

**Quando el diagnósticó se nos queda pequeño,
nuestra experiencia en el intervencionismo
abdominal guiado por TC**

Noelia Guijarro García¹, Sara Martinez Reiriz¹, Laura
López Rodríguez¹, Ana López Herrera¹, Maria Cristina
González García¹

¹Hospital Universitario Lucus Augusti;
LUGO

Índice

- Objetivos
- Material y métodos
- Resultados
- Discusión
- Conclusiones

Objetivos

Los objetivos de este trabajo son:

1. Analizar los procedimientos intervencionistas abdominales guiados por TC realizados en un año por radiólogos no intervencionistas en un hospital de segundo nivel.
1. Ver el impacto de la técnica en el manejo definitivo del paciente (por ejemplo, si necesitó finalmente cirugía).
1. Estudiar las complicaciones asociadas al procedimiento.

Material y métodos

Diseño del estudio

El estudio consiste de una **revisión retrospectiva** de todos los procedimientos intervencionistas guiados por TC realizados en un período de un año por radiólogos no intervencionistas. Se incluyen únicamente los procedimientos realizados en el área abdominal, excluyendo los realizados en otras (tórax, mama, cuello...).

Población del estudio

Se incluyeron todos los pacientes no candidatos a cirugía que presentaban una patología subsidiaria de tratamiento percutáneo. El criterio de inclusión fue que la patología perteneciera al área abdominal y la guía se realizase mediante tomografía computerizada. El intervencionismo realizado por ecografía o por radiólogas intervencionistas ha sido excluido de este estudio.

Material y métodos

La colecistostomía percutánea se usa en el tratamiento de diversas patologías de la vesícula biliar, siendo su indicación más frecuente la colecistitis aguda en pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico.

Si bien no se han descrito contraindicaciones absolutas, las contraindicaciones relativas son:

- Coagulopatía (plaquetas < 50.000)
- Alergia a contraste yodado
- Pacientes con ascitis u otras condiciones que dificulten el acceso a la vesícula
- Abundantes cálculos
- Tumor de vesícula (riesgo de diseminación)

Importante a tener en cuenta antes del procedimiento:

- Corregir alteraciones de coagulación
- Profilaxis antibiótica
- Evaluar la anatomía por imagen
- Considerar la mejor vía de acceso (transhepática o transperitoneal)

Material y métodos

Procedimiento de una colecistostomía:

- Realizar un marcaje del punto de acceso mediante la colocación de marcadores radiodensos.
- Limpieza de la zona con solución yodada y colocación de paño estéril.
- Administración de anestesia local.
- Realizar un pequeño corte con bisturí para facilitar la inserción del trocar.
- Se introduce la aguja de punción y con el mecanismo coaxial se introduce la guía metálica hasta que el extremo distal alcanza el interior de la vesícula biliar, realizando series para asegurar la trayectoria de la aguja.
- Se aspira mediante jeringa para comprobar la correcta localización y para estudio microbiológico.
- Se introduce el catéter definitivo y se conecta a bolsa.



Fig. 1. TC para planificación de la colecistostomía evaluando anatomía y vía de acceso.

