



Estudio preliminar del pronóstico a corto y medio plazo en pacientes con colecistitis aguda litiásica tratados con colecistostomía percutánea.



María Jesús Gayán Belmonte¹, Juana María Plasencia Martínez², Helena Pérez Templado Ladrón de Guevara², Amalia García Chiclano², Ana Moreno Pastor², Ana Blanco Barrio²

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

²Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.



Objetivo:

La colecistitis aguda litiásica (CAL) es una entidad clínica muy frecuente. Según las guías de Tokio, en pacientes no operables de urgencia, el tratamiento antibiótico y la colecistostomía percutánea son alternativas útiles¹.

Sin embargo, según algunos estudios, en los pacientes que se someten al drenaje de la vesícula se alargan los tiempos hasta la cirugía definitiva, presentan ingresos hospitalarios más largos y mayor mortalidad que los pacientes tratados con antibiótico¹. Por tanto, no está claro cómo elegir entre estas opciones terapéuticas en este grupo concreto de pacientes.



Objetivo:

Los objetivos de nuestro trabajo son:

-Evaluar el pronóstico después de la colecistostomía percutánea en pacientes con colecistitis aguda litiásica.

-Comparar el pronóstico de los pacientes que se tratan con colecistostomía percutánea y antibióticos, y los que reciben tratamiento antibiótico exclusivamente.



Material y método:

Realizamos un estudio retrospectivo, aceptado por el comité de ética e investigación de nuestro hospital, en el que incluimos de manera consecutiva a pacientes con CAL que no se sometieron a cirugía urgente en las primeras 24 horas desde el diagnóstico, entre enero de 2013 y diciembre de 2015.

Utilizando la historia clínica de los pacientes recogimos:

- Variables demográficas.
- Datos sobre la presentación clínica.
- Datos sobre las analíticas de sangre.
- Hallazgos de imagen relacionados con la CAL.
- Complicaciones durante o inmediatamente después de la colecistostomía.
- Duración del ingreso hospitalario, la mortalidad y la frecuencia de ingreso en UCI.
- Si se realizó cirugía en un segundo tiempo y cuándo se llevó a cabo.



Material y método:

Los criterios diagnósticos de CAL fueron (*adaptados tomando como fuente Up to Date*):

-Grosor de la pared mayor de 4mm o estratificación de la pared de la vesícula (sin ascitis, pancreatitis u otra causa potencial de vesícula reactiva).

-Diámetro menor de la vesícula mayor de 4cm.

-Signo de Murphy ecográfico positivo.

-Presencia de líquido perivesicular, tumefacción de la grasa o colecciones perivesiculares.

-Membrana mucosa desprendida.

-Presencia de gas intramural o intraluminal.

-Presencia de coledocitis.

Consideramos colecistitis complicadas al diagnóstico, aquellas que fueron gangrenosas, enfisematosas o estaban perforadas.



Material y método:

La colecistitis tipo III o grave (según las guías de Tokio) se define como aquella CAL no operable asociada a disfunción sistémica (cardiovascular, neurológica, respiratoria, renal, hepática o hematológica). Los datos de disfunción hepática, no estaban recogidos en la historia clínica de muchos de nuestros pacientes, por lo que no los incluimos en el trabajo.

Analizamos las diferencias en el curso clínico de los pacientes tratados con antibióticos frente a los tratados con colecistostomía mediante los tests T de Student y Chi².

Consideramos diferencias estadísticamente significativas aquellas con un valor de $P < 0,05$ y utilizamos la versión 22.0 del programa estadístico IBM SPSS.



Resultados:

A) CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA:

Del total de 86 pacientes, 47 eran hombres (54,7%) y 39 mujeres (45,3%) (Fig. 1).

