

Colecistostomía Percutánea, Indicaciones, Técnica y Resultados

Análisis de 10 Casos

Dres. Gustavo Andreoli⁽¹⁾ y Gerardo Secondo⁽²⁾

Resumen

Objetivos:

Analizar la utilidad de la colecistostomía percutánea en pacientes de gran riesgo quirúrgico.

Material y Método:

Se analizaron en forma retrospectiva 10 colecistostomías percutáneas realizadas por vía transhepática por el mismo equipo de cirujanos en un período comprendido entre Marzo del 98 y Octubre del 02, en colecistitis agudas.

Se evaluó lugar y duración de la técnica, efectividad como, método de drenaje de la vía biliar accesoria, complicaciones de la misma así como evolución alejada en los casos con sobrevida.

Resultados:

Todos los procedimientos se realizaron en la cama del paciente, con una duración promedio de 14 mi-

Clinica Quirúrgica "F" (Dir. Prof. Dr. R. Morelli), Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina.

Clinica Quirúrgica "2" (Dir. Prof. Dr. L. Carriquiry), Hospital Maciel. Facultad de Medicina.

Servicio de Cirugía Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Dir. Prof. Dr. E. Torterolo).

nutos, lográndose la descompresión efectiva de la vesícula biliar en todos los casos. Hubo un caso con morbilidad propia del procedimiento y otro en el cual la técnica no permitió diferir la cirugía. En dos casos se realizó cirugía electiva, una vez superado el cuadro de colecistitis aguda, a los meses del procedimiento. La mortalidad de la serie (30%) se debió a la situación crítica de los pacientes, con evolución propia independiente de la técnica.

Conclusiones:

En base a estos resultados, esta técnica se mostró como poco mórbida, rápida, de fácil realización y efectiva como método de drenaje de la vía biliar accesoria por lo que se aconseja, cuando está indicada, su utilización en pacientes de alto riesgo anestésico quirúrgico que presenten una colecistitis aguda.

Palabras clave:

Colecistostomía

Presentado en la 53^o Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo 27 - 30 de noviembre de 2002.

⁽¹⁾ Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "F", Hospital de Clínicas

⁽²⁾ Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica "2", Hospital Maciel

Correspondencia: Dr. Gustavo Andreoli

Br. España 2657 Apto. 1007

E-mail: gandreo@hotmail.com

Abstract:**Objectives:**

To analyze the use of percutaneous cholecystostomy in patients who constitute a high surgical risk.

Material and Methods

Retrospective analysis of 10 percutaneous cholecystostomies performed through transhepatic approach by the same team of surgeons in a period ranging between March '98 an October '02, in cases of acute cholecystitis.

Evaluation covered site and duration of technique, its effectiveness as drainage method of the accessory biliary tract, its complications and removed evolution in cases of survival.

Results:

All procedures were conducted in the patient's bed and had an average duration of 14 minutes; in all cases the effective decompression of the gall bladder was accomplished. There was one case that presented morbidity arising from the procedure itself and another in which the technique was not effective in deferring surgery. In two cases election surgery was performed once the acute cholecystitis symptomatology had subsided, several months after percutaneous cholecystostomy was performed. Mortality of series (30%) was due to the critical situation of patients and evolution was independent and unconnected with technique.

Conclusions

On the basis of results as per above, this technique proved to have low morbidity, was quick, easy to perform and effective as drainage method for accessory biliary tract. Consequently, whenever this procedure be indicated it should be used in patients who have a high anesthetic surgical risk and present acute cholecystitis.

Key words:

Cholecystostomy

Introducción

La colecistitis aguda es la complicación, luego del cólico hepático, mas frecuente de la vía biliar accesoria. Esta puede presentarse como resultado de una litiasis vesicular o en casos menos frecuentes en forma alitiásica.

