

Colangiografía laparoscópica

Por el Dr. ARCADIO SOTTO ESCOBAR

INTRODUCCION

Este método introducido por *Royer*⁷ y *Lee* hace algunos años y realizado por otros gastroenterólogos principalmente europeos, ha mostrado ser de gran utilidad en el diagnóstico de ciertas afecciones de las vías biliares, sobre todo en casos de ictericia, constituyendo un buen complemento del examen laparoscópico. En realidad el nombre correcto debe ser colecistocolangiografía, ya que se realiza puncionando la vesícula.

Indicaciones:

a) La colangiografía laparoscópica está indicada en todos los casos en que se sospeche una patología de árbol biliar y en que la laparoscopia no nos pueda ofrecer un diagnóstico exacto.

Como es sabido, en los casos de ictericia las investigaciones radiológicas especiales como la colecistografía, bien por vía oral o endovenosa no aportan datos de utilidad ya que el colorante prácticamente no es escretado por el hígado. Por otro lado, el diagnóstico diferencial entre un íctero médico y quirúrgico es fundamental para la conducta terapéutica a seguir; es por ello que la colangiografía laparoscópica adquiere su mayor valor al poder demostrar de una manera casi exacta, en la mayoría de los casos, la verdadera naturaleza de la ictericia.

Esto ocurre fundamentalmente cuando se trata de hacer el diagnóstico diferencial entre las hepatitis a forma obstructiva, los casos de retención biliar intrahepática o hepatitis colangioliética y el íctero obstructivo completo o incompleto. En estos casos ni la clínica debido a la similitud de los síntomas, ni las pruebas funcionales hepáticas que arrojan poca luz, ni la biopsia hepática que sólo permite la diferenciación en algunos casos, ni a veces la laparoscopia, es suficiente para establecer el diagnóstico. En efecto, en ocasiones el examen laparoscópico el aspecto macroscópico del hígado es de color verdoso o bien rojizo con un punteado verdoso y la vesícula no muestra signos característicos de obstrucción extrahepática, siendo por tanto la colangiografía laparoscópica la única exploración capaz de precisar el diagnóstico.

En recién nacidos este método adquiere capital importancia, permitiendo precisar entre la hepatitis y algunos tipos de agenesia, sin grandes riesgos para el niño. Es bueno recordar que la mortalidad operatoria cuando se realiza una laparatomía exploradora como método diagnóstico en recién nacidos es muy elevada, rebasando la cifra de 70% a 80% de mortalidad de acuerdo con las estadísticas.⁵

Desde luego, en aquellas agenesias donde falta la vesícula no puede realizarse la exploración pero el diagnóstico es evidente por la simple laparoscopia.

b) Está también indicada en los casos de ictericia obstructiva para precisar el sitio exacto de la obstrucción y en la mayor parte de casos su etiología lo que es de gran utilidad para el cirujano.

c) Debe realizarse también donde se sospeche una patología del árbol biliar, sin íctero, cuando los exámenes radiológicos de colecistografía oral o endovenosa no sean concluyentes, como por ejemplo aquellos casos de vesícula excluida.

Contraindicaciones:

a) Colecistectomizados.

b) Aquellos casos en que la vesícula está oculta por adherencias ya que al no visualizarse haría riesgoso este examen a ciegas.

c) En pacientes portadores de un íctero obstructivo con obstáculo por debajo del confluente, con una vesícula muy dilatada, donde se sospecha hipertensión biliar por el peligro de un cole-peritoneo. Todos los autores reportan este incidente en sus casuísticas³ a veces difícil de prever.

En casos en que sea imprescindible el diagnóstico de estos pacientes, preferimos realizar la punción vesicular a través del parénquima hepático el cual impide la salida de bilis a la cavidad abdominal.

TECNICA

Una vez realizada la laparoscopia y visualizada la vesícula se procede mediante visión directa y deprimiendo con un dedo la pared abdominal, a determinar el punto de entrada de la aguja procurando puncionar la pared vesicular en sentido oblicuo y no perpendicular.

Elegido el punto y previa anestesia local de la zona, se introduce por un ayudante una aguja larga calibre 22, la cual una vez en cavidad abdominal es guiada por la mano del laparoscopista y bajo visión se punciona la vesícula. El punto de entrada en ésta puede ser directamente en su pared o bien en los casos en que esté distendida a través del parénquima hepático cerca de su borde; siempre debe introducirse la aguja con un pequeño golpe seco, sobre todo cuando la vesícula está flácida, ya que la aguja en estos casos puede deprimir su pared y dificultar la entrada.

