

Colecistostomía camino desde un procedimiento excepcional hacia un procedimiento rutinario.

Víctor Fernández Lobo¹

Raúl Pellón Dabén¹

Ana Belén Barba Arce¹

Maite Latorre Asensio²

Francisco Pozo Piñon¹

Francisco José González Sánchez¹

1.HUMV, Santander, España

2.Santa Marina, Bilbao, España

Objetivos.

- Resaltar las diferencias de la colecistostomía respecto a otros drenajes percutáneos.
- Destacar la seguridad del procedimiento. Consideramos que en nuestro hospital ha sido fundamental para el aumento progresivo del número de colecistostomías realizadas.
- Revisar los aspectos claves de su realización.
- Describir las complicaciones y cómo debemos enfrentarnos como radiólogos.
- Describir el manejo posterior de estos pacientes para asegurar el éxito del procedimiento.

Introducción

- La colecistitis aguda es una de las causas más frecuentes de abdomen agudo en nuestro medio, cuyo tratamiento de elección es la colecistectomía, técnica quirúrgica con pocas complicaciones y baja generalmente.
- No obstante, en los pacientes con elevado riesgo quirúrgico existe la colecistostomía, como tratamiento alternativo al conservador y como paso previo a la cirugía, la cual consiste en vaciar la vesícula por guía ecográfica. Este procedimiento mejora el episodio agudo así como el pronóstico de la cirugía posterior.

Revisión del tema

- La colecistectomía es el tratamiento de elección de los pacientes con colecistitis aguda litiásica. Es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes con escasa morbi-mortalidad. Sin embargo, en los pacientes con riesgo elevado quirúrgico, las complicaciones aumentan. La mortalidad en pacientes de elevado riesgo llega al 20% y puede desaconsejar el procedimiento.
- Hay pocos ensayos prospectivos en la literatura sobre el tratamiento más adecuado de la colecistitis aguda en pacientes con alto riesgo quirúrgico o con pobre respuesta al tratamiento conservador, especialmente en lo referente al papel de la colecistostomía percutánea (CP), aunque se han realizado varias revisiones sistemáticas sin una clara conclusión.

Revisión del tema

- En nuestro centro hemos observado durante los últimos años un aumento progresivo del número de colecistostomías realizadas, especialmente durante los últimos años. Hace 10 años era un procedimiento excepcional, mientras que en los últimos dos años hemos superado las 100 colecistostomías anuales. Se realizan principalmente en el horario de trabajo habitual por la sección de referencia, en este caso Digestivo, pero también durante las guardias, probablemente por los buenos resultados de la técnica con escaso índice de complicaciones.
- Revisando las series de pacientes en la bibliografía puede definirse como una técnica segura con una mortalidad baja (<1%) con una alta tasa de éxito.
- Puede llegar a ser un tratamiento definitivo y en otras ocasiones sirve para mejorar el estado del paciente para una realizar posteriormente una colecistectomía programada.
- En lo referente a la técnica de realización, lo dividiremos en dos apartados: material necesario, y descripción del procedimiento.

Revisión del tema

1.- Material para su realización:

- Ecógrafo: Para visualizar la vesícula y planificar el mejor punto de acceso a la misma.
- Paño estéril fenestrado.
- Guantes estériles.
- Desinfectante cutáneo.
- Gasas estériles.
- Anestésico local.
- Aguja intramuscular.
- Jeringa.
- Bisturí.
- Catéter pig-tail de 8F.
- Hilo de sutura.
- Bolsa de colostomía o bolsa para drenaje por gravedad con llave de 3 vías.

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA 24 MAYO
27 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

