



P-543 - COLECISTITIS AGUDA TRATADA CON COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA REALIZADA POR EL CIRUJANO: EVOLUCIÓN INMEDIATA Y TARDÍA

Flores Funes, Diego¹; López Soler, Patricia²; Guillén Paredes, María Pilar¹; Jiménez Ballester, Miguel Ángel¹; Martínez Fernández, Josefa¹; Pardo García, José Luis¹

¹Hospital Comarcal del Noroeste de la Región de Murcia, Caravaca de la Cruz; ²Universidad de Murcia, Murcia.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda (CA) es una inflamación de la vesícula biliar. El tratamiento de elección es la colecistectomía, pero en pacientes con alto riesgo quirúrgico, se opta por una alternativa como el tratamiento conservador (TC) o la colecistostomía percutánea (CP). La CP consiste en drenar el contenido biliar al exterior, mediante un catéter en la luz vesicular. El principal problema de la CP es su falta de disponibilidad en todos los hospitales, debido a la ausencia de radiólogos intervencionistas especialmente en los centros periféricos, lo que obliga a su realización por parte del cirujano con formación específica previa en procedimientos ecoguiados.

Objetivos: Determinar la eficacia y seguridad de la CP realizada por cirujanos en relación con el TC en pacientes con CA y alto riesgo quirúrgico, así como valorar la necesidad de colecistectomía electiva posterior en función de la tasa de recidiva de la CA.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes con CA tratados en un hospital comarcal sin disponibilidad de radiología intervencionista desde enero de 2019 a marzo de 2022. Se incluyeron aquellos enfermos que presentaron una CA asociada a un ASA > III o Charlson > 5, y se dividieron en aquellos tratados con CP (Grupo 1) y con TC (Grupo 2). Se estudiaron y compararon las variables relacionadas con: tasa de éxito, dificultades técnicas, complicaciones, morbimortalidad, y colecistectomía electiva.

Resultados: Se incluyeron 55 pacientes, de los cuales 10 (18,2%) fueron tratados con CP, y 45 (81,5%) con TC. De los pacientes con CP ninguno de ellos presentó sangrado ni fuga biliar durante el proceso, ni precisaron cirugía urgente, en contraposición a los pacientes con TC (32,6% necesitaron actitud adicional). La mortalidad global fue del 18,2% de los pacientes, sin diferencias significativas entre ambos grupos (Grupo 1: 3 (30%); Grupo 2: 7 (15,6%); valor p = 0,284). 6 (14,6%) de los pacientes padecieron un nuevo episodio de CA posterior. Se realizó una colecistectomía diferida electiva a las 6-8 semanas del episodio de CA a 8 pacientes (16,7%). De esos 8 pacientes intervenidos, 1 (12,5%) padeció una complicación durante la misma, sin mortalidad asociada a dicha intervención.

Conclusiones: La CP es un procedimiento efectivo, que reduce la necesidad de colecistectomía urgente en pacientes con alto riesgo quirúrgico, y que realizada por cirujanos es una técnica factible y segura. La colecistectomía diferida electiva es recomendable debido al riesgo de recidivas

independientemente del tratamiento agudo, si la situación basal del paciente lo permite.