Una vez realizada la punción vesicular una ayudante adapta una jeringuilla de 20 cc. al extremo de la aguja y hace una aspiración suave saliendo fácilmente la bilis si la aguja está bien colocada, así se extraen varios centímetros cúbicos de bilis que puede utilizarse para examen químico, bacteriológico o citológico. No debe vaciarse por completo la vesícula para evitar que las paredes se adhieran al extremo de la aguja o se colapsen. Se procede entonces a inmovilizar la aguja mediante una pinza pequeña a su sitio de entrada en la pared abdominal fijándola con tiras de esparadrapo.⁶

Se adapta en este momento al extremo de la aguja un catéter de polietileno de 20-30 centímetros de largo y en la extremidad de éste colocamos una jeringuilla, la cual lleva la sustancia colorante (Biligrafina).

En este momento podemos retirar el sistema óptico del laparoscopio y una vez colocada la pantalla fluoroscópica encima de la zona a visualizar se va inyectando lentamente la sustancia colorante y mediante control fluoroscópico se observa su entrada en la vesícula y los conductos biliares, precediéndose a realizar las radiografías que siempre hacemos por acechos.

Una vez que se han pasado 20 cc. de] colorante casi siempre es preciso continuar inyectando suero fisiológico (de 40 a 80 cc.) para permitir la visualización de todo el árbol biliar extra e intrahepático y realizar un verdadero lavado de éste en los casos de bilis espesada.⁵ Durante todo el examen se realizan los acechos necesarios.

Una vez terminado el examen, se introduce de nuevo el laparoscopio y se procede a extraer lo inyectado lentamente dejando la vesícula lo más vacía posible.

En el momento de extraer la aguja de la vesícula bajo el control laparoscópico se va haciendo una aspiración con la jeringuilla, adaptada a su extremidad para evitar la caída de gotas de bilis en la cavidad peritoneal; y si no ha ocurrido ningún trastorno podemos ya retirar el laparoscopio. Las indicaciones al paciente después de este examen son las mismas que para la laparoscopia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La colangiografía laparoscópica constituye un método auxiliar de extraordinario valor en el diagnóstico de las afecciones de las vías biliares y sobre todo en el diagnóstico diferencial entre las hepatitis con colostasis y el íctero obstructivo, donde éste es decisivo para el tratamiento a seguir. Esto adquiere mayor valor como complemento de la laparoscopia en aquellos casos de recién nacidos y lactantes en los cuales el diagnóstico entre una hepatitis y un íctero por agenesia de las vías biliares resulta a veces en extremo difícil y en el que una intervención quirúrgica puede ser mortal.⁵

Hemos comprobado que su valor es superior al de la biopsia hepática, la cual en caso de hepatitis colangiográfica severa puede ofrecernos un falso diagnóstico de obstrucción de causa extrahepática, mientras que la demostración de un árbol biliar normal obtenido mediante la colangiografía laparoscópica es definitiva.

En los casos de ictericia obstructiva permite hacer el diagnóstico topográfico del sitio de la obstrucción, así como el grado de la misma (completa o incompleta) permitiendo conocer también la dilatación de las vías biliares por encima del obstáculo, y en muchos casos el diagnóstico etiológico (litiasis, neoplasia, etcétera),⁴

El riesgo fundamental de este método que es el coleperitoneo puede reducirse a un mínimo si se toman las medidas de precaución necesarias, como es hacer la punción vesicular a través del parénquima hepático y evitando realizarla en caso de vesículas distendidas y a tensión; cuando aún en estos casos hay interés en realizarla preoperatoriamente, deberá hacerse poco tiempo antes de la hora señalada para el acto quirúrgico, lo cual permitirá al cirujano precisar el sitio de la obstrucción sin arriesgar al paciente al posible coleperitoneo, que muchas horas o días después puede establecerse por la presión de las vías biliares dilatadas.

En nuestra experiencia estimamos que con una técnica correcta y un personal adiestrado los riesgos de esta exploración son mínimos. Los pocos casos de coleperitoneo que hemos tenido se han presentado por haberse realizado el acto quirúrgico tardíamente.