Su tratamiento ideal es la colecistectomía ya sea en forma convencional o laparoscópica lo cual requiere como mínimo el traslado a block quirúrgico, una anestesia general, la tracción de mesos o del peritoneo parietal, y un tiempo quirúrgico variable dependiente del grado de inflamación local regional. Sus ventajas radican en el tratamiento definitivo de la enfermedad cuando esta es litiasica así como la extracción total del foco infeccioso cuando este involucra la pared vesicular.

Pero existen situaciones en las que la gravedad del paciente o sus posibles complicaciones hacen muy riesgosa la realización de un acto anestésico quirúrgico mayor como es la colecistectomía. Esto puede deberse a la presencia de patologías previas o descompensación de las mismas, situaciones normales de riesgo como determinadas etapas del embarazo o deficiencias congénitas de enzimas que metabolizan de los agentes anestésicos que hacen riesgosa o a veces intolerable para el paciente la técnica.^(1, 2, 3) A esto puede agregarse situaciones de riesgo local debido a la propia colecistitis o patologías concomitantes como una evisceración postoperatoria.⁽⁴⁾

Frente a este problema la colecistostomía quirúrgica con anestesia local o general ha sido la alternativa clásica para el manejo de estos pacientes, este procedimiento implica, de todas formas, el traslado del paciente, la necesidad de analgesia mayor, la apertura peritoneal con los reflejos desencadenados por la misma y a pesar de su sencillez no esta exenta de morbimortalidad.

Ante todo esto y conjuntamente al aumento de los procedimientos invasivos guiados por imagen, la colecistostomía percutánea, conceptualmente idéntica a la convencional, se presenta como un método mucho menos mórbido e invasivo. Se puede realizar sin trasladar al paciente, con anestesia local exclusiva, con mínima agresión parietal, en forma rápida y con mínima morbilidad.

En el presente estudio analizamos los primeros 10 casos que se comunican a nivel nacional.

Objetivos

Analizar a partir de dicha casuística las indicaciones, técnica y efectividad terapéutica de la colecistostomía percutánea.

Material y Método

En el período comprendido entre Marzo del 98 y Octubre del 02 el mismo equipo quirúrgico realizó 10 colecistostomías percutáneas.^(5, 6)

La indicación del procedimiento se basó en un diagnóstico clínico/ecográfico de colecistitis aguda y condiciones generales y/o locales del paciente que aumentaran en forma muy significativa el riesgo anestésico/quirúrgico. Según la presencia o ausencia de litiasis se catalogó a la colecistitis de origen litiasico en 5 pacientes y alitiásico en los 5 restantes.

El grupo de pacientes correspondió a 6 mujeres y 4 hombres con edades de entre 60 y 82 años con un promedio de 73 años.

El período de seguimiento va de 4 meses a 4 años. (Figura 1)

- > n = 10
- > Mismo equipo/Técnica
- > Marzo 98 a Octubre 2002
- > 6 Mujeres/4 Hombres
- > 60 a 82 años (promedio 73)
- > Diagnóstico ecográfico CA
- > Litásica 5/Alitiásica 5
- > Seguimiento 6 meses a 4 años

Figura 1. Características de la población en estudio y táctica y técnica del procedimiento.

Técnica

Los procedimientos se realizaron todos bajo guía ecográfica exclusiva. La vía de punción vesicular fue transhepática en todos los casos y la aguja de 18G. El sitio de abordaje fue intercostal bajo en 7 casos y subcostal (HD) en 3. Una vez posiciona-

da la aguja, mediante la técnica de Seldinger, se colocaron drenajes externos con calibre de 6 a 10 French los cuales se retiraron a los 30 días en los casos con sobrevida.

