

# COLECISTECTOMÍA TRANSVAGINAL ASISTIDA POR MINILAPAROSCOPIA. CON USO DE INSTRUMENTAL CONVENCIONAL. EXPERIENCIA INICIAL

CARABALLO MARÍA\*  
GONZÁLEZ ADALID \*\*  
OTTOLINO PABLO\*\*  
ARISMENDI JUAN\*\*\*  
CABRERA EDWARD\*\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la técnica quirúrgica en la colecistectomía transvaginal sin cicatriz visible con el uso de instrumental laparoscópico convencional, en el Hospital "Dr. Domingo Luciani". Caracas.

**Paciente y método:** Se presenta caso de paciente femenina de 52 años de edad, con litiasis vesicular sintomática a quien se le practica colecistectomía transvaginal.

**Resultados:** Se realizó colecistectomía transvaginal sin complicaciones intraoperatorias. No se administraron analgésicos orales ni parenterales, el alta hospitalaria se dio a las 12 horas del procedimiento. Evolución satisfactoria de la paciente con un seguimiento de 30 días.

**Conclusión:** La cirugía asistida por minilaparoscopia puede considerarse intermedia entre el N.O.T.E.S. y la cirugía laparoscópica. El siguiente caso demuestra la factibilidad y seguridad del procedimiento realizado por cirujanos generales con entrenamiento laparoscópico y con el uso de instrumental convencional.

### Palabras clave

Colecistectomía, transvaginal.

## TRANSVAGINAL CHOLECYSTECTOMY ASSISTED WITH MINILAPAROSCOPY WITH CONVENTIONAL INSTRUMENTS. INITIAL EXPERIENCE

### ABSTRACT

**Objective:** Describe the surgical technique in the transvaginal cholecystectomy without a scar using conventional laparoscopic instruments, in the "Dr. Domingo Luciani" Hospital. Caracas.

\* Cirujano General. Adjunto Servicio CIII HDL.  
\*\* Cirujano General. Adjunto Servicio Cirugía I HDL.  
\*\*\* Residente de Postgrado de Servicio Cirugía III HDL.

**Patient and method:** Presents female patient 52 years old, with symptomatic gallstones who is practicing transvaginal cholecystectomy.

**Results:** Was performed transvaginal cholecystectomy without intraoperative complications. No analgesics were administered oral or parenteral, was discharged at 12 hours of the procedure. There was a satisfactory progress of the patient with a follow up of 30 days.

**Conclusion:** Minilaparoscopy assisted surgery can be considered intermediate between N.O.T.E.S. and laparoscopic surgery. The following case demonstrates the feasibility and safety of the procedure performed by general surgeons with laparoscopic training and the use of conventional instruments.

### Key words

Cholecystectomy, transvaginal.

Desde que fue realizada la primera colecistectomía a través de orificios naturales en humanos han transcurrido varios momentos donde se evalúa constantemente la factibilidad de su realización<sup>(1,2)</sup>; debido a la tecnología necesaria, carente en la mayoría de nuestros centros asistenciales. Por ello surge la técnica intermedia entre el N.O.T.E.S. y la cirugía mínimamente invasiva, una técnica híbrida, conocida como M.A-N.O.S. por sus siglas en inglés, donde se combinan ambas técnicas<sup>(3)</sup>.

Ante la creciente era de la mínima invasión, la vía transvaginal es en la actualidad el abordaje más seguro en vista de que ofrece la menor tasa de complicaciones, además de ser fácilmente reproducible<sup>(4)</sup>. Es por ello que se presenta la experiencia inicial de colecistectomía transvaginal asistida por minilaparoscopia, con el uso de instrumental laparoscópico convencional, en un servicio de cirugía general.

## PACIENTE Y MÉTODO

Se trata de paciente femenina de 39 años de edad quien ingresa al servicio de Cirugía III con el diagnóstico de litiasis vesicular. IMC: 30 (Talla: 152cms), antecedentes de una cesárea segmentaria y ausencia de infección ginecológica.

