

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido ningún tipo de financiación para la elaboración del presente artículo.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran la ausencia de potenciales conflictos de intereses.

## Referencias

1. Aguirre-Padilla LM, Madrid-Villanueva BE, Ugarte-Olvera ME, Alonso-Soto J. Tuberculosis y enfermedad de Crohn. Desafío en el diagnóstico endoscópico. Reporte de caso. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022;87:113-6. DOI: 10.1016/j.rgmx.2021.02.007.
2. Kedia S, Das P, Madhusudhan KS, et al. Differentiating Crohn's disease from intestinal tuberculosis. *World J Gastroenterol.* 2019;25:418-32, <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v25.i4.418>.
3. Montes-Arcón PS. La visión del patólogo en el diagnóstico diferencial entre la enfermedad de Crohn y la tuberculosis intestinal. *Rev Gastroenterol Mex.* 2022; en prensa. DOI: 10.1016/j.rgmx.2022.03.009.

4. Merino-Gallego E, Gallardo-Sánchez F, Gallego-Rojo FJ. Intestinal tuberculosis and Crohn's disease: The importance and difficulty of a differential diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig.* 2018;110:650-7, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2018.5184/2017>.
5. Lu Y, Chen Y, Peng X, et al. Development and validation of a new algorithm model for differential diagnosis between Crohn's disease and intestinal tuberculosis: A combination of laboratory, imaging and endoscopic characteristics. *BMC Gastroenterol.* 2021;21:291, <http://dx.doi.org/10.1186/s12876-021-01838-x>.

L.M. Aguirre-Padilla\*, B.E. Madrid-Villanueva, M.E. Ugarte-Olvera y J. Alonso-Soto

*Servicio de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, La Habana, Cuba*

\*Autor para correspondencia. Hospital Hermanos Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Departamento de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva. Centro Habana, La Habana, Cuba, 10200. Teléfono: +5356080535. *Correo electrónico: luismarcelo931028@gmail.com* (L.M. Aguirre-Padilla).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2022.06.003>  
0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Sospecha preoperatoria de colecistectomía laparoscópica difícil

### Preoperative suspicion of difficult laparoscopic cholecystectomy

Sr. Editor:

La colecistectomía laparoscópica es la primera opción terapéutica de la enfermedad litiasica de la vesícula biliar. La colecistitis aguda se comporta como un factor de riesgo de complicación en la colecistectomía por laparoscopia y se mantiene como un factor predictivo de conversión a colecistectomía abierta, con una asociación significativa<sup>1</sup>; en estos casos es una alternativa más segura de tratamiento.

Con mucho interés revisé el estudio retrospectivo de casos y controles realizado en una institución de tercer nivel publicado por Morales Maza et al.<sup>2</sup> sobre este controvertido tema sobre conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta; proponen un análisis de factores de riesgo con base en parámetros clínicos, laboratorio y ultrasonido, se concluye que los factores para conversión a colecistectomía abierta son: pacientes con edad mayor de 50 años, pacientes de sexo masculino y hallazgo ecográfico de engrosamiento de pared de vesícula biliar y presencia de líquido pericolecístico; la sensibilidad de la sumatoria de factores de riesgo fue del 84%.



En 2018 al Masri et al.<sup>3</sup> llevaron a cabo un estudio retrospectivo, concluyéndose que las variables predictoras de conversión fueron la edad avanzada, el sexo masculino y la comorbilidades significativas, como enfermedad pulmonar crónica restrictiva u obstructiva y anemia con niveles de hemoglobina menores de 9 g/dl, así como el antecedente de laparotomías previas, con una tasa de conversión del 1,03%. Las causas intraoperatorias más frecuentes mencionadas para la conversión fueron la percepción de una anatomía difícil o una inadecuada visualización de las estructuras debidas a presencia de síndrome adherencial severo o por un proceso inflamatorio significativo. Los pacientes que requirieron conversión permanecieron más días hospitalizados.

En 2019, se llevó a cabo un estudio prospectivo multicéntrico internacional para evaluar un sistema de puntuación intraoperatorio para lograr una clasificación quirúrgica para predecir indicación de conversión de colecistectomía laparoscópica electiva o de urgencia a abierta. La puntuación de gravedad de la colecistitis se centra en 4 componentes: apariencia quirúrgica de la vesícula biliar (grado de adherencias menor o mayor del 50%); vesícula (distendida o contraída, imposibilidad de manipularla sin descomprimirla, cálculo mayor de 1 cm impactado en la bolsa de Hartmann); facilidad de acceso (índice de masa corporal mayor de 30 o limitación por adherencias por cirugía previa) y presencia de sepsis en la cavidad peritoneal (peritonitis biliar o líquido purulento) y presencia de fístula colecisto-entérica. La puntuación total fue de 10 puntos (G10), si el sistema G10 fue menor de 2 se clasificó como vesícula biliar quirúrgica fácil, moderada 2-4 puntos, difícil 5 a 7 puntos, y extrema de 8

a 10 puntos; se encontró que el 22% de los pacientes tenía vesículas biliares quirúrgicas difíciles o extremas. Se convirtieron un 14% de los pacientes, pero la conversión ocurrió en el 33% de los pacientes con puntajes  $G10 \geq 5^4$ .