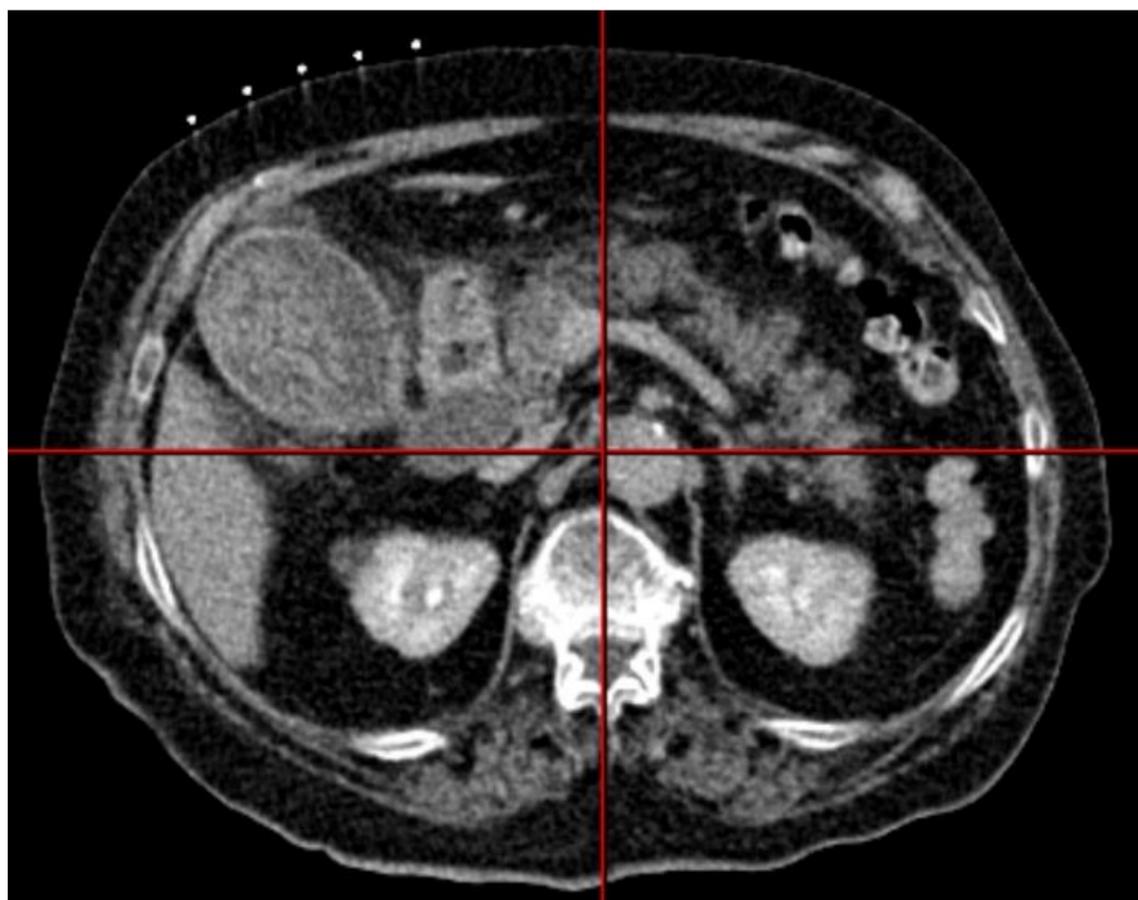


Fig. 2. TC. Se colocan marcadores hiperdensos en el hipocondro derecho para calcular distancia hasta la vesícula y trayectoria.

