



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-257 - MANEJO DE LA COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN UN HOSPITAL GENERAL DE ESPECIALIDADES: ¿LO ESTAMOS HACIENDO BIEN?

Mestre Ponce, Carmen; Domínguez Segovia, Marta; Barrionuevo Gálvez, Miguel; Arroyo Vélez, José Luis; Hendelmeier, Alicia; Murube Algarra, Carmen; de La Vega Olías, María del Coral; Vega Ruiz, Vicente

Hospital Universitario de Puerto Real, Puerto Real.

Resumen

Introducción: La causa más frecuente de colecistitis aguda es la colelitiasis (90%). Afecta al 20% de la población en países desarrollados, constituyendo la primera causa de ingreso en Europa por trastornos digestivos. El tratamiento de elección es la colecistectomía. La colecistostomía percutánea está indicada en la colecistitis aguda litiásica como tratamiento inicial de pacientes sépticos o críticos (grado III) de alto riesgo quirúrgico (ASA > II o índice de comorbilidad de Charlson > 3) o aquellos que presentan factores predictivos negativos (disfunción neurológica, respiratoria, renal y cardiovascular refractarias o bilirrubina total > 2). En el caso de los grados I y II puede optarse por la colecistostomía ante la ausencia de mejoría clínica o evolución desfavorable tras 48-72 h de manejo solo con antibioterapia en pacientes con CCI > 5 o ASA > II.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo observacional descriptivo entre los años 2016 y 2021 en un Hospital General de Especialidades, incluyendo todos los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, ingresados en cualquier servicio, a los que se les realizó colecistostomía percutánea.

Resultados: Se incluye un total de 99 pacientes, 39 mujeres y 60 hombres, con 75 años de edad promedio (31-91 años). El diagnóstico principal es de colecistitis aguda litiásica en el 100% de los casos, asociando colangitis en un 7,1% (2 de estos pacientes, además, con pancreatitis). El 69,4% corresponden a Tokyo I y II con CCI > 5 en el 29,4%; un 30,6% se categorizan como Tokyo III con CCI > 3 en el 80%. El promedio de días de hospitalización previos al intervencionismo es de 4; manteniéndose el catéter una media de 30 días hasta su retirada, efectuada en su mayoría tras el alta con colangiografía transcatéter previa en el 15,2% o colangiografía RM en el mismo porcentaje. La media de tiempo de hospitalización es de 14 días, con una tasa de reingreso del 27,3%. En un caso se realiza cirugía de urgencias, mientras que en el 16,2% se realizan cirugías diferidas con 6,67 meses de demora en promedio. La mortalidad es del 10,1%.

Conclusiones: En los últimos años hemos objetivado en nuestro centro un aumento progresivo de las colecistostomías percutáneas. En este contexto, este estudio nace de nuestra inquietud por conocer cuáles son las indicaciones, el manejo y los resultados de dicho procedimiento. Se trata de una iniciativa congruente con la crítica constructiva y con la búsqueda de áreas de mejora, apoyada en la Medicina Basada en la Evidencia. De los pacientes sometidos a colecistostomías clasificados

como Tokyo I y II, el 70,6% presentan un CCI ≤ 5 . Por su parte, se está comenzando a protocolizar en este centro el uso de la conlangiografía transcatéter previa a la retirada del mismo. Los problemas que la práctica actual nos plantea se traducen en una mayor estancia hospitalaria y un riesgo no despreciable de recurrencia, evidenciado en una tasa de reingreso de más del 25%. Así, en base a la evidencia científica actual, debemos hacer especial hincapié en la indicación del procedimiento y en la realización de pruebas complementarias previas a la retirada del catéter.