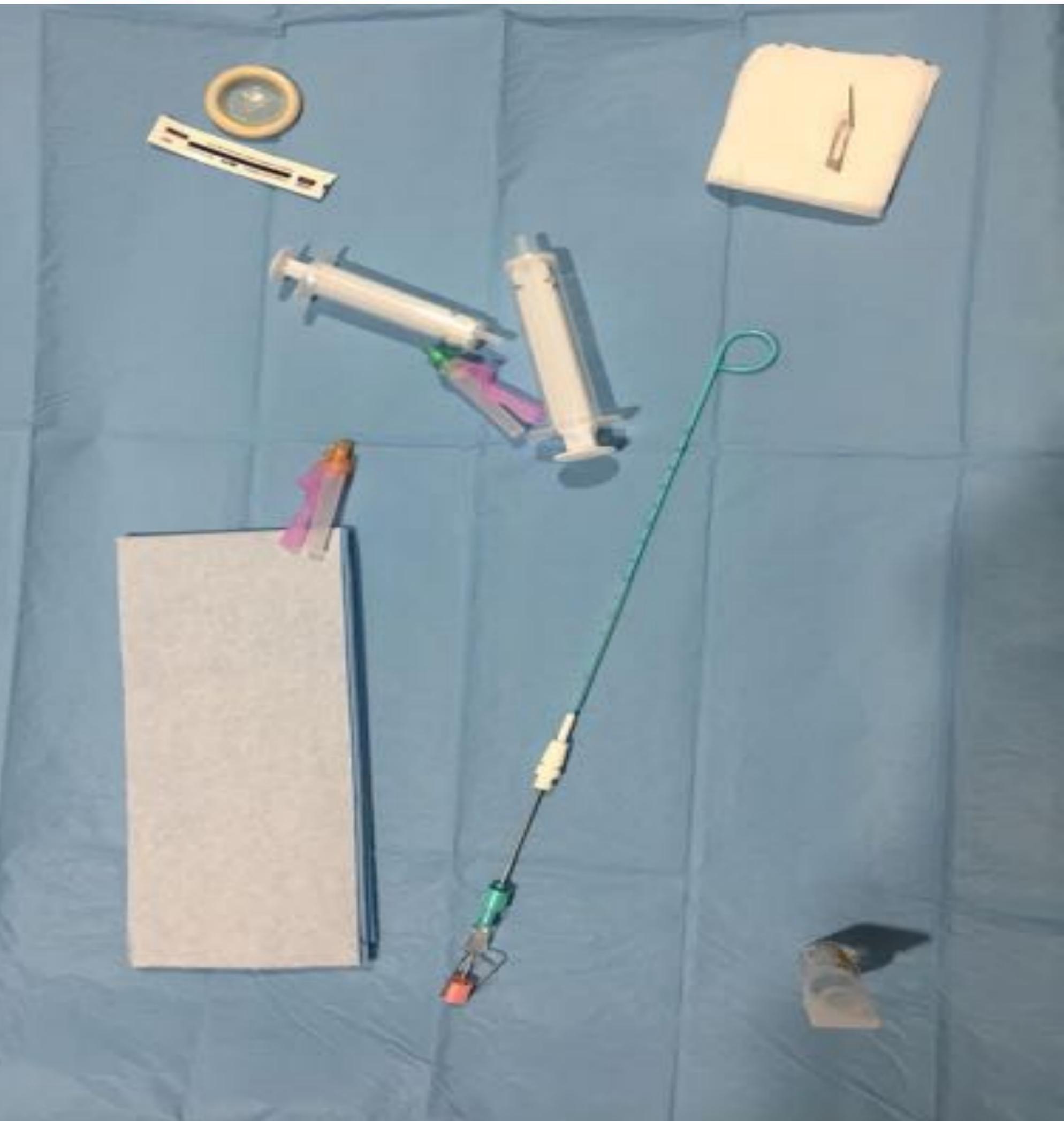


Imagen 1. Mesa de colecistostomía. En ella podemos observar un paño estéril para el lugar de punción (abajo a la izquierda), agujas de anestesia (centro) y anestesia (abajo a la derecha), catéter pigtail (centro de la imagen), funda para el ecógrafo (arriba a la izquierda), hoja de bisturí y gasas (arriba a la derecha).

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

PAMPLONA 24 MAYO
27 2018

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso



Imagen 2. Situación en la sala de intervencionismo. Podemos observar como la mesa estéril se localiza en las proximidades del ecógrafo y del radiólogo intervencionista, lo más manejable para éste.



Imagen 3. Paciente con colecistitis aguda. Es muy importante realizar una determinación ecográfica previa para conocer el mejor lugar de abordaje, así como la colocación del paño estéril, para tener una asepsia adecuada. Nótese el manguito del tensiómetro en el brazo izquierdo del paciente, el cual estará siempre monitorizado.

Revisión del tema

2.- Técnica

- Primeramente, realizar una ecografía para planificar el punto de acceso más sencillo.
- Asepsia cutánea de la zona de abordaje y colocación de paño estéril.
- Anestesia local, tanto con aguja subcutánea como con aguja intramuscular.
- Solución de continuidad en la piel con una hoja de bisturí, para facilitar el acceso del catéter de drenaje.
- Colocación del catéter de drenaje pig-tail de 8F. Se recomienda trayecto transhepático, pues disminuye de forma significativa el riesgo de peritonitis biliares. En el momento de introducirlo en la luz vesicular se debe realizar un movimiento firme aunque cuidadoso, pues la pared está inflamada y es fácilmente friable, lo que podría condicionar salida de material biliar a la cavidad peritoneal.
- Empalme de catéter a bolsa de drenaje.
- Fijar con puntos u apósitos.