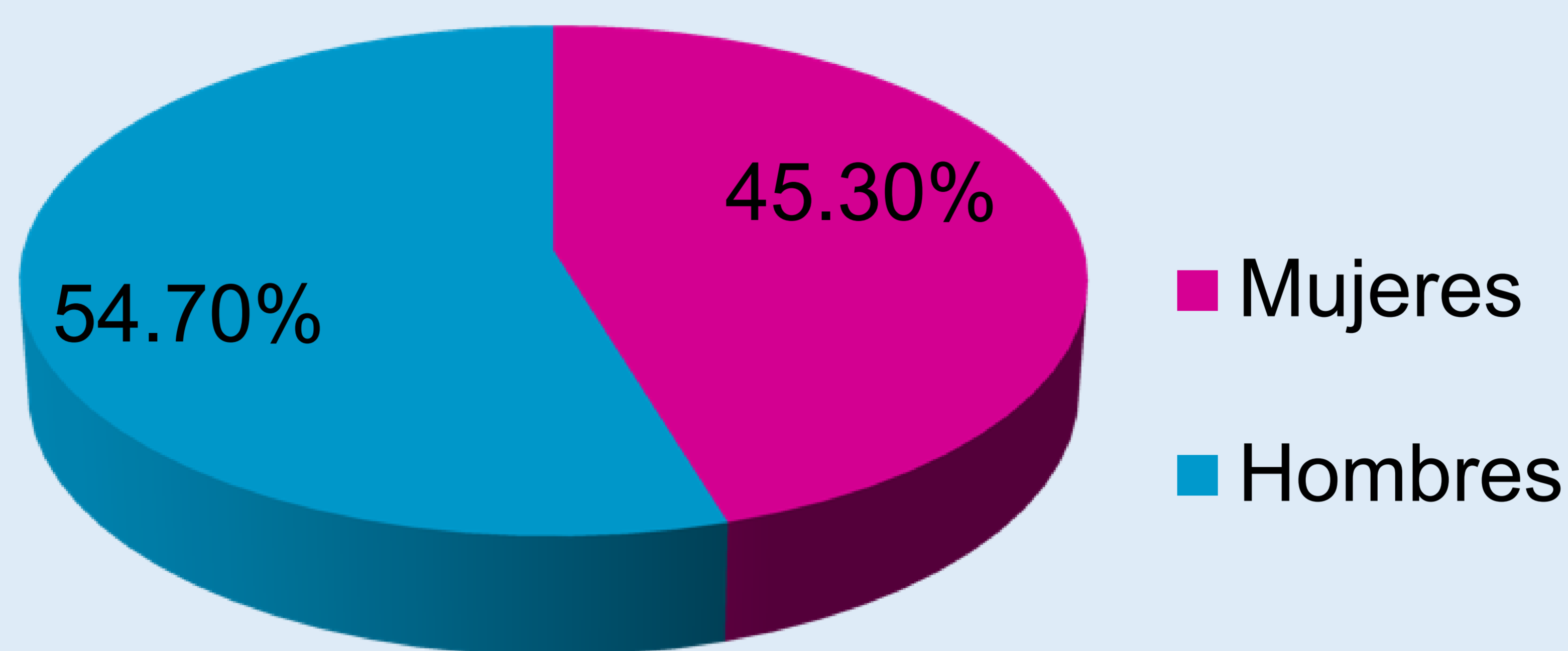


Fig. 1. Sexo de los pacientes.

53 (61,6%) pacientes se sometieron a colecistostomía y antibióticos, y 33 (38,4%) fueron tratados solo con antibióticos (Fig. 2). La edad media fue similar en ambos grupos ($79,75 \pm 11,54$ y $76,52 \pm 11,60$ años, respectivamente; $P = 0,210$).