Se analizó la indicación táctica del procedimiento, lugar del mismo, duración, morbimortalidad, efectividad en lo referente a degravitar la vía biliar accesoria así como evitar una cirugía de urgencia y por último evolución alejada en los casos con sobrevida. (Figura 2)

- > Indicación
 - > Lugar donde se realizó
 - > Duración (minutos)
 - > Efectividad
 - > Morbilidad/Mortalidad
 - > Evolución alejada
- Degravitar VBA
- Evitar cirugía

Figura 2. Variables analizadas con respecto al procedimiento

Resultados

La indicación del procedimiento versus colecistectomía convencional se debió a sepsis en 2 casos, a una insuficiencia cardíaca descompensada en 2, a accidentes vasculares encefálicos graves en etapa aguda en 2 e hipotiroidismo severo, caquexia neoplásica, mal estado parietal y deterioro general en 1 caso respectivamente.

El procedimiento se realizó en la cama del paciente en la UCI en 5 casos, en la del CI en 3 casos y en sala general en 2 casos por lo que no hubo necesidad de traslado.

La duración total del procedimiento varió entre un mínimo de 5 minutos y un máximo de 30 con un valor promedio de 14 minutos.

Hubo un solo caso de morbilidad vinculado a la técnica y correspondió a una celulitis alrededor del tubo de drenaje que debió ser debridada quirúrgicamente, esta complicación se produjo en un paciente portador de una fístula enterocutánea a través de una incisión mediana con una eviscera-

ción contenida secundaria a una falla de sutura colónica.

En todos los casos se degravitó la vía biliar accesoria en forma efectiva lo cual se comprobó clínica, ecográfica y en 2 casos radiológicamente.

A pesar de esto 1 caso debió ser intervenido a las 24 horas del procedimiento debido a la no mejoría del estado séptico del paciente. Este caso correspondió a una colecistitis evolucionada con una peritonitis biliar que no mejoró con el tratamiento exclusivo de la vía biliar accesoria. Durante la cirugía se comprobó la correcta posición del catéter y la degravitación de la vesícula biliar.

Tres pacientes fallecieron debido a la patología de fondo, de los siete restantes uno debió ser intervenido de urgencia como ya mencionamos y otros dos lo hicieron en forma electiva debido a la persistencia de síntomas biliares a los seis meses del procedimiento percutáneo. La indicación del procedimiento percutáneo en estos dos casos fueron una insuficiencia cardíaca descompensada y un hipotiroidismo severo sin tratamiento.

Ambas pacientes presentaban colecistitis agudas litiasicas y se operaron en forma electiva, una vez compensadas sus patologías de base, debido a la persistencia de síntomas.⁽⁷⁾ Dichas pacientes toleraron el acto anestésico sin inconvenientes y presentaron mínimas adherencias interhepatofrénicas al momento de la cirugía.

Las tres muertes antes de los 30 días del procedimiento fueron en el grupo de colecistitis alitiásicas.

En el conjunto de 10 procedimientos, se degravitó la vía biliar accesoria en todos los casos, se evitó la colecistectomía de urgencia en 9 y la cirugía de elección en 4 de los 6 pacientes con sobrevida mayor a 30 días del procedimiento. (Cuadro 1)

Discusión

Con respecto a la indicación vemos que en todos los casos se trató de pacientes con situación

general muy comprometida como para tolerar un acto anestésico quirúrgico mayor a excepción de un caso en el cual las condiciones locales (fístula entero cutánea vecina) fueron la indicación del procedimiento.

Este caso fue el único que presentó morbilidad (celulitis) y si bien lo computamos como secundario al procedimiento, dadas las condiciones locales de la pared abdominal, pensamos que cualquier procedimiento transparietal hubiera tenido idéntico riesgo de complicación.

La paciente que no evitó la cirugía de urgencia presentaba, al momento del procedimiento, signos compatibles con una peritonitis en vías de generalización a punto de partida biliar, lo cual se confirmó en el intraoperatorio, si bien la indicación fue su estado séptico general, el mismo no mejoró con el tratamiento exclusivo de la vía biliar accesoria. Por todo esto, más que una falla del procedimiento, se debió a una indicación incorrecta del mismo.

