdominal postoperatorio.
- Recuperación más temprana del tránsito intestinal (capacidad para expulsar gases y heces).
- Estancia hospitalaria más corta.
- Reincorporación más rápida a sus actividades habituales.
- Mejores resultados estéticos.

Aunque las ventajas son múltiples, puede no ser aconsejable el abordaje laparoscópico en alguna de las siguientes circunstancias:

- Pacientes con múltiples operaciones previas en el abdomen.
- Pacientes con enfermedades cardíacas o pulmonares importantes.
- Pacientes en los que la clínica o las exploraciones radiológicas sugieran la presencia de una inflamación muy evolucionada en la zona de la vesícula biliar.

En estos casos será necesaria una cirugía abierta.

7. ¿Qué ocurre al terminar la intervención?

Deberá permanecer en la sala de reanimación el tiempo necesario para que se pasen los efectos de los anestésicos. Habitualmente, iniciará la ingesta de alimentos pasadas las 4-6 primeras horas y será dado de alta en las siguientes 48 horas. Se le darán las instrucciones a seguir respecto a la alimentación y a la medicación en los días siguientes a la cirugía.

8. ¿Qué complicaciones pueden aparecer?

A pesar de la adecuada elección de la técnica y de su correcta realización, pueden presentarse efectos indeseables, tanto los comunes derivados de toda intervención y que pueden afectar a todos los órganos y sistemas, como otros específicos del procedimiento:

-Riesgos frecuentes pero no graves: infección o sangrado de la herida quirúrgica, retención aguda de orina, flebitis, trastornos temporales de las digestiones, extensión del gas al tejido subcutáneo u otras zonas y dolores referidos, habitualmente al hombro.

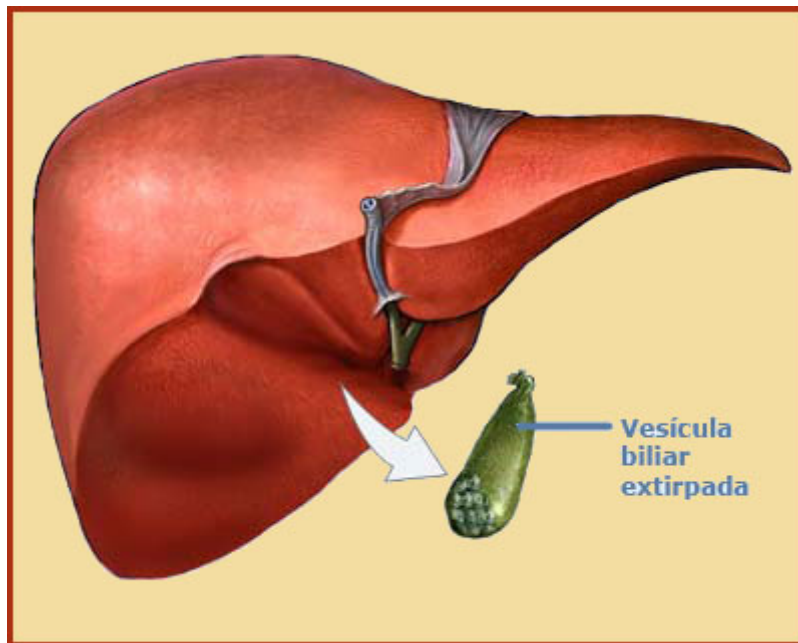
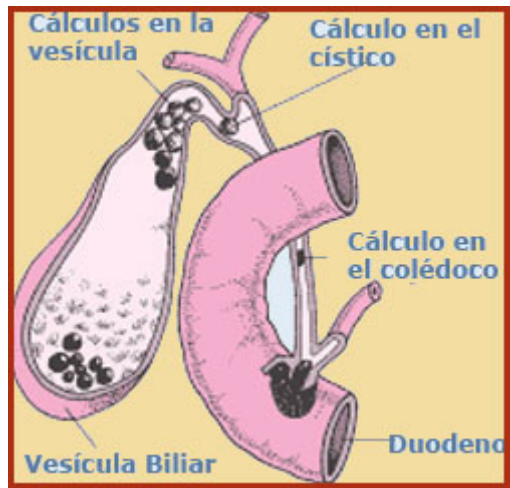
-Riesgos poco frecuentes y graves: estrechez de la vía biliar, fístula biliar con salida de bilis por la herida o por el drenaje, lo que en la mayoría de los casos se resuelve con tratamiento médico (medicamentos, sueros, etc.), pero que a veces precisa la realización de otras pruebas (CPRE y/o colocación de un drenaje), sangrado o infección intraabdominal, coledocolitiasis (piedras residuales en el conducto biliar); colangitis; o ictericia o inflamaciones del páncreas (pancreatitis).

Debido al abordaje laparoscópico pueden producirse, además de lo anterior, lesiones vasculares o de órganos vecinos, embolia pulmonar.

9. Recomendaciones después de la cirugía.

En condiciones normales podrá reincorporarse a su actividad normal en 1-2 semanas.

Es muy importante que el paciente esté atento a la aparición, durante los días siguientes a la intervención, de síntomas como: dolor abdominal persistente, fiebre, ictericia, náuseas o vómitos, hinchazón abdominal, supuración por las heridas quirúrgicas y tos o dificultad al respirar ya que pueden indicar la aparición de una complicación.





Teléfono Hospital: +34 91 756 78 00.

**Teléfono Consultas externas:
+34. 91 756 79 00 / 902 10 74 71.**

**Teléfono Consultas Cirugía General:
+34 91 756 79 00. Ext: 4136.**

Fax: +34 91 750 04 55

<http://www.cirugiasanchinarro.es>

[email: cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com](mailto:cirugiasanchinarro@hospitaldemadrid.com)