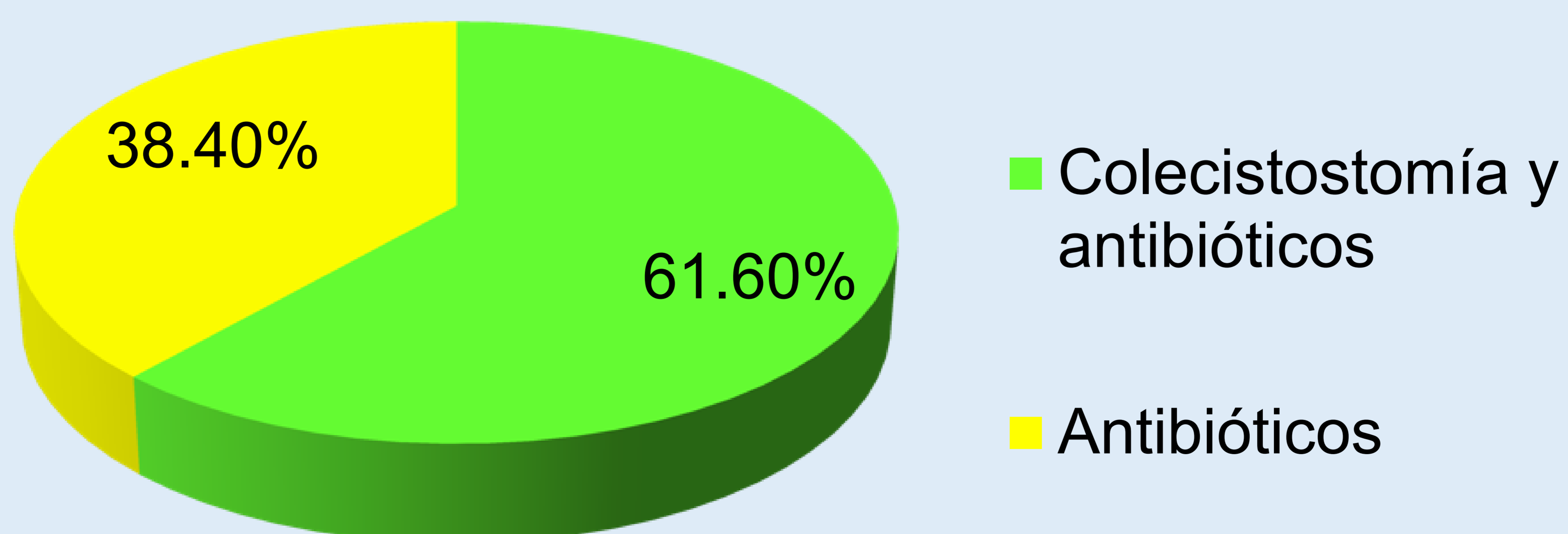


Fig. 2. Tipo de tratamiento.



Resultados:

B) FRECUENCIA DE COLECISTOSTOMÍA SEGÚN EL TIPO DE PACIENTE:

La colecistostomía se realizó con mas frecuencia en mujeres (n = 30, 56,6%; P = 0,08), pacientes con comorbilidades (41 -74,5%- y 12 -38,7%-; P = 0,001) y CAL radiológicamente complicadas (19 -90,5%- y 34 - 52,3%-; P = 0,002) (Fig. 3).

	Colecistostomía (n = 53)		Antibióticos (n = 33)		Valor P
Sexo	Hombres Mujeres	n = 23 n = 30	Hombres Mujeres	n = 24 n = 9	P = 0,08
Comorbilidades	Sí No	n = 41 n = 12	Sí No	n = 14 n = 19	P = 0,001
CAL complicada al diagnóstico	Sí No	n = 19 n = 34	Sí No	n = 2 n = 31	P = 0,002

Fig. 3. Tipos de tratamiento según el sexo, las comorbilidades y la presencia de CAL complicada.

Sin embargo, solo 13 pacientes con colecistostomía (26,5%) cumplían criterios de colecistitis aguda grave (tipo Tokio III¹).

Resultados:

C) COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO:

Dos pacientes (2,8%) sufrieron insuficiencia respiratoria aguda durante la colecistostomía y en 1 (1,9%) el catéter quedó mal posicionado.

Ambos grupos mejoraron clínicamente durante el primer día (31 -93,9%- pacientes tratados con antibióticos y 46 -86,8%- pacientes tratados con colecistostomía; $P=0,292$) (Fig. 4).