Ha sido muy difícil desarrollar modelos predictivos de factores de riesgo que permitan identificar a pacientes con mayor riesgo de conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta, se deben correlacionar los factores de riesgo con los hallazgos operatorios que pueden conllevar a esta compleja decisión de convertir una colecistectomía.

## Financiación

El autor manifiesta no haber recibido financiamiento para la realización de este escrito.

## Conflicto de intereses

El autor manifiesta no tener conflicto de intereses.

## Referencias

1. Aldana GE, Martínez LE, Hosman MA, et al. Factores predictores perioperatorios de complicaciones de la colecistectomía por laparoscopia. *Rev Colomb Cir.* 2018;33:162–72, <http://dx.doi.org/10.30944/20117582.58>.

2. Morales-Maza J, Rodríguez-Quintero JH, Santes O, et al. Conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta: análisis de factores de riesgo con base en parámetros clínicos, de laboratorio y de ultrasonido. *Rev Gastroenterol Mex.* 2021;86:363–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2020.07.011>.
3. Al Masri S, Shaib Y, Edelbi M, et al. Predicting conversion from laparoscopic to open cholecystectomy: A single institution retrospective study. *World J Surg.* 2018;42:2373–82, <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-018-4513-1>.
4. Sugrue M, Coccolini F, Bucholz M, et al. Intra-operative gallbladder scoring predicts conversion of laparoscopic to open cholecystectomy: A WSES prospective collaborative study. *World J Emerg Surg.* 2019;14:12, <http://dx.doi.org/10.1186/s13017-019-0230-9>.

C.B. Sánchez-Luque\*

*Servicio de Gastroenterología, Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario Fundación Santafé, Bogotá D.C., Colombia*

\* Autor para correspondencia. Dirección Calle 23 # 66-46 Oficina 808. Bogotá D.C. Colombia. Teléfono: 5713104882087. Correo electrónico: [carlosbsanchez938@gmail.com](mailto:carlosbsanchez938@gmail.com)

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.06.004>  
0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Respuesta a C.B. Sánchez-Luque «Sospecha preoperatoria de colecistectomía laparoscópica difícil»



### Response to Sánchez-Luque regarding «Preoperative suspicion of difficult laparoscopic cholecystectomy»

Hemos leído con gran interés la carta escrita por C.B. Sánchez-Luque en donde hace referencia a nuestro artículo publicado recientemente en el volumen 86 de la *Revista de Gastroenterología de México*<sup>1</sup>.

Como bien menciona el autor<sup>2</sup>, la colecistitis aguda es reconocida como un factor predictivo de presentar complicaciones durante una colecistectomía laparoscópica, de cirugía «difícil» y predictor de conversión a cirugía abierta en diversos estudios observacionales<sup>3</sup>.

Sánchez-Luque también menciona que la colecistectomía abierta puede ser una alternativa más segura de tratamiento en estos casos. Sin embargo, esta afirmación abre un tema de debate que ha sido tópico de controversia en los foros internacionales actuales, pues las estrategias de entrenamiento de los programas de residencia de cirugía general han cambiado de manera significativa a través de los años, y que con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión, considerada como el estándar de oro hoy en día, el número de colecistectomías abiertas que realiza un residente de cirugía general en un programa académico es limitado, y en algunos casos no se acerca ni a la décima parte del número total

de casos laparoscópicos con los que se gradúa<sup>4,5</sup>. Además, con la introducción de nuevas tecnologías como la cirugía robótica, hemos encontrado reportes de programas de entrenamiento en donde los residentes se gradúan incluso con más colecistectomías robóticas que abiertas<sup>6</sup>. Si bien esto puede no representar la situación actual que se vive en algunos países de Latinoamérica, y posiblemente nos hable más de un problema del «primer mundo», será cuestión de tiempo para que los cirujanos jóvenes de nuestro país se vean en la misma situación a medida que la infraestructura hospitalaria continúe desarrollándose.

El hecho de que las nuevas generaciones de cirujanos desarrollen habilidades mínimamente invasivas más avanzadas durante su entrenamiento, ha dado pie a cuestionar que el manejo más adecuado ante una colecistectomía difícil sea necesariamente la conversión a cirugía abierta, ya que en la actualidad realizar un procedimiento de «*bail-out*», como la colecistectomía subtotal, fenestrada o reconstitutiva, ha demostrado mantener las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva con resultados similares en cuanto a tasa de complicaciones, pero con una mejor calidad de vida a largo plazo en comparación con la conversión a cirugía abierta en casos de colecistitis técnicamente difíciles<sup>7,8</sup>. Sin embargo, hasta este momento los resultados disponibles provienen únicamente de estudios retrospectivos, lo que abre una puerta de oportunidad para realizar estudios prospectivos aleatorizados que permitan definir las ventajas de una técnica sobre la otra<sup>9</sup>.

Actualmente, nuestro grupo se encuentra trabajando en la validación de los factores de riesgo descritos para