



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

COVIDcistectomía o la cirugía de la litiasis biliar en tiempos de pandemia



COVIDcystectomy or gallstones surgery during the pandemic

El 11 de marzo del 2020 la OMS declaró el estado de pandemia por el SARS-CoV-2. Desde entonces globalmente se han declarado 237 millones de casos, con casi 5 millones de fallecimientos¹.

Uno de los primeros trabajos sobre las consecuencias de la infección por COVID-19 comunicó una mortalidad en pacientes quirúrgicos infectados de un 24%². Esto lanzó un mensaje de cautela, reduciéndose las indicaciones quirúrgicas no esenciales lo que, unido a la sobrecarga de los sistemas sanitarios, condujo a un retraso en todo tipo de intervenciones, tanto programadas como urgencias demorables. En nuestro medio la cirugía gastrointestinal también se asoció a peores resultados en pacientes infectados por COVID-19, con mayor morbilidad, derivadas de las comorbilidades de los propios pacientes y la gravedad de su enfermedad, más que de la propia infección por COVID-19³. Todo lo anterior provocó una demora en las intervenciones quirúrgicas que los pacientes con enfermedades benignas sufrieron aún más, e incluso hubo que modificar la atención a las patologías quirúrgicas urgentes.

La enfermedad biliar es una de las más frecuentes afecciones en la enfermedad digestiva. En España se realizan unas 60.000 colecistectomías al año⁴ y 70.000 en Reino Unido⁵. Además, la enfermedad biliar representa hasta un 30% de las urgencias quirúrgicas de nuestra especialidad⁶.

La colecistitis refleja claramente el impacto de la pandemia en la atención quirúrgica urgente: la encuesta publicada por Ielpo et al. en CIRUGÍA ESPAÑOLA sobre la fase inicial de la pandemia reflejó que la colecistitis aguda pasó de ser una indicación de cirugía urgente preferente en las primeras 24-48 h, a ser tratada hasta en un 90% por métodos conservadores⁷, incrementado también el uso de colecistotomías. Es sabido que esto se asocia a un incremento de la estancia hospitalaria global del proceso, así como de la tasa morbilidad en el momento de la cirugía diferida⁸.

Adicionalmente, la reducción de la cirugía electiva ha alargado los tiempos de espera para colecistectomía, incrementando la dificultad de los casos e incluso, en nuestra experiencia, el número de «burn-out gallbladders» o vesículas que prácticamente se autodestruyen durante la espera. Otro de los problemas es el aumento de incidencia de dificultades es el aumento de síndrome de Mirizzi tipo II que dificulta la colecistectomía⁹.

Pero el retraso en las intervenciones no solo ha incrementado el número de casos complejos, sino que también ha aumentado el número total de pacientes en espera de someterse a una colecistectomía, y que en 2020 se incrementó en 2.078 pacientes respecto a 2019, alcanzando un total de 18.087 pacientes. Esta cifra supone el 14% de la lista de espera total de nuestra especialidad¹⁰. También se ha alargado el tiempo de espera medio para la colecistectomía, llegando a 130 días en 2020 (30 días más que en 2019).

Como vemos hasta ahora el efecto de la pandemia ha tenido 2 consecuencias: por una parte el retraso en el tratamiento quirúrgico, y por otra el tratamiento electivo más complejo. A esto podemos sumar a una tercera consecuencia, que es la mayor complejidad a la hora de organizar las cirugías electivas, siendo necesaria una prueba PCR negativa, e incluso, como en el caso del Reino Unido, un aislamiento previo al ingreso.

Como consecuencia de la crisis COVID en mayor o menor medida se ha modificado la organización de los procesos quirúrgicos. Como ejemplo, en el Reino Unido se han creado 3 diferentes áreas en los hospitales para separar los riesgos: «Alto Riesgo» donde se admiten pacientes que no han sido clasificados o cuya PCR es positiva, o pacientes sintomáticos de COVID esperando el resultado de la PCR y finalmente aquellos sintomáticos que declinan ser testados. Las zonas de «Medio Riesgo» son aquellas con pacientes asintomáticos esperando el resultado de la PCR o aquellos asintomáticos que

declinan el test. Finalmente existen las zonas «Bajo Riesgo», que son áreas libres de COVID donde todos los enfermos admitidos han sido previamente testados por PCR o se han recuperado del COVID (> 14 días)¹¹.

En concreto, los enfermos con litiasis biliar complicada, que acuden al servicio de urgencias y, por tanto, fuera del área libre de COVID, son en la medida de lo posible, dados de alta y tratados en el hospital libre de COVID.

Todas las consideraciones anteriores han de tenerse en cuenta, y quizá con mayor motivo en los pacientes con litiasis en la vía biliar principal y vesícula biliar *in situ*, dadas las implicaciones logísticas de su tratamiento. Aunque tradicionalmente estos pacientes se han tratado con CPRE y posterior colecistectomía laparoscópica, existe un interés creciente por tratar a estos enfermos en un solo acto mediante colecistectomía laparoscópica y exploración de la vía biliar. Este abordaje, aunque recomendado si está disponible en el centro, no se ha visto aún generalizado.

Probablemente los beneficios de este abordaje se han reforzado durante la pandemia, pues dar de alta a los pacientes con litiasis complicadas lo antes posible no solo optimiza la gestión de camas, sino que también previene contagios intrahospitalarios. A esto se suman las ventajas ya conocidas del abordaje en un solo acto, fundamentalmente cuando se realiza por la vía transcística¹².