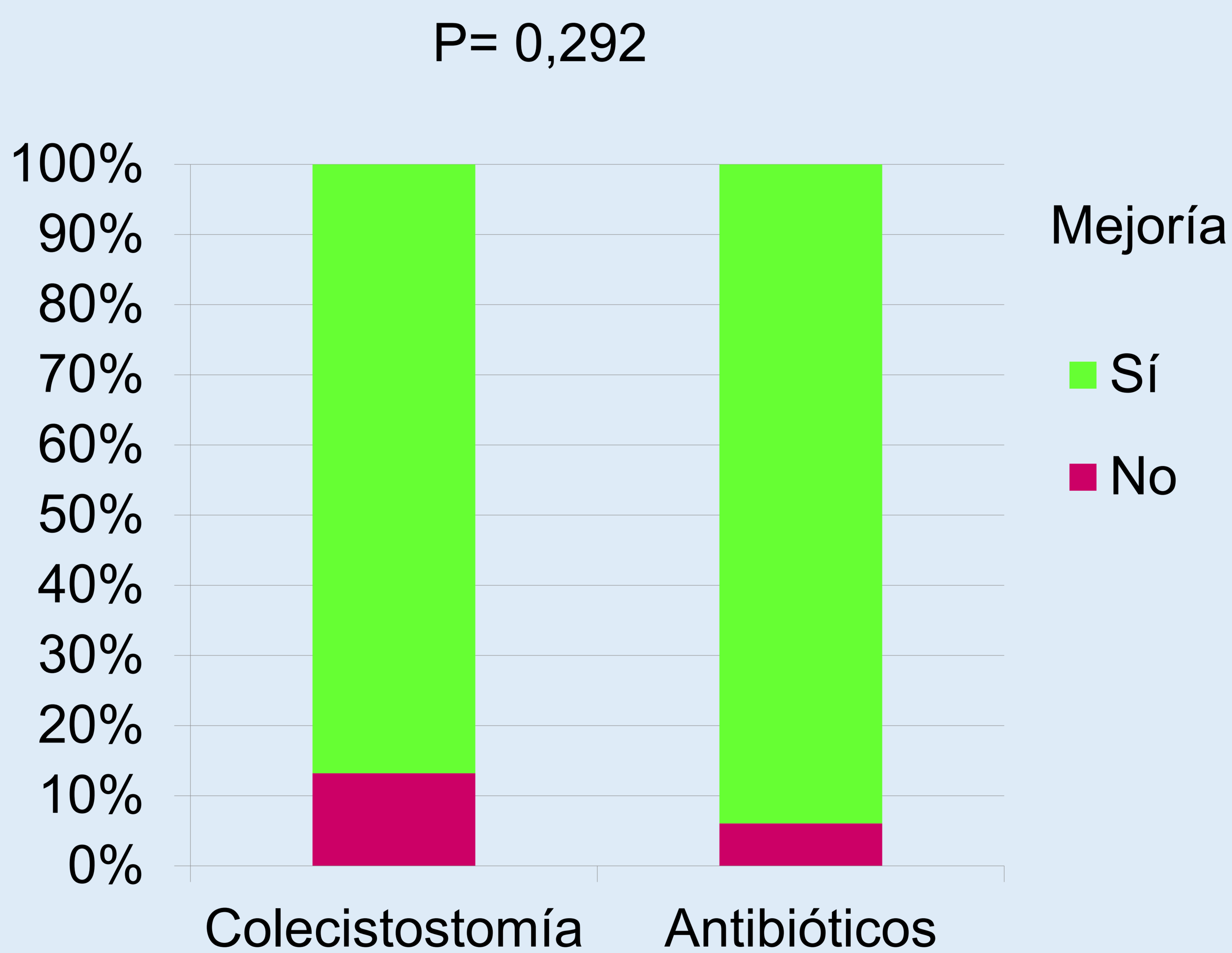


Fig. 4. Mejoría a corto plazo según el tipo de tratamiento.



Resultados:

C) COMPLICACIONES Y PRONÓSTICO A CORTO PLAZO:

Sin embargo, 4/20 (20%) pacientes tratados con colecistostomía con CAL no complicada ni grave empeoraron, frente a 0/18 de los pacientes tratados con antibiótico (0%; OR=1,2; IC 95%: 1,004-1,556; P=0,045) (Fig. 5).