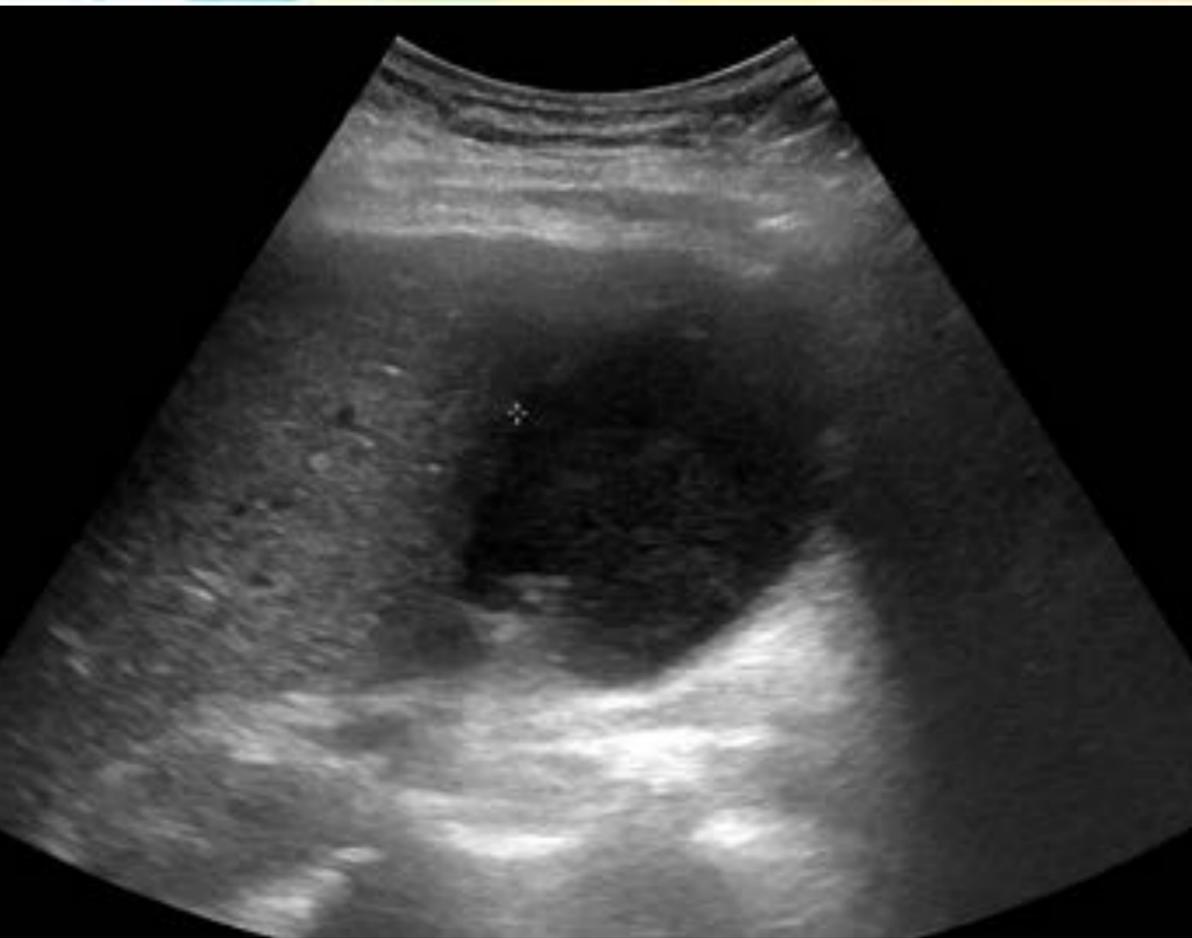


Imagen 4. Ecografía que confirma el diagnóstico de colecistitis aguda.