En nuestra opinión, siempre que exista experiencia, el abordaje en un solo tiempo de la coledocolitiasis con vesícula *in situ* es superior al tratamiento mediante CPRE y posterior colecistectomía, dadas la disminución del coste y estancia hospitalaria¹³, y la más que probable disminución de morbilidad con mejora de la eficacia¹⁴, optimizadas con lo que denominamos «cirugía biliar 2.0»¹⁵.

En nuestra experiencia el abordaje mediante colecistectomía con colangiografía y exploración de la vía biliar si es necesario, ayuda a que los pacientes con sospecha de coledocolitiasis sean tratados de manera preferente en un hospital libre de COVID por un equipo especializado en cirugía biliar benigna.

La especialización resulta siempre en una mejora de los resultados, y quizá, como sugiere el profesor Cotton (gastroenterólogo pionero de la CPRE), debería abrirse un debate sobre si la colecistectomía debe ser realizada por cirujanos generales o por aquellos con algún tipo de especialización¹⁶, y complementado por un aprendizaje reglado, expandir definitivamente el tratamiento en un solo tiempo de la coledocolitiasis.

Finalmente, proponemos el término COVIDcistectomía como las características asociadas al tratamiento de la cirugía de la litiasis vesicular en tiempo de pandemia, desde el punto de vista técnico y logístico, permitiendo una vez más apreciar en este nuevo entorno las ventajas del tratamiento en un solo tiempo que representa la cirugía biliar 2.0.

- COVIDSurg Collaborative. Mortality and pulmonary complications in patients undergoing surgery with perioperative SARS-CoV-2 infection: An international cohort study. *Lancet*. 2020;396:27-38.
- Osorio J, Madrazo Z, Videla S, Sainz B, Rodríguez-González A, Campos A, et al., COVID-CIR Collaborative Group Members of the COVID-CIR Collaborative Group. Analysis of outcomes of emergency general and gastrointestinal surgery during the COVID-19 pandemic. *Br J Surg*. 2021;18.
- Registro de Actividad Sanitaria Especializada (RAE-CMBD) año 2018, Ministerio de Sanidad. [consultado 12 Oct 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/cmbdhome.htm>.
- The Sunflower Study. bristoltrialscentre.blogs.bristol.ac.uk [consultado 2 Sep 2021] Disponible en: <https://sunflowerstudy.blogs.bristol.ac.uk/>.
- Association of Surgeons of GB and Ireland. Emergency General Surgery - The future: A Consensus Statement. 2007. [consultado 12 Oct 2021]. Disponible en: http://www.asgbi.org.uk/en/publications/consensus_statements.cfm.
- Ielpo B, Prieto M, Ortega I, Balibrea JM, Rubio-Pérez I, Juvany M, et al. National survey on the treatment of cholelithiasis in Spain during the initial period of the COVID-19 pandemic [Article in English, Spanish]. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2021;99:346-53.
- Gutt CN, Encke J, Königer J, Harnoss JC, Weigand K, Kipfmüller K, et al. Acute cholecystitis: Early versus delayed cholecystectomy, a multicenter randomized trial (ACDC study, NCT00447304). *Ann Surg*. 2013;258:385-93.
- Senra F, Navaratne L, Acosta A, Martínez-Isla A. Laparoscopic management of type II Mirizzi syndrome. *Surg Endosc*. 2020;34:2303-12.
- Sistema de Información de listas de espera del SNS (SISLE-SNS) RD 605/2003. Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del SNS.- S.G. Información Sanitaria.
- COVID-19: Guidance for maintaining services within health and care settings. Infection prevention and control recommendations. Version 1.2. NHS. PHE publications gateway number: GOV-8505.
- Navaratne L, Al-Musawi J, Martínez Isla A. Comment on Conventional Surgical Management of Bile Duct Stones: A Service Model and Outcomes of 1318 Laparoscopic Explorations. *Ann Surg*. 2021;274:e901-2.
- Bansal VK, Misra MC, Rajan K, Kilambi R, Kumar S, Krishna A, et al. Single-stage laparoscopic common bile duct exploration and cholecystectomy versus two-stage endoscopic stone extraction followed by laparoscopic cholecystectomy for patients with concomitant gallbladder stones and common bile duct stones: A randomized controlled trial. *Surg Endosc*. 2014;28:875-85.
- Pan L, Chen M, Ji L, Zheng L, Yan P, Fang J, et al. The Safety and Efficacy of Laparoscopic Common Bile Duct Exploration Combined with Cholecystectomy for the Management of Cholecysto-choledocholithiasis: An Up-to-date Meta-analysis. *Ann Surg*. 2018;268:247-53.
- Martínez-Cecilia D, Navaratne L, Martínez Isla A. Biliary Surgery 2.0 [Article in English, Spanish]. *Cir Esp (Engl Ed)*. 2020;98:571L 573.
- Cotton P. Foreword in Laparoscopic Bile Duct Exploration. Isla & Navaratne Eds. Springer, London.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. [consultado 12 Oct 2021] Disponible en: <https://covid19.who.int>.

Alberto Martínez-Isla^{a,*} y David Martínez-Cecilia^b
^aDepartment of Upper GI Surgery, Northwick Park and St Mark's Hospitals, London North West University Healthcare NHS Trust, Londres, Reino Unido

^bUnidad de Cirugía Hepatobiliar, Complejo Hospitalario Universitario
de Toledo, Toledo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alberto.isla@nhs.net (A. Martínez-Isla).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.11.004>

0009-739X/

Crown Copyright © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U.
en nombre de AEC. Todos los derechos reservados.