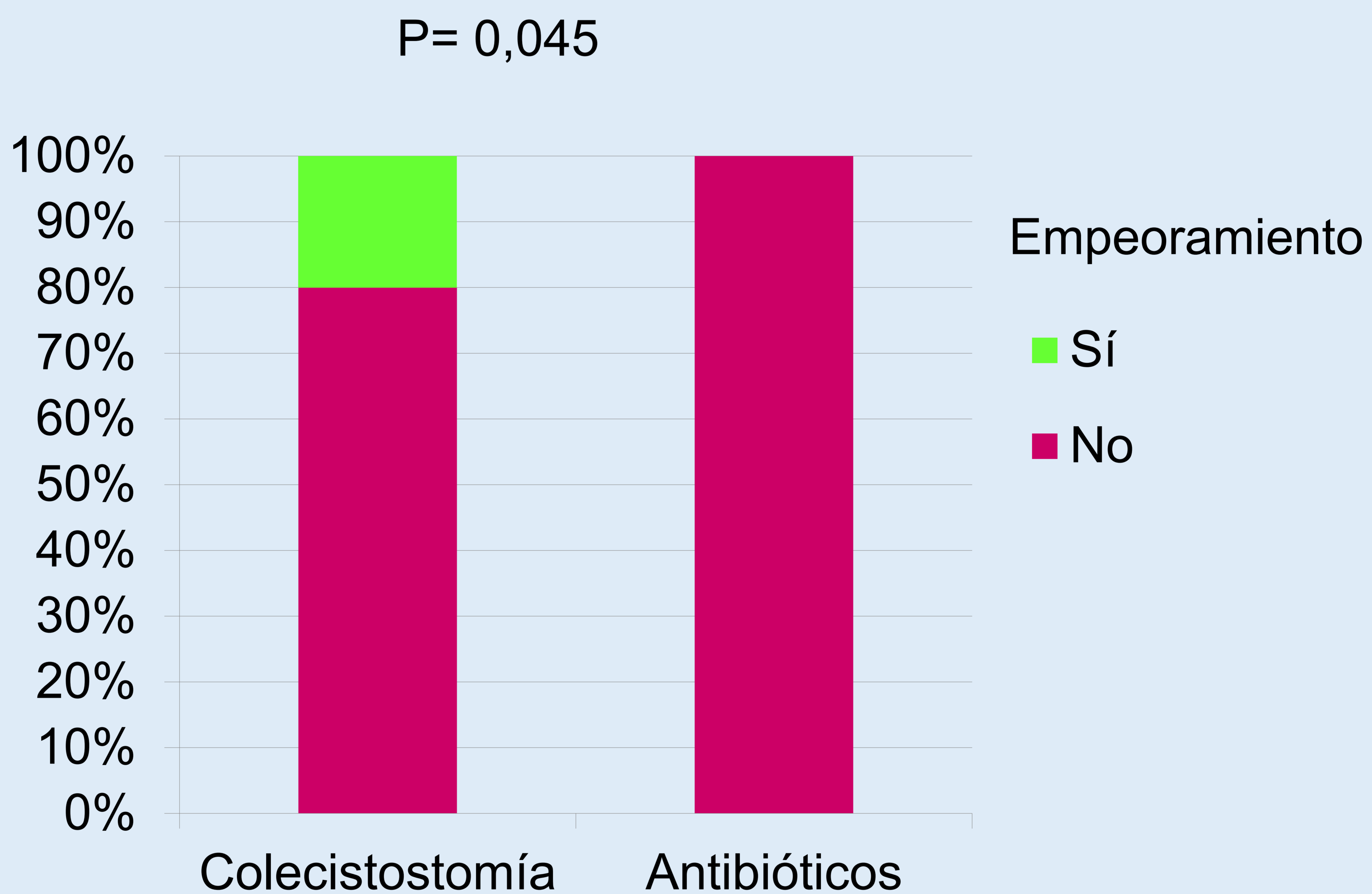


Fig. 5. Empeoramiento clínico en pacientes con CAL no complicada ni grave según el tipo de tratamiento.

Los pacientes sometidos a colecistostomía estuvieron más tiempo ingresados ($17,13 \pm 9,04$ y $9,91 \pm 5,72$ días; $P < 0,001$), incluso cuando no padecían comorbilidades ($18,50 \pm 9,07$ y $9,16 \pm 5,64$ días; $P = 0,001$).



Resultados:

D) COMPLICACIONES A MEDIO PLAZO:

Se sometieron a cirugía en un segundo tiempo 13 pacientes del total de los tratados con antibiótico (34,8%) y solo 4 pacientes de los tratados con colecistostomía (7,5%; $P = 0,001$), con más retraso en estos últimos ($49,17 \pm 39,59$ y $101,6 \pm 49,73$ días, $P = 0,035$) (Fig. 6).

