



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar (Revisión)

Vettoretto N, Arezzo A, Famiglietti F, Cirocchi R, Moja L, Morino M

Vettoretto N, Arezzo A, Famiglietti F, Cirocchi R, Moja L, Morino M.

Laparoscopic-endoscopic rendezvous versus preoperative endoscopic sphincterotomy in people undergoing laparoscopic cholecystectomy for stones in the gallbladder and bile duct

(Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar).

*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD010507.

DOI: [10.1002/14651858.CD010507.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010507.pub2).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar (Revisión)

**WILEY**

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

[Revisión de intervención]

# Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar

Nereo Vettoretto<sup>1</sup>, Alberto Arezzo<sup>2</sup>, Federico Famiglietti<sup>3</sup>, Roberto Ciocchi<sup>4</sup>, Lorenzo Moja<sup>5</sup>, Mario Morino<sup>6</sup>

<sup>1</sup>General Surgery Montichiari, ASST Spedali Civili Brescia, Chiari (BS), Italy. <sup>2</sup>Department of Surgical Sciences, University of Torino, Turin, Italy. <sup>3</sup>Department of Surgery, Centre Hospitalier Régional (CHR) Mons-Hainaut, Mons, Belgium. <sup>4</sup>Department of General Surgery, University of Perugia, Terni, Italy. <sup>5</sup>Department of Biomedical Sciences for Health, University of Milan, Milan, Switzerland. <sup>6</sup>Digestive and Colorectal Surgery, Centre for Minimally Invasive Surgery, University of Turin, Turin, Italy

**Dirección de contacto:** Nereo Vettoretto, General Surgery Montichiari, ASST Spedali Civili Brescia, v.le Mazzini 4, Chiari (BS), 25032, Italy. [nereovet@gmail.com](mailto:nereovet@gmail.com).

**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane Hepatobiliar.

**Estado y fecha de publicación:** Nueva, publicada en el número 4, 2018.

**Referencia:** Vettoretto N, Arezzo A, Famiglietti F, Ciocchi R, Moja L, Morino M. Laparoscopic-endoscopic rendezvous versus preoperative endoscopic sphincterotomy in people undergoing laparoscopic cholecystectomy for stones in the gallbladder and bile duct (Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 4. Art. No.: CD010507. DOI: [10.1002/14651858.CD010507.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010507.pub2).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

El tratamiento de los cálculos de la vesícula biliar (litiasis) concomitante con los cálculos del conducto biliar es polémico. El enfoque más frecuente es un procedimiento en dos estadios, con esfinterotomía endoscópica y extracción de los cálculos del conducto biliar seguido de la colecistectomía laparoscópica. La técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica combina las dos técnicas en un procedimiento de único estadio.

### Objetivos

Comparar los efectos beneficiosos y perjudiciales de la esfinterotomía endoscópica y la extracción de los cálculos seguidas de la colecistectomía laparoscópica (técnica de "rendezvous" de único estadio) versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria seguida de la colecistectomía laparoscópica (dos estadios) en pacientes con cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar común.

### Métodos de búsqueda

Se hicieron búsquedas en el registro de ensayos controlados del Grupo Cochrane Hepatobiliar (Cochrane Hepato-Biliary Group Controlled Trials Register), CENTRAL, MEDLINE Ovid, Embase Ovid, Science Citation Index Expanded Web of Science, y en dos registros de ensayos (febrero 2017).

### Criterios de selección

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorios que habían reclutado a pacientes con cálculos de la vesícula biliar y del conducto biliar concomitantes, de forma independiente del estado clínico o la revisión de diagnóstico, y en comparación con procedimientos realizados con la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica. Se excluyeron otros métodos endoscópicos o quirúrgicos de depuración intraoperatoria del conducto biliar,

pej. colangiopancreatografía retrógrada endoscópica intraoperatoria no asistida o coledocolitotomía laparoscópica (incisión quirúrgica del conducto biliar común para la extracción de los cálculos del conducto biliar).

