



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

12 - EFICACIA Y SEGURIDAD DEL RENDEZ-VOUS LAPAROENDOSCÓPICO PARA EL MANEJO DE COLEDOLITIASIS EN NUESTRO MEDIO

J.A. Vázquez Rodríguez, C. Molina Villalba, E. Merino Gallego, F. Gallardo Sánchez y F.J. Gallego Rojo

Hospital de Poniente, El Ejido.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la cole-coledocolitiasis en dos tiempos (CPRE y posterior colecistectomía) es el más extendido en la mayoría de los centros hospitalarios. El abordaje laparoendoscópico de la vía biliar en el mismo acto médico (rendez-vous) resulta una alternativa con menores tasas de pancreatitis aguda que la CPRE convencional y elevadas tasas de éxito.

Objetivos: Evaluar la eficacia de la técnica laparoendoscópica para el tratamiento de colelitiasis y coledocolitiasis simultánea en nuestra área hospitalaria y describir los principales tipos de complicaciones analizando los factores asociados a estas. **Métodos:** Se realizó un estudio observacional descriptivo y analítico de una cohorte de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica y drenaje endoscópico de la vía biliar en el mismo acto médico en el Hospital de Poniente entre diciembre de 2010 y agosto de 2018.

Resultados: En una cohorte de 50 pacientes, el 80% fueron diagnosticados por ecografía + colangio-RM objetivándose dilatación de vía biliar en el 58%. El 52% presentaban una única litiasis. En el 16% de los casos se realizó una CPRE previa al rendez-vous, siendo las principales causas de fracaso la imposibilidad de canular la papila y la existencia de papila yuxtadiverticular. El porcentaje de éxito técnico fue del 88%; las principales causas de fracaso fueron: estenosis duodenal neoplásica e imposibilidad de canular el cístico. En 5 pacientes hubo que convertir a CPRE convencional. El aclaramiento de cálculos de la vía biliar fue total en el 84%, parcial en 8% y no se consiguió en el 2%. La estancia media hospitalaria fue de 6 días. El 24% presentaron complicaciones, siendo la más frecuente la hemorragia (58,3%) pero sólo un paciente requirió tratamiento quirúrgico y uno falleció como consecuencia de una complicación. El fracaso técnico y la conversión a otra técnica se asociaron a mayor riesgo de complicaciones (80% vs 18,18%; $p = 0,01$). La estancia media hospitalaria del grupo de pacientes sin complicaciones fue menor que la del grupo con estas (4,43 vs 9,66 días; $p = 0,0005$). No se encontraron diferencias respecto a la mortalidad entre ambos grupos.

| Variables | Complicaciones (n= 12) | No complicaciones (n= 37) | Valor p |
|---|---------------------------|------------------------------|---------|
| Sexo, n (%) | | | 0,515 |
| Mujeres | 9 (27,27%) | 24 (72,73%) | |
| Vorones | 3 (18,75%) | 13 (81,25%) | |
| Edad, media (DE) años | 44,91 (17,11) | 50,78 (17,89) | 0,328 |
| ASA, media (DE) | 1,91 (0,66) | 2,10 (0,61) | 0,363 |
| CPRE previa, n (%) | | | 0,786 |
| Sí | 2 (28,57%) | 5 (71,43%) | |
| No | 10 (23,81%) | 32 (76,19%) | |
| Nº litiasis, media (DE) | 3,75 (2,21) | 3,81 (4,21) | 0,283 |
| Tamaño litiasis, media (DE) mm | 5,16 (1,47) | 5,4 (2,95) | 0,626 |
| Éxito técnico, n (%) | | | 0,01 |
| Sí | 8 (18,18%) | 36 (81,82%) | |
| No | 4 (80%) | 1 (20%) | |
| Conversión a otra técnica | | | 0,01 |
| Sí | 8 (18,18%) | 36 (81,82%) | |
| No | 4 (80%) | 1 (20%) | |
| Aclaramiento, n (%) | | | 0,306 |
| Total | 8 (19,05%) | 34 (80,95%) | |
| Parcial | 2 (50%) | 2 (50%) | |
| Ninguno | 0 (0%) | 1 (100%) | |
| Nº procedimientos para aclarar vía biliar, media (DE) | 1,36 (0,5) | 1,18 (0,46) | 0,175 |
| Estancia hospitalaria, media (DE) días | 9,66 (5,08) | 4,43 (4,31) | 0,0005 |
| Antiagregantes, n (%) | | | 1 |
| Sí | 0 (0%) | 1 (100%) | |
| No | 12 (25%) | 36 (75%) | |
| Anticoagulantes, n (%) | | | 0,566 |
| Sí | 0 (0%) | 3 (100%) | |
| No | 12 (26,09%) | 34 (73,91%) | |
| Mortalidad, n (%) | | | 0,076 |
| Sí | 1 (100%) | 0 (0%) | |
| No | 11 (22,92%) | 37 (77,08%) | |

Conclusiones: El tratamiento laparoendoscópico en se considera un método seguro y efectivo para el manejo de los cálculos de la vesícula concomitante con coledocolitiasis. El fracaso técnico y la conversión a CPRE convencional se asocia a mayor riesgo de complicaciones.