Mediante anestesia general inhalatoria y previo posicionamiento de la paciente en posición de litotomía, se procedió al sondaje vesical y antisepsia de la pared abdominal y canal vaginal. El equipo quirúrgico se dispuso de la siguiente manera (Figura 1). Se realizó el neumoperitoneo según técnica abierta a través de la cicatriz umbilical, con una presión de 12 mm Hg, con introducción de un trócar de 10 mm. A través del mismo se introdujo un laparoscopio de 10 mm y 30° de 31 cm (estándar) para evaluar la cavidad abdominal. Luego, en posición de Trendelenburg se procedió a la realización de la colpotomía de 1 cm de diámetro en el fondo de saco vaginal posterior (Figura 2) y bajo visión directa con la óptica situada en el puerto umbilical, se introdujo un guiador romo plástico de 10 mm, utilizado tradicionalmente como conductor del trócar de Gotz-Pier (Storz) y luego introducción hacia la pelvis de un trócar de 5-12mm con la ayuda de la guía (Figura 3).

**FIGURA 1**

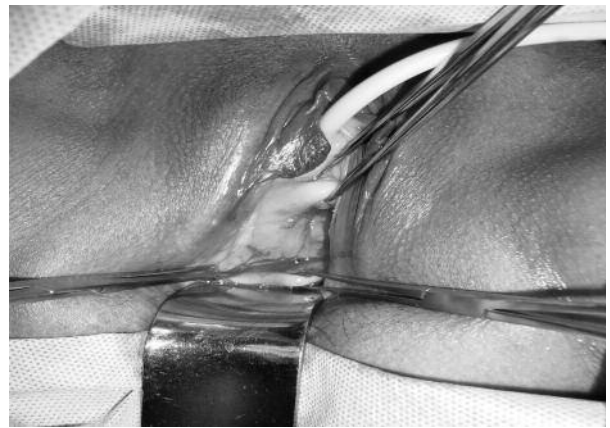
Disposición del equipo quirúrgico



El trócar de 5-12 mm colocado en vagina dio paso al laparoscopio de 30°. A través del trócar umbilical se utilizaron el disector, tijera, gancho de corriente monopolar y clipadora metálica de 10 mm. Una vez corregida la posición de la paciente (Fowler y lateralización a la izquierda) y para facilitar las maniobras de tracción del fondo de vesícula, se utilizó una sutura recta monofilamento transparietal, atravesando la vesícula a manera de rienda<sup>(5,6)</sup> (Figura 4). A través de otro orificio en vagina (sin uso de trócar) se introdujo una pinza de agarre de 5mm para tracción del bacinete y adecuar la exposición del triángulo de Calot (Figura 5).

**FIGURA 2**

Realización de la colpotomía



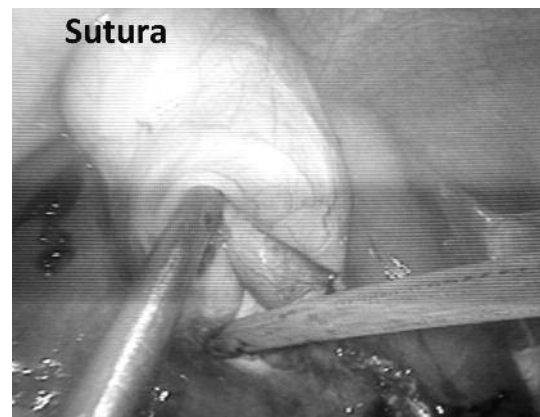
**FIGURA 3**

Introducción de guiador romo de 10 mm por trócar vaginal.



**FIGURA 4**

Referencia del fondo vesicular con sutura monofilamento transparietal.



**FIGURA 5**

Disección del triángulo de Calot



La vesícula fue extraída a través del orificio dejado por el trocar vaginal y la colpotomía fue cerrada con crómico 2-0, por vía inferior (Figura 6).

**FIGURA 6**

Extracción de la pieza quirúrgica

**FIGURA 7**

Aspecto final



## RESULTADOS

Se llevó a cabo la colecistectomía transvaginal asistida por minilaparoscopia descrita anteriormente con éxito.

El tiempo quirúrgico (desde la colocación de los trócares hasta la extracción de la pieza quirúrgica) fue de 70 minutos. La paciente evolucionó satisfactoriamente, no fue necesaria la administración de analgésicos parenterales ni orales y se egresó al cumplir las 12 horas del postoperatorio.

Las evaluaciones postoperatorias se realizaron de forma semanal hasta el cumplimiento de los 30 días, y no se registraron complicaciones.

## DISCUSIÓN

Mientras el cierre hermético y seguro del acceso transgástrico descrito inicialmente en el primer abordaje de N.O.T.E.S. continúe siendo un elemento crítico y difícil, el abordaje transvaginal elimina este problema<sup>(3,4)</sup>. El cierre de la colpotomía se lleva a cabo bajo visión directa con técnicas quirúrgicas estándar.