La técnica se presentó como un gesto con mínima agresión parietal y general, de realización rápida y sin necesidad de traslado del paciente lo cual es muy conveniente en este grupo de enfermos.^(8, 9, 10)

Indicación	Nº casos	Cirugía (urg.)	Cirugía (elect)	Morbd	Mortal
Sepsis	2	1			1
ICD	2		1		
AVE	2				
Hipotiroid.	1		1		
Neoplasia	1				1
Local	1			1	
General	1				1
Total	10	1	2	1	3

Cuadro 1: Resultados generales de la serie.

Este procedimiento en ningún caso retrasó o complicó la cirugía y por otra parte la evitó en 9 de 10 casos con un criterio de urgencia. Estos resultados se superponen con los publicados en la literatura internacional donde claramente esta técnica se considera de elección para tratar los episodios agudos constituyendo, en los pacientes con estado general recuperado, el puente hacia una colecistectomía de elección como sucedió en dos de nuestros casos.^(11, 12) (Figura 3)

-
- Evitó cirugía urgencia en 9 de 10
 - Evitó cirugía 7 de 10
 - Degravitación VBA 100%
 - Cuadros gravedad o de riesgo alto
 - 9 de 19 casos la causa era extrabiliar
 - 9 de 10 casos el riesgo por estado general
 - 1 caso en 9 de morbilidad
 - Mortalidad sin relación a la CP

Figura 3. Análisis general de los resultados

Conclusiones

La colecistostomía percutánea se muestra como una técnica de fácil realización, baja morbilidad y correctamente indicada, de una gran eficacia terapéutica para evitar cirugía mayor de urgencia en pacientes de alto riesgo.

Bibliografía

- (1) Davis CA, Landercasper J, Gundersen LH. Effective Use of Percutaneous Cholecystostomy in High-Risk Surgical Patients: Techniques, Tube Management, and Results. *Arch Surg.* 1999 134(7): 727-32.
- (2) Humman E, Barry M, Grace P. A management of gallstones in pregnancy. *Br J Surg.* 1997; 84(12), 1646-50.
- (3) Lanyi F. Percutaneous cholecystostomy: a valuable technique in high-risk patients with presumed acute cholecystitis *Br J Surg.* 1996; 83(3):428.
- (4) Sheridan RL, Ryan C, Lee MJ. Percutaneous Cholecystostomy in the Critically III Burn Patient. *J Trauma.* 1995; 38(2):248-51.
- (5) Andreoli G, Secondo G, Kaitazoff P. Drenaje percutáneo de colecciones abdominales. *Rev Hosp Maciel* 2000; 5(1): 4-7.
- (6) Andreoli G, Secondo G, Kaitazoff P. Intervencionismo en cirugía general. Análisis de 150 procedimientos. Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay (Abril 2000). En prensa.
- (7) Hammarstrom LE, Holmin T, Stridbeck H. Long-term follow-up of a prospective randomized study of endoscopic versus surgical treatment of bile duct calculi in patients with gallbladder in situ. *Br J Surg.* 1995 82(11):1516-21.
- (8) Chang L, Moonka R, Stelzner M. Percutaneous Cholecystostomy for Acute Cholecystitis in Veteran Patients. *Am J Surg* 2000; 180(3): 198-202.
- (9) Rozenblit GN, Eisenberger E, Rundback JH. Percutaneous Cholecystoduodenostomy: A Case Report. *Vasc Interv Radiol.* 2000; 11(5): 629-33.
- (10) Spain DA, Bibbo C, Ecker T. Operative Tube Versus Percutaneous Cholecystostomy for Acute Cholecystitis. *Am J Surg.* 1993; 166(1):28-31.
- (11) Berber E, Engle KL, String A. Selective Use of Tube Cholecystostomy With Interval Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Cholecystitis. *Arch Surg.* 2000; 135(3):341-6.
- (12) Borzellino G, De Manzoni G, Ricci F. Emergency cholecystostomy and subsequent cholecystectomy for acute gallstone cholecystitis in the elderly. *Br J Surg.* 1999; 86(12):1521-5.