



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-203 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LAS COLECISTOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS. ¿PUNCIÓN Y NOS OLVIDAMOS?

Toledo Martínez, Enrique; Magadán Álvarez, Cristina; del Castillo Criado, Álvaro; García Somacarrera, Elena; Gil Manrique, Carolina; Fernández Santiago, Roberto; Castillo Suescun, Federico; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: A pesar de que el tratamiento de elección de las colecistitis agudas es la colecistectomía urgente en pacientes con elevado riesgo quirúrgico, en algunos casos se opta por la colecistostomía percutánea (CPC). En los casos en los que no se realiza colecistectomía diferida pueden producirse nuevos eventos como recidiva de la colecistitis, coledocolitiasis o pancreatitis. Este trabajo tiene por objetivo el seguimiento de dichos pacientes, evaluar las recidivas biliares tras colecistostomía y si la realización de colecistectomía diferida reduce las complicaciones.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo en un hospital de 3^{er} nivel de todos los pacientes con colecistitis aguda litiásica a los que se indicó como tratamiento inicial mediante antibioterapia y colecistostomía percutánea eco-guiada desde agosto de 2005 hasta diciembre de 2014. El riesgo quirúrgico se estimó mediante la clasificación ASA y el índice de Charlson (IC). Se realiza un seguimiento posterior con registro de nuevos eventos biliares, posible colecistectomía programada, CPRE y/o exitus. Tanto la realización de la colecistostomía como la cirugía de intervalo, definida como aquella programada tras el alta del paciente, son indicadas de manera individual por su cirujano responsable. Se analizan 109 pacientes con un 78,9% de resolución satisfactoria del cuadro, mientras que 15,6% precisaron de cirugía urgente durante el ingreso. La estancia media fue de 16,9 días. La mortalidad total fue del 14,7%. 8 pacientes (7,3%) sufren complicaciones de la técnica, con 4 bilomas, 3 retiradas involuntarias y 1 sangrado hepático que precisa cirugía.

Resultados: De los 93 pacientes dados de alta, 7 (7,5%) habían sido colecistectomizados durante el ingreso y 12 se intervienen de forma programada con una media de días hasta la cirugía de 146,6 ($\sigma = 126,9$), realizándose de forma abierta en 4 pacientes, laparoscópica en 8, con necesidad de conversión en 3 de ellos. La media de estancia es de 4,1 días, con 8 pacientes sin complicaciones, 4 complicaciones Clavien I, una Clavien II y otra Clavien IIIb. 26 de los 66 pacientes no intervenidos (39,4%) sufren al menos un evento biliar tras el ingreso, principalmente recidivas de su colecistitis (17), además de 6 coledocolitiasis y 3 pancreatitis, presentándose de media a los 8,3 ($\sigma = 1,9$) meses con una mediana de 4. Entre los colecistectomizados únicamente se observa un paciente con coledocolitiasis (8,3%) ($p = 0,033$), siendo el riesgo relativo de sufrir un evento biliar 7,14 veces menor. Comparados los pacientes colecistectomizados de forma diferida con los no intervenidos, observamos menor edad, 72,1 vs 80,6 ($p = 0,007$), e IC: 5,8 vs 7,5 ($p = 0,012$), sin diferencias estadísticas en cuando a sexo, ASA, hipertensión, diabetes o gravedad de la colecistitis previa.

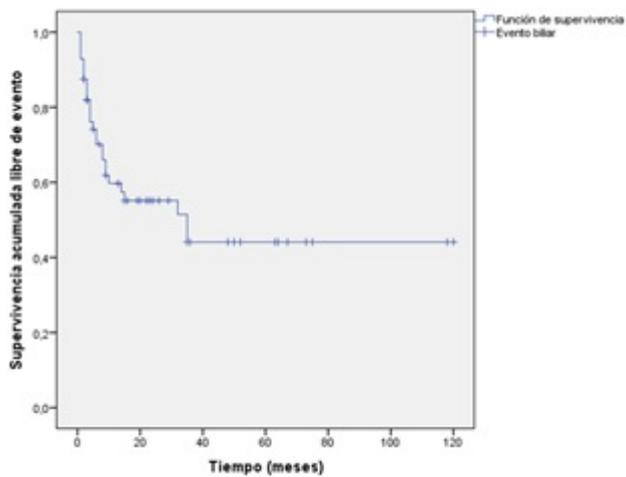


Figura 2. Supervivencia libre de evento biliar en pacientes colecistostomizados sin cirugía de intervalo (n=66).

Conclusiones: El aumento de la esperanza y calidad de vida hacen que la supervivencia tras la colecistostomía sea larga y las recidivas muy frecuentes; además, si añadimos la mejora de la experiencia quirúrgico-anestésica parece claro el beneficio clínico en la realización de la colecistectomía. A falta de estudios que establezcan valores predictivos para la toma de decisiones, ésta recae sobre el cirujano; debiendo planificar la resolución final del cuadro y las posibilidades quirúrgicas del paciente.