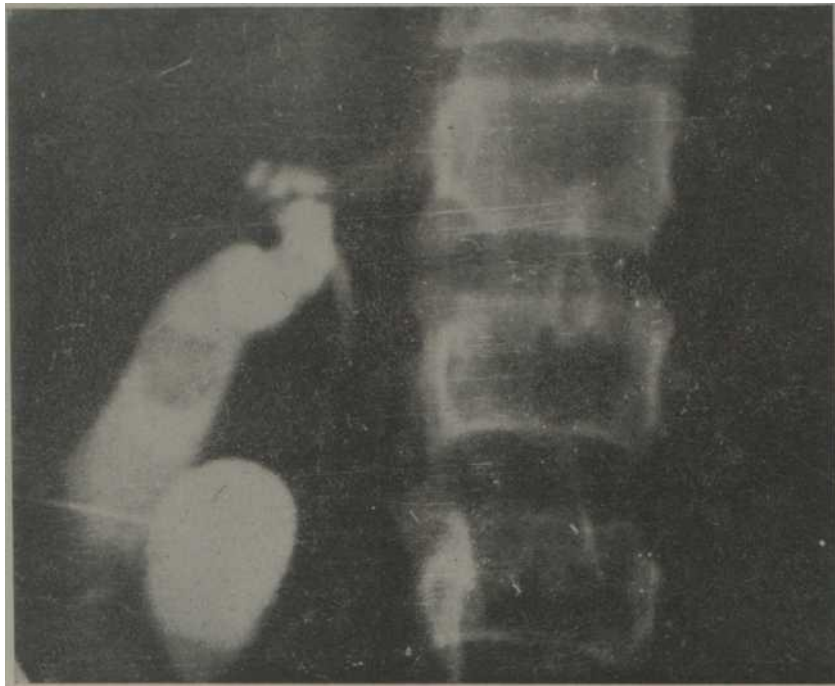


Fig. 1. Vesícula bilobulada y acodada por anomalía con litiasis.

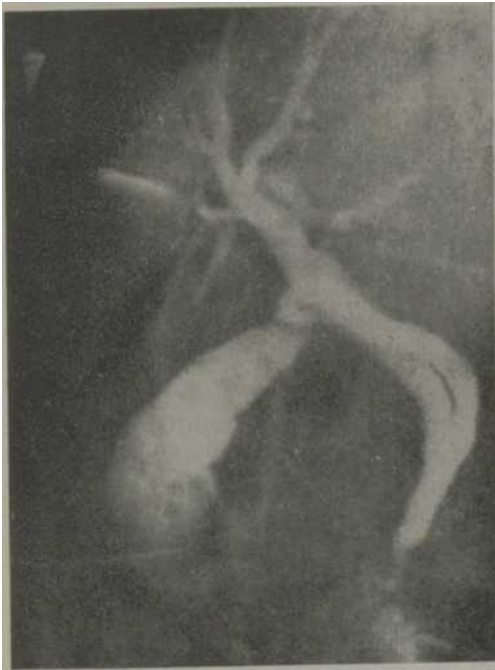


Fig. 2. Litiasis vesicular. Anomalía del cístico y Odditis.

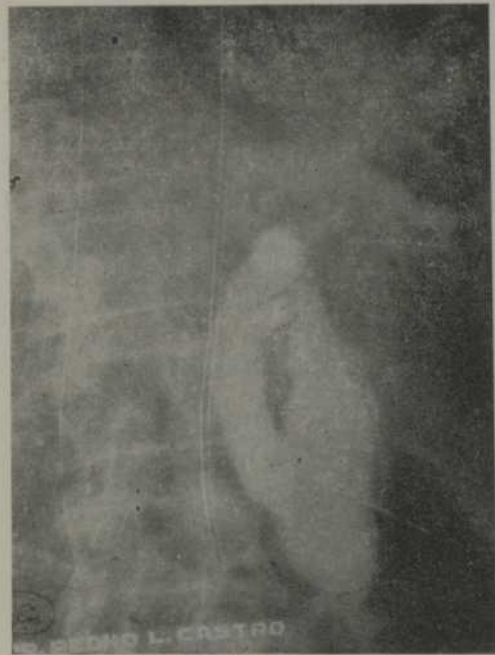


Fig. 3. Ampuloma, Marcada dilatación de vías biliares.



Fig. 4. Neoplasia de cabeza del páncreas. Marcada dilatación de vías biliares.



Fig. 5. Dilatación idiopática del colédoco. Vías biliares intrahepáticas muy finas.

BIBLIOGRAFIA

1. —*Crismer, R.*: Indication et risques de la laparoscopie. *Rev. Med. Liege.* 12: 95, 1957.
2. —*Kalk*: Laparoskopische, ehosysto und cholangiographie. *Dtsch. Med. Wschr.* 77: 590, 1952.
3. —*Lenzi, G. Cavassini, G.*: La Laparoscopie. Masson Edit. Paris, 1960.
4. —*Llanio, R.*: La Laparoscopia. Estudio del método y sus aplicaciones en el diagnóstico de las enfermedades abdominopelvianas. *Rev. Med. Latina.* Enero, Marzo, 1959.
- 5.4.—*Llanio, R. y col.*: La Laparoscopia y Colan- b** giografía Laparoscópica en el diagnóstico del Ictero prolongado del lactante. *Rev. Cub. de Pediatría.* 37: 157. Abril, 1965.
6. —*Llanio, R.*: Comunicación personal.
7. —*Rover*: La colangiografía laparoscópica. Editorial Ateneo. Buenos Aires, 1952.
8. —*Royer, M.*: La colangiografía laparoscópica. V Congreso Panamericano. Gastro-Ent. Memorias, 1956.