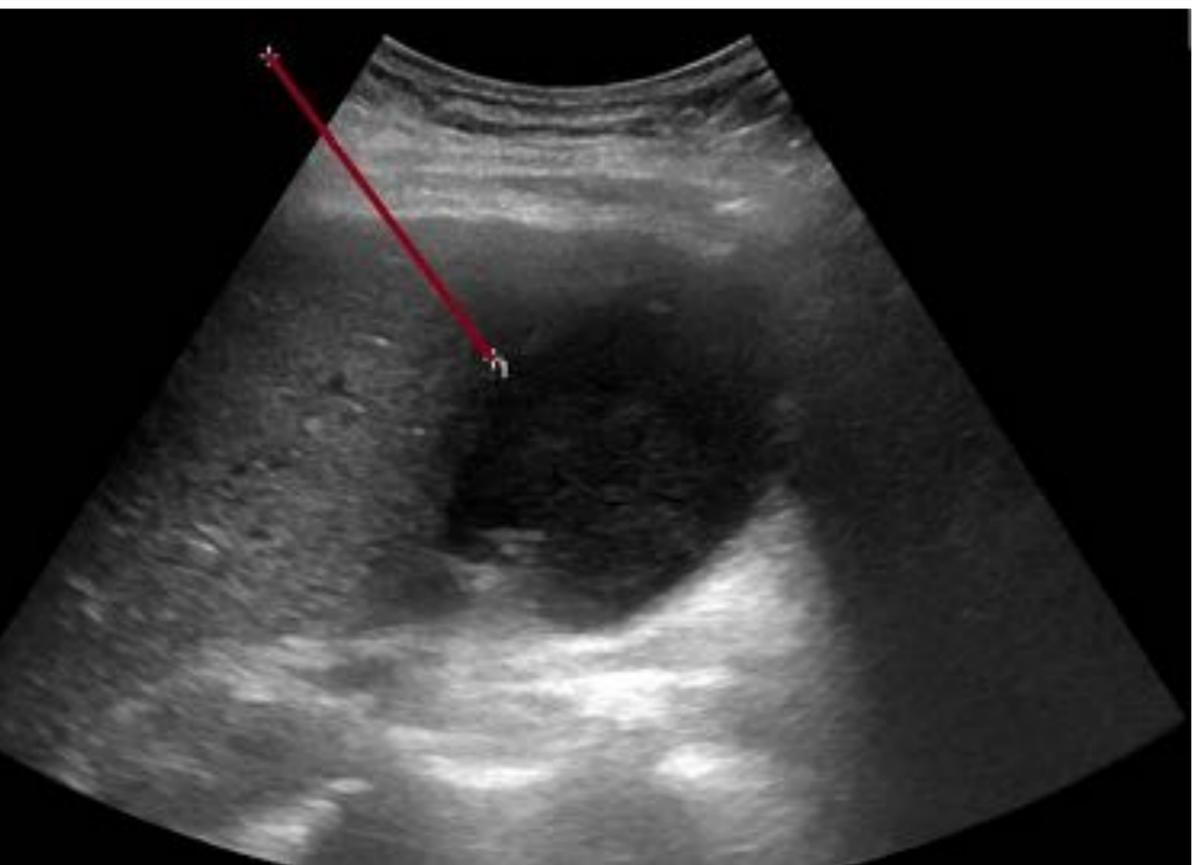


Imagen 5. Ecografía precolecistostomía en la que se evalúa abordaje transhepático.



Imagen 6. Ecografía precolecistostomía en la que se evalúa abordaje directo.