### Obtención y análisis de los datos

Se utilizaron los procedimientos metodológicos estándar recomendados por la Colaboración Cochrane.

### Resultados principales

Se incluyeron cinco ensayos clínicos aleatorios con 517 participantes (257 sometidos a una técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus 260 sometidos a un enfoque secuencial), que cumplieron con los criterios de inclusión y proporcionaron datos para el análisis. Los participantes del ensayo fueron programados para la colecistectomía laparoscópica debido a la sospecha de colecisto-coledocolitiasis. El cociente hombre/mujer fue de 0,7; la edad de los hombres y las mujeres varió de 21 años a 87 años. Los períodos de pre inclusión y de seguimiento de los ensayos variaron de 32 meses a 84 meses. En términos generales, los cinco ensayos se consideraron en alto riesgo de sesgo. Aunque todos los ensayos midieron la mortalidad, hubo sólo una muerte informada en un ensayo, en el grupo de técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica (evidencia de baja calidad). La morbilidad general (morbilidad quirúrgica más morbilidad general) puede ser inferior con técnica de "rendezvous" laparoscópica (CR 0,59; IC del 95%: 0,29 a 1,20; participantes = 434; ensayos = 4;  $I^2 = 28\%$ ; evidencia de baja calidad); el efecto fue un poco más certero al utilizar un modelo de efectos fijos (CR 0,56; IC del 95%: 0,32 a 0,99). Hubo evidencia insuficiente para determinar los efectos de los dos enfoques sobre el fracaso de la depuración primaria del conducto biliar (CR 0,55; IC del 95%: 0,22 a 1,38; participantes = 517; ensayos = 5;  $I^2 = 58\%$ ; evidencia de muy baja calidad). Los efectos de cualquiera de los enfoques sobre la pancreatitis clínica posoperatoria fueron poco claros (CR 0,29; IC del 95%: 0,07 a 1,12; participantes = 517, ensayos = 5;  $I^2 = 24\%$ ; evidencia de baja calidad). La estancia hospitalaria pareció ser inferior en el grupo de técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica en alrededor de tres días (IC del 95%: 3,51 a 2,50 días más corta; 515 participantes en cinco ensayos; evidencia de baja calidad). Hubo evidencia de muy baja calidad que sugirió un tiempo quirúrgico más largo con la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica (DM 34,07 minutos, IC del 95%: 11,41 a 56,74; participantes = 313; ensayos = 3;  $I^2 = 93\%$ ). Los Análisis Secuenciales de Ensayos del tiempo quirúrgico y la duración de la estancia hospitalaria indicaron que todos los ensayos cruzaron los límites convencionales, lo cual sugiere que los tamaños de la muestra fueron adecuados, con un riesgo bajo de errores aleatorios.

### Conclusiones de los autores

Hubo evidencia insuficiente para determinar los efectos de la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus técnicas de esfinterotomía endoscópica preoperatorias en los pacientes sometidos a la colecistectomía laparoscópica sobre la mortalidad y la morbilidad. El procedimiento de la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica puede dar lugar a un tiempo quirúrgico más prolongado, aunque puede reducir la duración de la estancia hospitalaria en comparación con la esfinterotomía endoscópica preoperatoria seguida de la colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, no pudo establecerse ninguna conclusión firme debido a que la calidad de la evidencia fue baja o muy baja. Si se confirman en los ensayos futuros, estos datos podrían rediseñar el escenario del tratamiento de este trastorno, aunque se requeriría un mayor esfuerzo institucional. Los ensayos futuros también deben considerar temas como la calidad de vida y el análisis de costos.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica o esfinterotomía endoscópica preoperatoria antes de la extracción de la vesícula biliar por cálculos en la vesícula biliar o el conducto biliar

#### Antecedentes

Sólo una de cada cinco a diez personas que experimentan dolor abdominal tipo cólicos tiene cálculos en la vesícula biliar o el conducto biliar común. Estos cálculos biliares pueden dar lugar a colecistitis (inflamación de la vesícula biliar), colangitis (infección del conducto biliar), absceso hepático (absceso en el hígado) o pancreatitis aguda (infección del páncreas).

