



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-693 - MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA TRATADOS MEDIANTE COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA

Crespo Crespo, Vanesa; Gonzales Aguilar, Jhonny David; Morandeira Rivas, Antonio; Bares Fernández, Ignacio; López Saiz, María; Riquelme Gaona, Jerónimo; Rojas de la Serna, Gabriela; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Objetivos: La colecistectomía es el tratamiento definitivo para la colecistitis aguda, pero en pacientes de alto riesgo quirúrgico o sepsis grave la tasa de mortalidad llega hasta el 28%. En este tipo de pacientes, la colecistostomía percutánea es otra opción terapéutica a considerar. Nuestro objetivo es analizar la morbimortalidad de los pacientes tratados con colecistostomía percutánea en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con colecistitis aguda a los que se les realizó una colecistostomía percutánea entre enero de 2013 y enero de 2017. Se recogieron las principales características de los pacientes, así como el riesgo anestésico de los mismos. En todos los casos se realizó una prueba de imagen para confirmar el diagnóstico y poder evaluar la gravedad de la colecistitis según la escala de Tokio. Se analizó el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la colocación del catéter, la estancia hospitalaria y el tiempo que el paciente estuvo con la colecistostomía. El hematoma, el coleperitoneo y la obstrucción del drenaje se consideraron complicaciones a corto plazo tras la realización del procedimiento. Se evaluó la aparición de un nuevo episodio de colecistitis, los abscesos y los casos en los que se decidió realizar una colecistectomía diferida.

Resultados: En el período de estudio, la colecistostomía percutánea se realizó en 12 pacientes (7 mujeres) con una mediana de edad de 85 años (RI 75-88). El riesgo anestésico fue alto (ASA III-IV) en 91,6% de los pacientes, presentando 5 de ellos deterioro cognitivo (escala GDS) y 4 una dependencia grave (escala de Barthel). La prueba de imagen más utilizada para la confirmación diagnóstica fue la ecografía (7 pacientes) seguida del TC. El 58,3% de los pacientes presentaba una colecistitis grave según la escala de Tokio y la mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta la colocación del catéter fue de 1 día (RI 0-1). Durante el ingreso hospitalario, un paciente falleció por empeoramiento de la sepsis a las pocas horas de realizar la colecistostomía y otro paciente murió a causa de un ictus isquémico. No se evidenciaron complicaciones a corto plazo, pero sí un empeoramiento clínico y analítico en 2 de los pacientes a los que se les realizó la colecistostomía, los cuales fueron operados de urgencia. La mediana de la estancia hospitalaria fue 9 días (RI 7-10). El período de seguimiento en consultas fue de 15 meses, sin evidenciarse en ningún paciente, un nuevo episodio de colecistitis ni presencia de abscesos. La mediana de tiempo que los pacientes tuvieron el catéter fue 40 días (RI 15-63). La colecistectomía diferida se realizó en 3 pacientes al haber

disminuido el riesgo anestésico, a los 3 meses de la retirada de la colecistostomía.

Conclusiones: La colecistostomía percutánea es una alternativa factible en pacientes de alto riesgo quirúrgico o con una colecistitis grado III según la clasificación de Tokio. En casos seleccionados, puede considerarse como tratamiento puente para mejorar el estado del paciente y posteriormente realizar la colecistectomía.