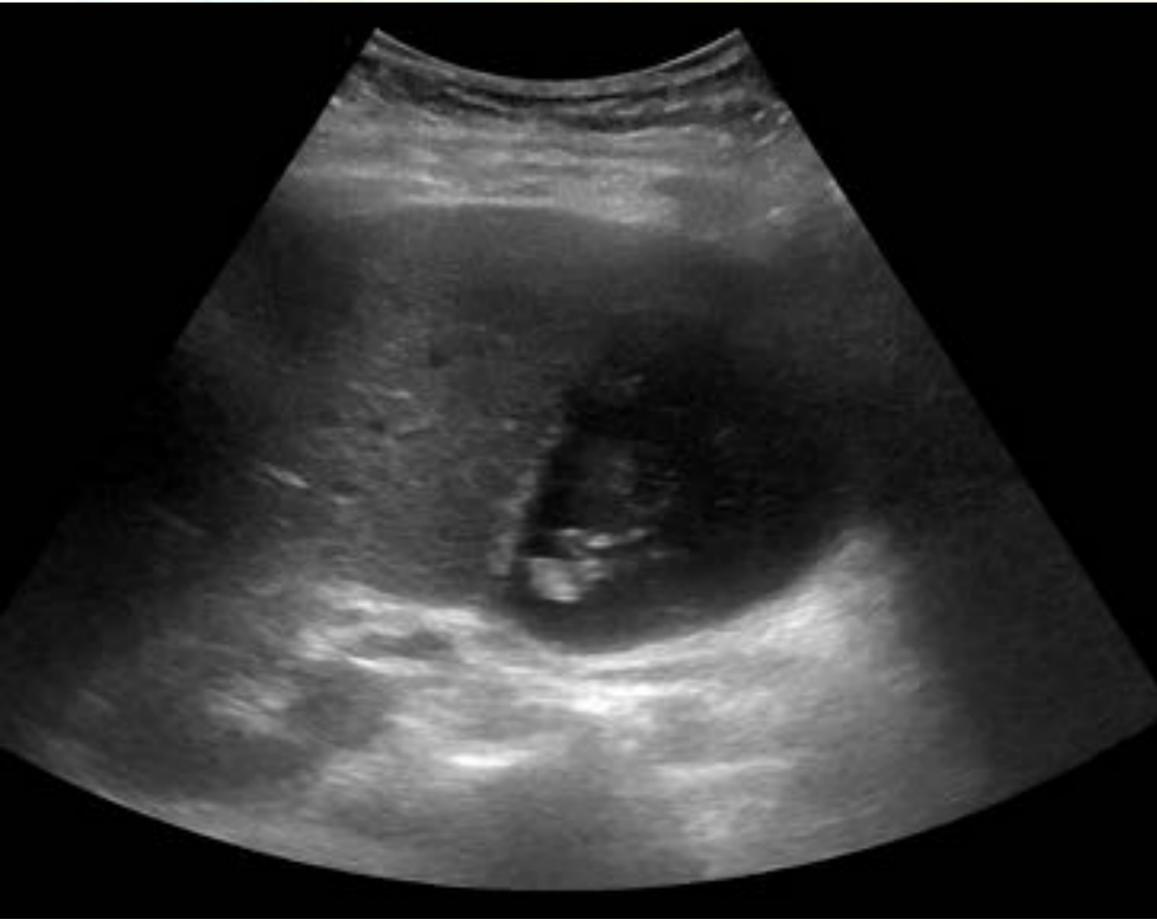


Imagen 7. Imagen previa a inicio de colecistostomía.

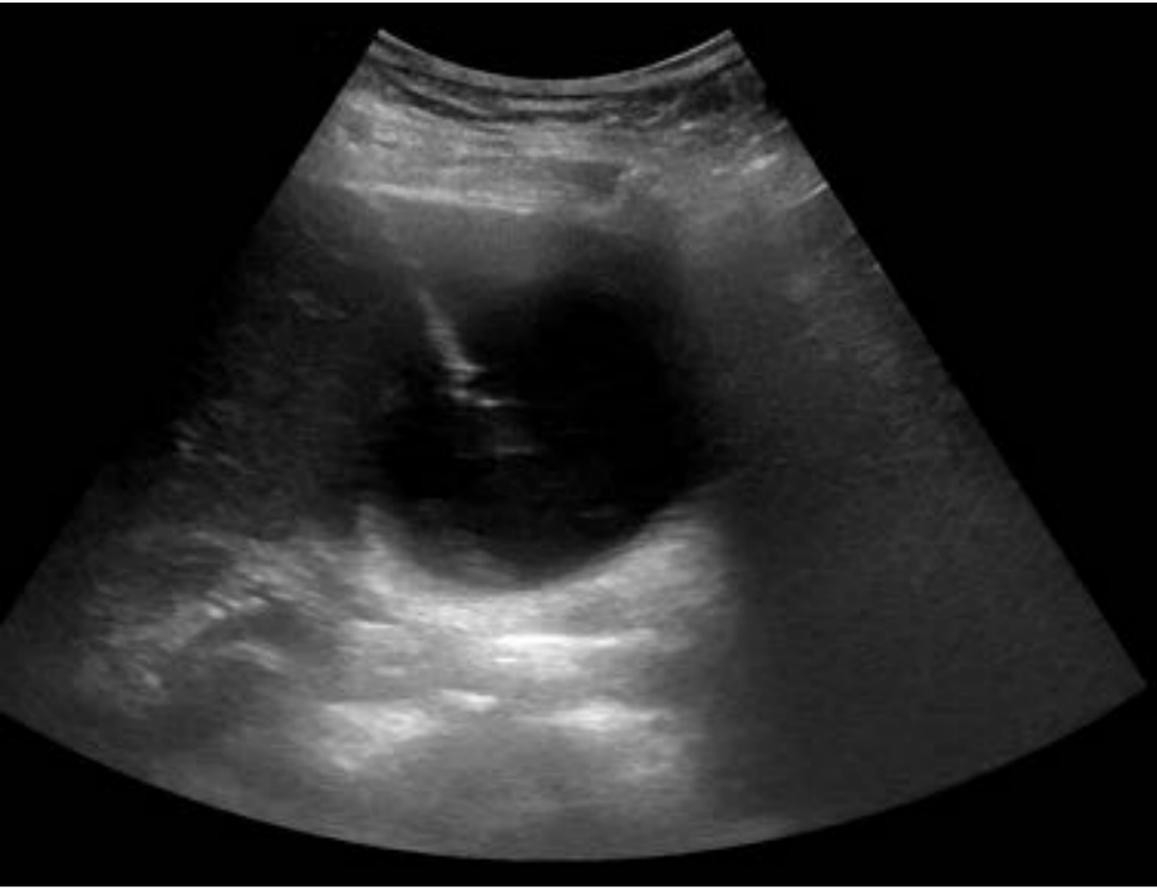


Imagen 8. Imagen ecográfica en la que se aprecia catéter pig-tail en el interior de vesícula.