La cirugía transvaginal no es algo novedoso si tomamos en cuenta que la primera intervención de apendicetomía vaginal; realizada de manera imprevista en el momento de una histerectomía vaginal; fue llevada a cabo por Bueno en 1949<sup>(7)</sup>. La experiencia de los ginecólogos en la realización de procedimientos transvaginales ha mostrado tener un grado aceptable de seguridad, con un riesgo mínimo de infección pélvica<sup>(4)</sup>. Las ventajas adicionales y únicas de la estrategia de técnica híbrida son el acceso directo al (los) órgano(s) afectado (s) localizado(s) en los cuadrantes superiores y el hecho de que a través de la vagina se pueden introducir instrumentos laparoscópico rígidos.

Finalmente, la principal limitación de esta técnica es que se trata de un método con especificidad sexual, y específicamente para pacientes bien seleccionadas con IMC menor de 30, a expensas de la talla baja, por aquello del uso del instrumental quirúrgico laparoscópico convencional, incluida la óptica laparoscópica estándar y no un endoscopio flexible.

Esta técnica intermedia de cirugía minilaparoscópica es aplicable y factible para su realización en nuestros centros hospitalarios, y creemos que debe ser considerada por cirujanos que, como nosotros, estamos iniciando nuestra curva de aprendizaje en abordajes cada vez menos invasivos.

## REFERENCIAS

- Zorrón R, Filgueiras M, Maggioni L, Pombo L, Lopes G, Lacerda A. NOTES transvaginal cholecystectomy: report of the first case. *Surgical Innovation* 2007; 14:278-83.
- Marescaux J, Dallemagne B, Perretta S, Wattiez A, Mutter D, Coumaros D. Report of transluminal cholecystectomy in a human being. *Arch Surg* 2007; 142:823-826.
- Cuesta M, Berends F. The "invisible cholecystectomy": A transumbilical laparoscopic operation without a scar. *Surg Endosc* 2008; 22:1211-1213.
- Zornig C, Emmermann A, Waldenfels H, Mofid H. Laparoscopic cholecystectomy without visible scar: combined transvaginal and transumbilical approach. *Endoscopy* 2007; 39:913-915.
- Dávila F, Dávila U, Montero J, Lemus J, López F, Villegas J, et al. Colectomía laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5mm. *Rev Mex Cir Endosc* 2001; 2:14-16.
- Zamora F, Pérez M, Noya V, González D. Colectomía laparoscópica con un solo puerto visible subxifoideo de 5 mm. Experiencia en Venezuela. *Rev Ven Cir* 2008; 61:119-124.
- Bueno B. Primer caso de apendicectomía por vía vaginal. *Tokoginecol Pract.* 1949; 8:152-154.



# PRÓXIMOS EVENTOS

**XXX Congreso Venezolano de Cirugía**  
10 – 13 de marzo de 2010  
World Trade Center Valencia, Venezuela

**IX Congreso Mundial de la International  
Hepato Pancreato Biliar Association**  
18 - 20 de Abril del 2010  
Hotel Hilton Buenos Aires  
Buenos Aires – Argentina

**IX Congreso Latinoamericano de  
Cirugía Endoscópica ALACE 2010**  
26 – 28 de agosto de 2010  
Hotel Pestana Bahía  
Salvador de Bahía, Brasil

**IXX Annual Meeting & Endo Expo 2010 /  
Society of Laparoendoscopic Surgeons**  
1 – 4 de septiembre de 2010  
Sheraton New York Hotel and Towers  
New York, USA

**IVC Annual Clinical Congress /  
American College of Surgeons**  
3 - 7 de Octubre de 2010  
Washington DC, USA

**LXXXI Congreso Argentino  
de Cirugía**  
31 de octubre – 4 de noviembre de 2010  
Hotel Sheraton Retiro  
Buenos Aires, Argentina

**XIX Congreso Latinoamericano  
de Cirugía / Asociación Mexicana  
de Cirugía General**  
31 de Octubre - 4 de Noviembre del 2011  
Veracruz – México

**XI Congreso Cubano de Cirugía**  
1 – 4 de noviembre de 2010  
Palacio de las Convenciones  
La Habana, Cuba

**XXVIII Congreso Nacional de Cirugía**  
8 – 11 de noviembre de 2010  
Palacio Municipal de Congresos  
Madrid, España

**XXIII Congreso Panamericano  
de Trauma**  
10-13 de noviembre de 2010  
Montevideo, Uruguay