Hay diferentes técnicas usadas para extraer los cálculos; laparotomía estándar (incisión en el abdomen), cirugía laparoscópica y cirugía endoscópica. La intervención quirúrgica laparoscópica, también llamada cirugía mínimamente invasiva, es una técnica quirúrgica moderna, en la cual las cirugías abdominales son realizadas a través de instrumentos alargados y rígidos, insertados a través de incisiones pequeñas (por lo general de 0,5 a 1,2 cm) en la pared abdominal. La endoscopia es un término más general, que describe una técnica que le permite al médico examinar el interior de un órgano hueco, al insertar un instrumento, generalmente flexible, a través de las aberturas corporales naturales. Para los cálculos biliares, la endoscopia se realiza pasando un endoscopio, con una luz, a través de la boca y hacia abajo a través del tracto digestivo. El médico puede ver donde el tracto biliar (hígado, conducto biliar y páncreas) alcanza el duodeno (comienzo del intestino delgado), lo cual hace más fácil pasar un tubo, a través del cual pueden extraerse los cálculos. La inyección de un medio de contraste radiológico realza los conductos biliares y su contenido. Este procedimiento se llama colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Si la cirugía laparoscópica está contraindicada se realiza una laparotomía. De lo contrario, el procedimiento incluye dos estadios: primero, la extracción endoscópica de los cálculos del conducto biliar, seguida de la colecistectomía laparoscópica (extracción de la vesícula biliar). Existe un procedimiento endoscópico y laparoscópico combinado, llamado técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica, que se ha asociado con menos efectos adversos, menos malestar para el paciente y una estancia hospitalaria más corta.

**Técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica para los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar (Revisión)**

2

## Características de los estudios

Esta revisión comparó los efectos beneficiosos y perjudiciales de la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica versus esfinterotomía endoscópica preoperatoria (corte del músculo entre los conductos biliares y pancreáticos) seguida de la colecistectomía laparoscópica para extraer los cálculos de la vesícula biliar y el conducto biliar. Al efectuar búsquedas en las bases de datos científicas y los registros de ensayos, se encontraron cinco ensayos clínicos aleatorios que compararon los dos enfoques e incluyeron a un total de 516 participantes. La mayoría de los participantes eran mujeres y la edad de hombres y mujeres oscilaba entre 21 años y 87 años.

## Financiación

Sólo un ensayo declaró que no había recibido patrocinio de la industria ni otro apoyo con fines de lucro. Ninguno de los otros ensayos reveló información sobre la financiación. Tres ensayos declararon que los investigadores no tenían ningún conflicto de intereses; los otros dos ensayos no proporcionaron información sobre los conflictos de intereses.

## Resultados clave

El enfoque de la técnica de "rendezvous" laparoscópica-endoscópica podría asociarse con una tasa inferior de morbilidad general y de pancreatitis clínica posoperatoria, y una estancia más corta en el hospital. No se encontró ninguna diferencia clara en la mortalidad general entre las dos técnicas. El tiempo quirúrgico total fue más largo con el enfoque de "rendezvous".

No se pudieron extraer conclusiones firmes debido a la falta de datos. Se necesita investigación adicional para confirmar si el enfoque de único estadio es más seguro y más efectivo que el enfoque en dos estadios, y para considerar otros temas importantes, como la calidad de vida y el análisis de costos.

## Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia fue baja o muy baja, debido al pequeño número de participantes, el alto riesgo de sesgo y los resultados inconsistentes e imprecisos en los ensayos. La evidencia está actualizada hasta febrero de 2017.