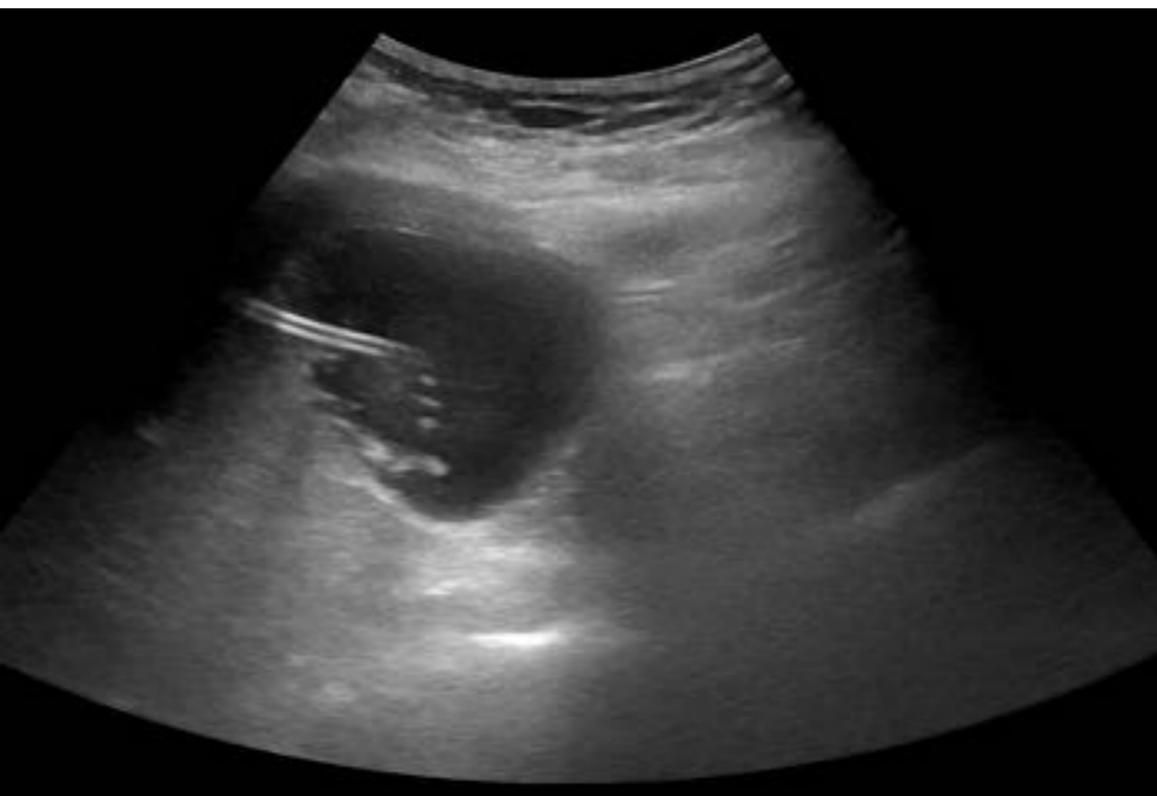


Imagen 9. Formación de pig-tail del catéter en el interior vesicular.