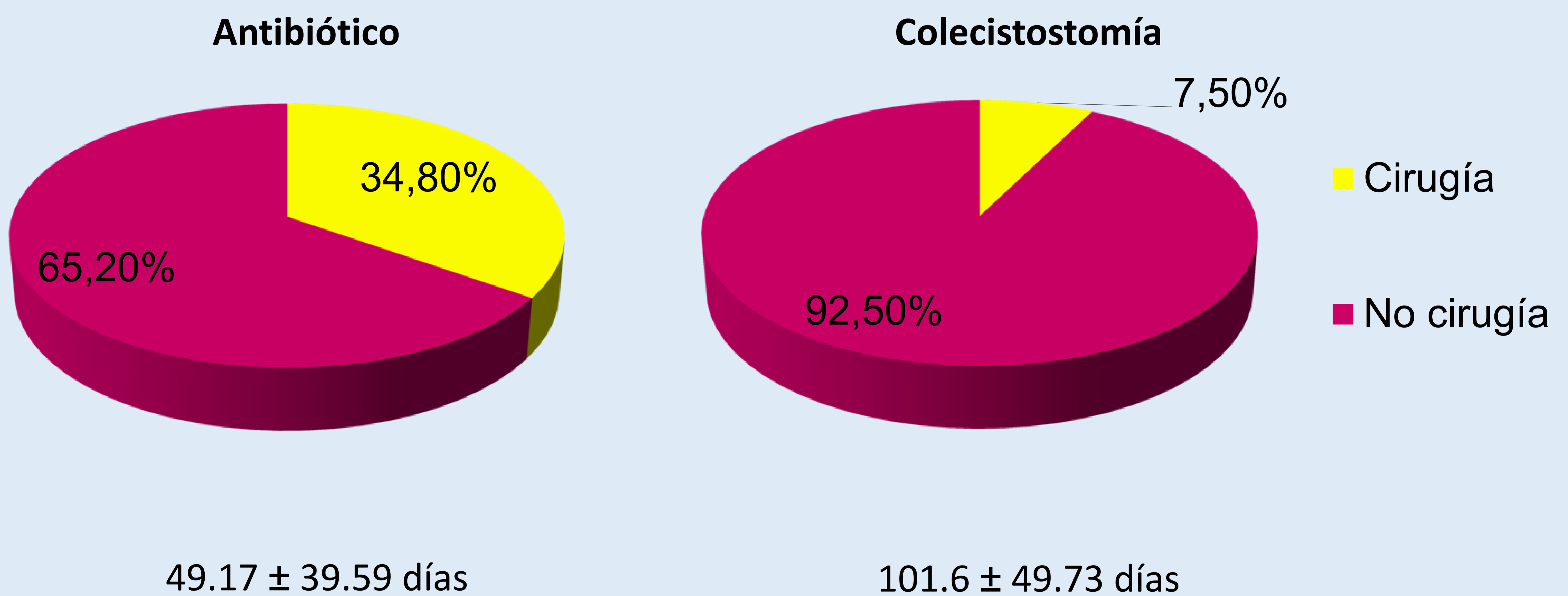


Fig. 6. Pacientes que se sometieron a cirugía en un segundo tiempo y tiempo transcurrido hasta la cirugía.

Los pacientes tratados con colecistostomía reingresaron por CAL con mas frecuencia que los tratados con antibiótico (7 -13,2%- y 3 -9,1%-, respectivamente).



Conclusiones:

Aunque la colecistostomía es un tratamiento seguro en la colecistitis aguda litiásica y proporciona una rápida mejoría clínica, alarga los ingresos hospitalarios independientemente de la presencia de comorbilidades, reduce las oportunidades de tratamiento definitivo (colecistectomía) y retrasa su aplicación, en comparación con el tratamiento antibiótico. Estos resultados son similares a los de otros estudios publicados ^{2,3,4}.

Según nuestros resultados, el pronóstico a corto plazo de la colecistitis aguda litiásica no grave y no complicada puede ser peor cuando se trata con colecistostomía que con antibióticos, lo que también ha sido señalado en estudios publicados anteriormente⁴.

En nuestro centro, la indicación de colecistostomía se fundamentó más en las comorbilidades y en la presencia de colecistitis aguda complicada que en la presencia de fallo orgánico asociado (colecistitis tipo III).



Referencias:

1. Okamoto K, Suzuki K, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Endo I, et al. Tokyo Guidelines 2018: Floechart for the management of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat 2018; 25: 55-72.
2. Viste A, Jensen D, Angelsen JH, Hoem D. Percutaneous cholecystostomy in acute cholecystitis; a retrospective analysis of a large series of 104 patients. BMC Surgery 2015; 15:17.
3. Kim SY, Yoo KS. Efficacy of preoperative percutaneous cholecystostomy in the management of acute cholecystitis according to severity grades. Korean J Intern Med 2017; doi.org/10.3904/kjim.2016.209.
4. Dimou FM, Adhikari D, Mehta HB, Riall TS. Outcomes in older patients with grade III cholecystitis and cholecystostomy tube placement: a propensity score analysis. J Am Coll Surg 2017; 224: 502-11.
5. Yokoe M, Hata J, Takada T, Strasberg SM, Asbun HJ, Wakabayashi G., et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat 2018; 25: 41-54.