



## P-629 - ANÁLISIS DE INDICACIONES DE COLECISTOSTOMÍAS PERCUTÁNEAS EN COLECISTITIS AGUDAS EN NUESTRO HOSPITAL. EVALUACIÓN DE INDICACIONES REALIZADAS SEGÚN CRITERIOS DE TOKYO 2018

Rodríguez González, Pablo; Pérez Quintero, Rocío; Martínez Mojarro, Rocío; González Minchón, Jose Antonio; Beltrán Miranda, Pablo; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Objetivos:** En el tratamiento de la colecistitis aguda (CA), la colecistostomía ha demostrado ser una técnica terapéutica segura y eficaz como alternativa a la colecistectomía en determinadas situaciones. Su rol está definido en protocolos como las guías de Tokyo, que desde 2007 publican el manejo consensuado de esta patología. En la última actualización de 2018 se añade un parámetro fundamental como es la comorbilidad subyacente, indicándose la colecistostomía en CA de moderadas a graves en pacientes con un riesgo quirúrgico-anestésico inasumible. El objetivo de este estudio es analizar las indicaciones de las colecistostomías efectuadas en nuestro centro en el año 2021 y comprobar si se han realizado conforme a los criterios de Tokyo 2018.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de los pacientes con CA tratados mediante colecistostomía percutánea en nuestro centro durante el año 2021. Se recogen variables como la edad, enfermedades de base y las variables contempladas en las guías de Tokyo 2018: grado de colecistitis (I leve; II moderada; III severa), repercusión orgánica, respuesta o no a tratamiento antibiótico/soporte, tiempo desde el diagnóstico a la colecistostomía, el score de la American Society of Anesthetist (ASA) y el índice de comorbilidad de Charlson (CCI). Por último, se recoge la mortalidad a 30 días y el tratamiento posterior.

**Resultados:** De un total de 120 pacientes con CA, 9 fueron tratados mediante colecistostomía percutánea. Mediana de edad: 76 años. Toda la serie tiene  $\geq 1$  factor de riesgo cardiovascular; 5/9 son cardiopatas; 2/9 nefrópatas y 2/9 broncopatas. Del score ASA, 6/9 pacientes son ASA IV y 3/9 ASA III. Todos los pacientes presentan un CCI con puntuación  $\geq 4$ , con una media de 6,33. Referente al grado de CA, 6/9 son grado II y 3/9 grado III. Se indicó la colecistostomía a todos los grados II por fracaso en tratamiento antibiótico y de soporte asociado con un ASA  $\geq 3$  y/o CCI  $\geq 6$ . En los grado III se indicó la colecistostomía en todos los pacientes por persistencia de su disfunción renal (creatinina sérica  $> 2$  mg/dL), en 1 paciente asociado con niveles de bilirrubina sérica  $> 2$  mg/dL. Mediana de tiempo transcurrido hasta la colecistostomía: 48 h. Mortalidad a 30 días en 3/9 pacientes, todos por fracaso hemodinámico o respiratorio en contexto de la colecistitis. Ninguna de las causas relacionadas con la colecistostomía. Se realiza colecistectomía urgente a 1 paciente por biliperitoneo tras retirada de catéter. No se efectúa colecistectomía diferida al resto de la serie, bien por negativa del propio paciente o por ser ASA IV y no presentar recurrencias en el momento actual.

**Conclusiones:** La indicación de colecistostomía percutánea en nuestro centro es conforme con el protocolo de las guías Tokyo 2018, que engloba tanto la severidad del cuadro como la comorbilidad del paciente para ofrecer el mejor resultado. Pese a esto, se trata de pacientes frágiles y pluripatológicos por lo que la mortalidad es elevada. A esto se suma que generalmente no puede ofrecerse una cirugía diferida al preservar un riesgo anestésico elevado, por lo que el seguimiento ambulatorio es fundamental en estos pacientes.