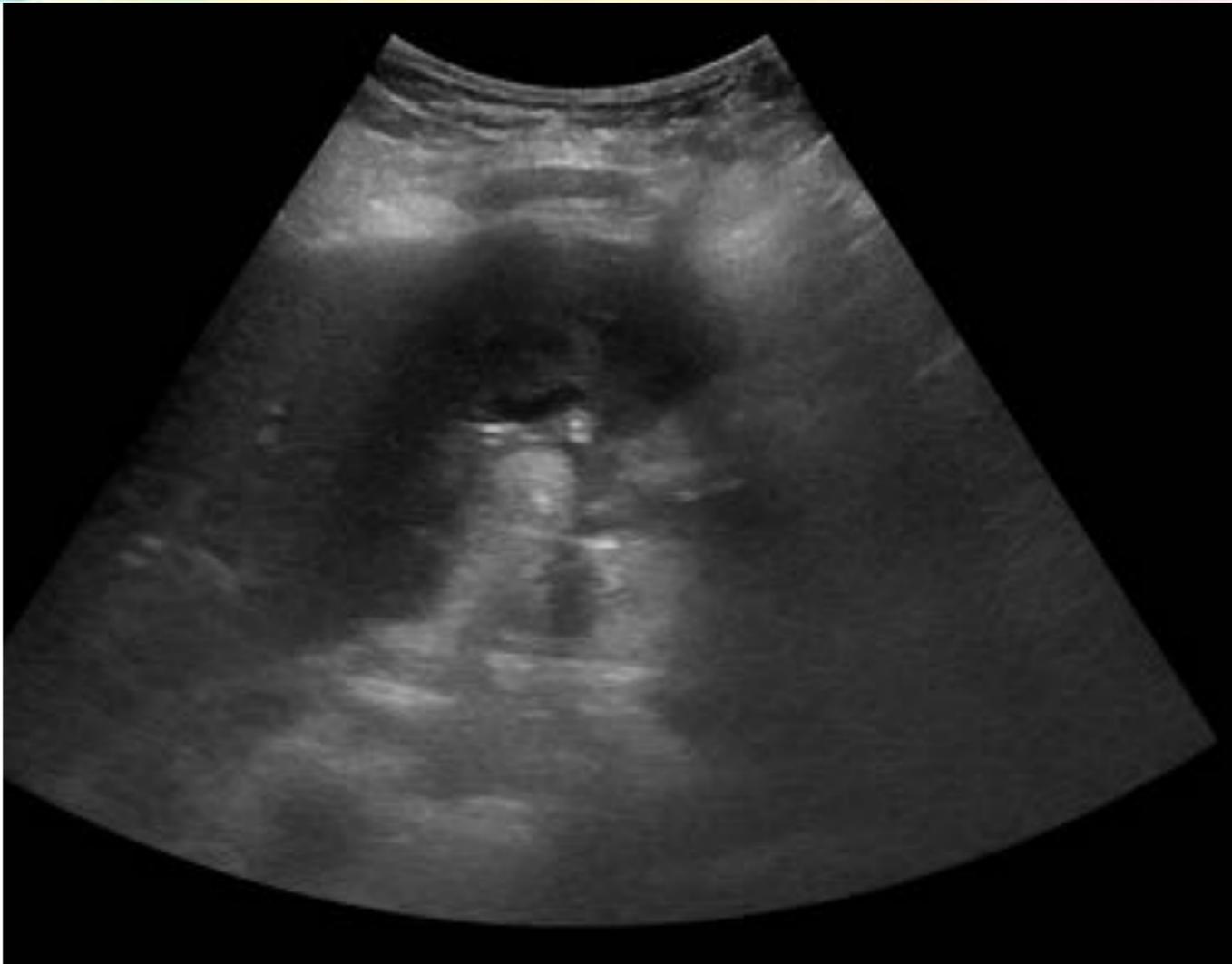


Imagen 10. Ecografía postprocedimiento que pone de manifiesto la adecuada colocación del catéter, con ausencia de complicaciones inmediatas.

