

¿Cuándo y cómo es seguro retirar el catéter de colecistostomía percutánea? Nuestra experiencia.

Tipo: Presentación Electrónica Científica

Autores: Jose Luis Ortega García, Alix Julliette Mantilla Pinilla, Pedro De La Iglesia Cardeña, David Contreras Padilla, Dolores Lora Jimenez, Santiago Gil Sanchez

Objetivos

El tiempo de permanencia del catéter de colecistostomía percutánea (CP) es un concepto en discusión. La peritonitis por fuga biliar a través del tracto de CP es una complicación mayor tras la retirada del drenaje. Para minimizar el riesgo de complicación por fuga biliar, la tendencia clásica ha sido mantener el catéter de drenaje entre 3 – 6 semanas; el intervalo de tiempo establecido como necesario para la maduración del tracto.

Evaluamos la incidencia de complicaciones por fuga biliar en la retirada temprana del catéter de CP y proponemos unas directrices para una retirada segura.

Material y métodos

En este estudio prospectivo hemos incluido todas las colecistostomías percutáneas realizadas en 14 meses y registramos la incidencia de complicaciones, el tiempo de permanencia, el abordaje empleado (transhepático o transperitoneal) y el calibre del catéter en el momento de la retirada.

En nuestro servicio, los criterios para la retirada del catéter de CP son la resolución del cuadro agudo y la confirmación de la permeabilidad del conducto cístico y del colédoco en una colangiografía transcatéter.

Imágenes en esta sección:



Fig. 1: Colangiografía transcater en la que se observa que la vía biliar es permeable con buen paso de contraste al duodeno.



Fig. 2: Colangiografía transcateter en un paciente portador de una colecistostomía y un drenaje en una colección perivesicular. Se observan múltiples defectos de repleción en la vesícula en relación con litiasis. La vía biliar es de calibre normal y está permeable. En este caso el catéter de CP fue retirado satisfactoriamente.

Resultados

Se realizaron un total 37 CP durante un periodo de 14 meses. La indicación fue la colecistitis aguda, de origen litiasico en 35 pacientes y alitiásica en 2 pacientes.

En el primer grupo de 28 pacientes, el catéter se retiró después de la resolución del episodio agudo y tras la demostración de la permeabilidad del cístico y del colédoco en una colangiografía transcatéter. En ningún caso se registró complicación por fuga biliar, siendo bien tolerada en todos los casos. En este grupo, el tiempo medio de permanencia fue de 13,2 días (rango de 5 – 40 días). Si excluimos a un

paciente de evolución tórpida que permaneció con el catéter 40 días, el tiempo medio fue 9,3 días. En 10 de los pacientes se empleó la vía transhepática y en 18, transperitoneal. El calibre del catéter empleado en 15 pacientes fue de 7F y en 13 fue de 8F.

En 2 pacientes, la retirada ocurrió de forma accidental y cursando sin síntomas.

En 7 de los pacientes no se registró la retirada, por diversos motivos: exitus, retirada durante la cirugía electiva...

Conclusiones

El tiempo de permanencia del catéter de colecistostomía percutánea (CP) es un concepto en discusión. La peritonitis por fuga biliar a través del tracto de CP es una de las complicaciones mayores después de la retirada del drenaje. En la bibliografía consultada se recomienda, para minimizar el riesgo de complicación por fuga biliar, la permanencia del catéter de CP entre 3 – 6 semanas; el intervalo de tiempo establecido como necesario para la maduración del tracto.

En nuestra serie hemos obtenido un tiempo medio de permanencia del catéter de 13,3 días, si excluimos de esta media a un paciente que permaneció con el catéter 40 días, la media de este grupo, más representativo, se reduce a 9,3 días, un tiempo marcadamente inferior a lo recomendado en la bibliografía.

A pesar de las limitaciones de este estudio, fundamentalmente derivadas de su carácter descriptivo y del escaso número de pacientes, observamos que la retirada precoz del catéter de CP, es decir, tras la resolución del cuadro agudo y la demostración de una vía biliar permeable puede ser una estrategia segura y que permite, en la mayoría de los casos, la retirada del catéter en el momento del alta hospitalaria, evitando al paciente las molestias y la comorbilidad asociada a la permanencia prolongada del catéter, consultas posteriores y exploraciones adicionales.

Bibliografía / Referencias

Cherng N, Witkowski ET, Sneider EB, et al. Use of chole-cystostomy tubes in the management of patients with primary diagnosis of acute cholecystitis. *J Am Coll Surg* 2012;214:196—201.

James N. Wise, et al. Percutaneous Cholecystostomy Catheter Removal and Incidence of Clinically Significant Bile Leaks: A Clinical Approach to Catheter Management. *AJR* 2005;184:1647–1651

Adam A. Hatjidakis, et al. Maturation of the Tract After Percutaneous Cholecystostomy with Regard to the Access Route. *Cardiovasc Intervent Radiol* 1998; 21:36–40

M.W. Little, et al. Percutaneous cholecystostomy: The radiologist's role in treating acute cholecystitis. *Clinical Radiology* 2013;68: 654-660

Sanjay P, et al. Clinical outcomes of a percutaneous cholecystostomy for acute cholecystitis: a multicentre analysis. *HPB* 2013;15: 511–516