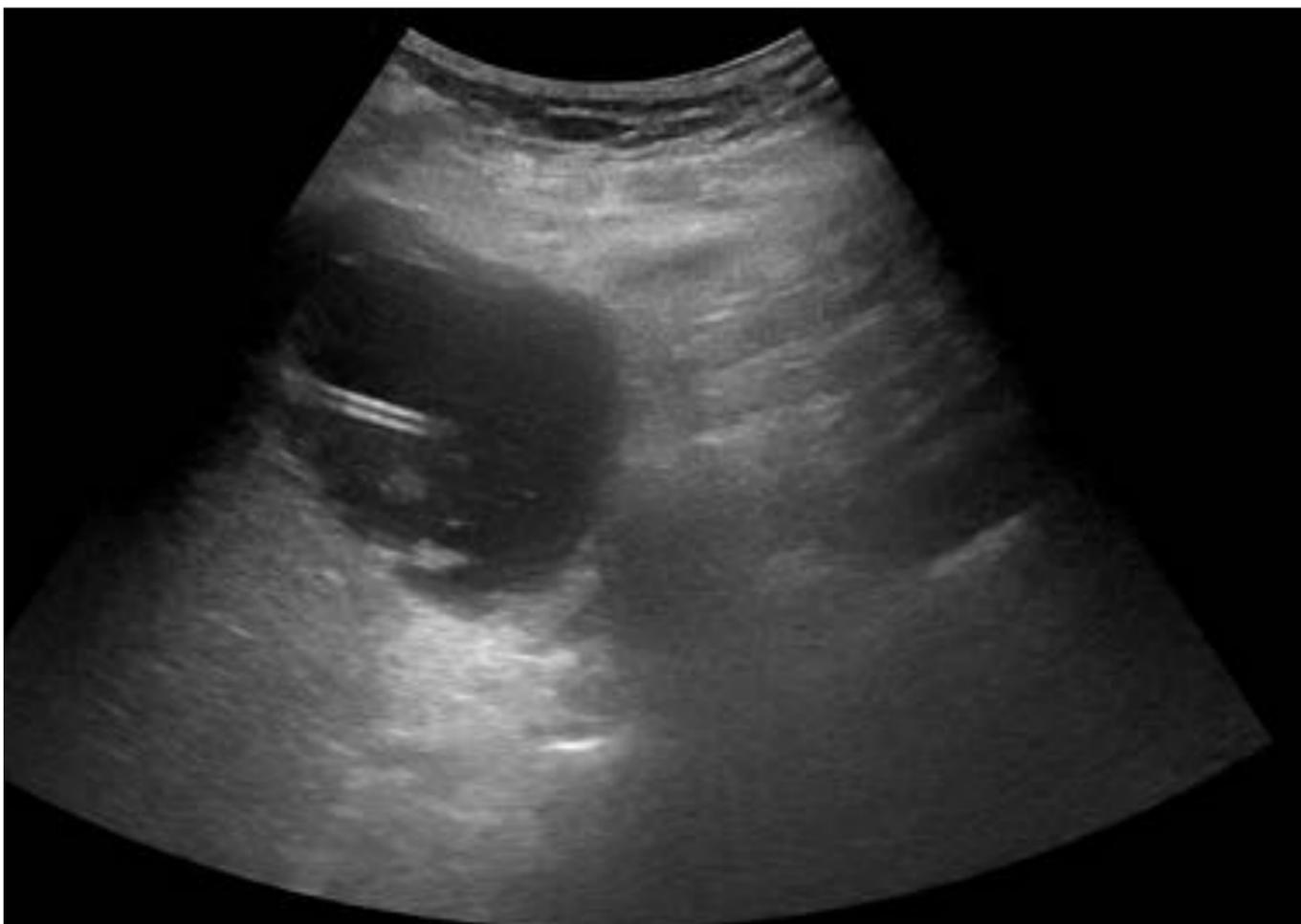


Imagen 11. Ecografía postprocedimiento. Adecuada colocación de catéter pig-tail sin complicaciones perivesiculares.

Revisión del tema

- Como hemos mencionado, es un procedimiento que no está exento de complicaciones, entre las cuales no debemos olvidar:
 - Rotura – desgarro de la vía biliar: asociada o no con formación de fístula y salida de bilis.
 - Peritonitis.
 - Lesión del pedículo vascular.
 - Perforación del colon.
 - Salida involuntaria del catéter.
 - Reacciones vasovagales.

Revisión del tema

- El abordaje transhepático disminuye el riesgo de fuga biliar, lesión de vasos portales y perforación colónica pero aumenta la posibilidad de neumotórax y hematoma hepático.
- La vía transperitoneal disminuye el riesgo de sangrado hepático y diseminación de la infección al parénquima hepático pero está asociada con mayor riesgo de perforación del colon, lesión vascular portal y desplazamiento del catéter una vez que se haya descomprimido la vesícula.

Revisión del tema

- La retirada del catéter no está recomendada antes de 3 semanas, para permitir fibrosis del trayecto y evitar una fistula biliar, si bien existen trabajos en los que la retirada del mismo tras el episodio agudo no aumenta el riesgo de complicaciones, evitando comorbilidad del paciente y la realización de controles innecesarios.
- Entre las contraindicaciones, destacar únicamente la interposición de colon entre el punto de punción y la vesícula, así como los trastornos de la coagulación y la existencia de una peritonitis biliar (en estos casos puede utilizarse como técnica para evitar la progresión, al tener un origen vesicular).

Conclusiones

- La colecistostomía percutánea con guía ecográfica se considera una alternativa eficaz en el tratamiento de las colecistitis aguda, especialmente en aquellas evolucionadas, como tratamiento previo a la colecistectomía quirúrgica, aunque en algunas ocasiones puede ser el tratamiento definitivo.
- A pesar de no ser una técnica exenta de complicaciones, es una técnica barata, eficaz y rápida, con alivio sintomático prácticamente inmediato, que debe ser controlada por los radiólogos pues está aumentando de forma significativa el número de solicitudes tanto en horario laboral como en horario de guardia.

Bibliografía

- Baron TH, Grimm IS, Swanstrom LL. Interventional Approaches to Gallbladder Disease. N Engl J Med 2015; 373:357.
- Simorov A, Ranade A, Parcels J, et al. Emergent cholecystostomy is superior to open cholecystectomy in extremely ill patients with acalculous cholecystitis: a large multicenter outcome study. Am J Surg 2013; 206:935.
- Atar E, Bachar GN, Berlin S, et al. Percutaneous cholecystostomy in critically ill patients with acute cholecystitis: complications and late outcome. Clin Radiol 2014; 69:e247
- Horn T, Christensen SD, Kirkegård J, et al. Percutaneous cholecystostomy is an effective treatment option for acute calculous cholecystitis: a 10-year experience. HPB (Oxford) 2015; 17:326.

Bibliografía

- Smith TJ, Manske JG, Mathiason MA, et al. Changing trends and outcomes in the use of percutaneous cholecystostomy tubes for acute cholecystitis. *Ann Surg* 2013; 257:1112
- Kortram K, van Ramshorst B, Bollen TL, et al. Acute cholecystitis in high risk surgical patients: percutaneous cholecystostomy versus laparoscopic cholecystectomy (CHOCOLATE trial): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2012; 13:7
- Karakayali FY, Akdur A, Kirnap M, et al. Emergency cholecystectomy vs percutaneous cholecystostomy plus delayed cholecystectomy for patients with acute cholecystitis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int* 2014; 13:316...
- Hatzidakis AA, Prassopoulos P, Petinarakis I, et al. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment. *Eur Radiol* 2002; 12:1778