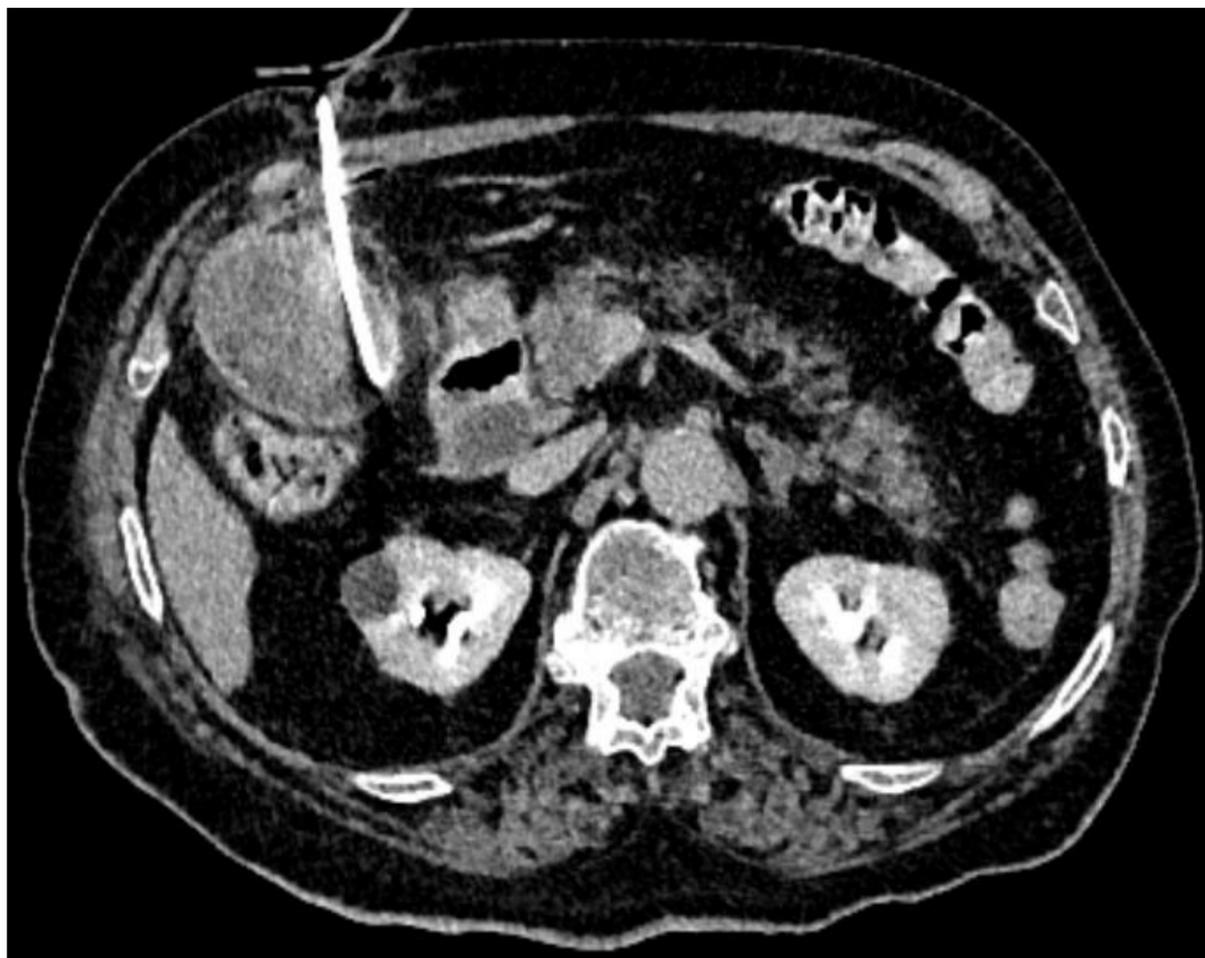


Fig. 3. TC. Colocación del drenaje.



Fig. 4. TC. Colocación del drenaje.

Resultados

Resultados obtenidos

En el último año se realizaron 56 procedimientos intervencionistas abdominales guiados por TC, de los cuales 31 (55%) fueron en hombres y 25 (45%) en mujeres, con edades comprendidas entre los 24 y 94 años. La media de edad global fue de 69 años.

	Edad mínima (años)	Edad máxima (años)	Edad media (años)
Hombres	24	94	67
Mujeres	31	93	74

Tabla 1. Muestra de edad del estudio

Resultados

DRENAJE DE COLECCIONES

De los 56 procedimientos realizados, 35 fueron drenajes de colecciones y/o abscesos, los cuales fueron secundarios a:

- Complicaciones de cirugías previas (12 casos, el 34%)
- Abscesos (11 casos, 31%)
 - 7 hepáticos
 - 1 en la fosa iliaca derecha
 - 1 en el psoas
 - 1 retroperitoneal
- Pancreatitis (6 casos, el 17%)
- Hidrosadenitis supurativas (3 casos, el 8%)
- Diverticulitis (2 casos, el 5%)
- Hematomas (1 caso, el 2%)

Resultados



Fig. 5. Drenaje de un absceso/hematoma hepático postmetastasectomía.

Resultados



Fig. 6. Drenaje de una colección en FID tras apendicectomía.

Resultados



Fig. 7. Drenaje de una colección en situación infrarrenal posterior, lateral al músculo psoas lumbar derecho, secundaria a prostatectomía.

Resultados

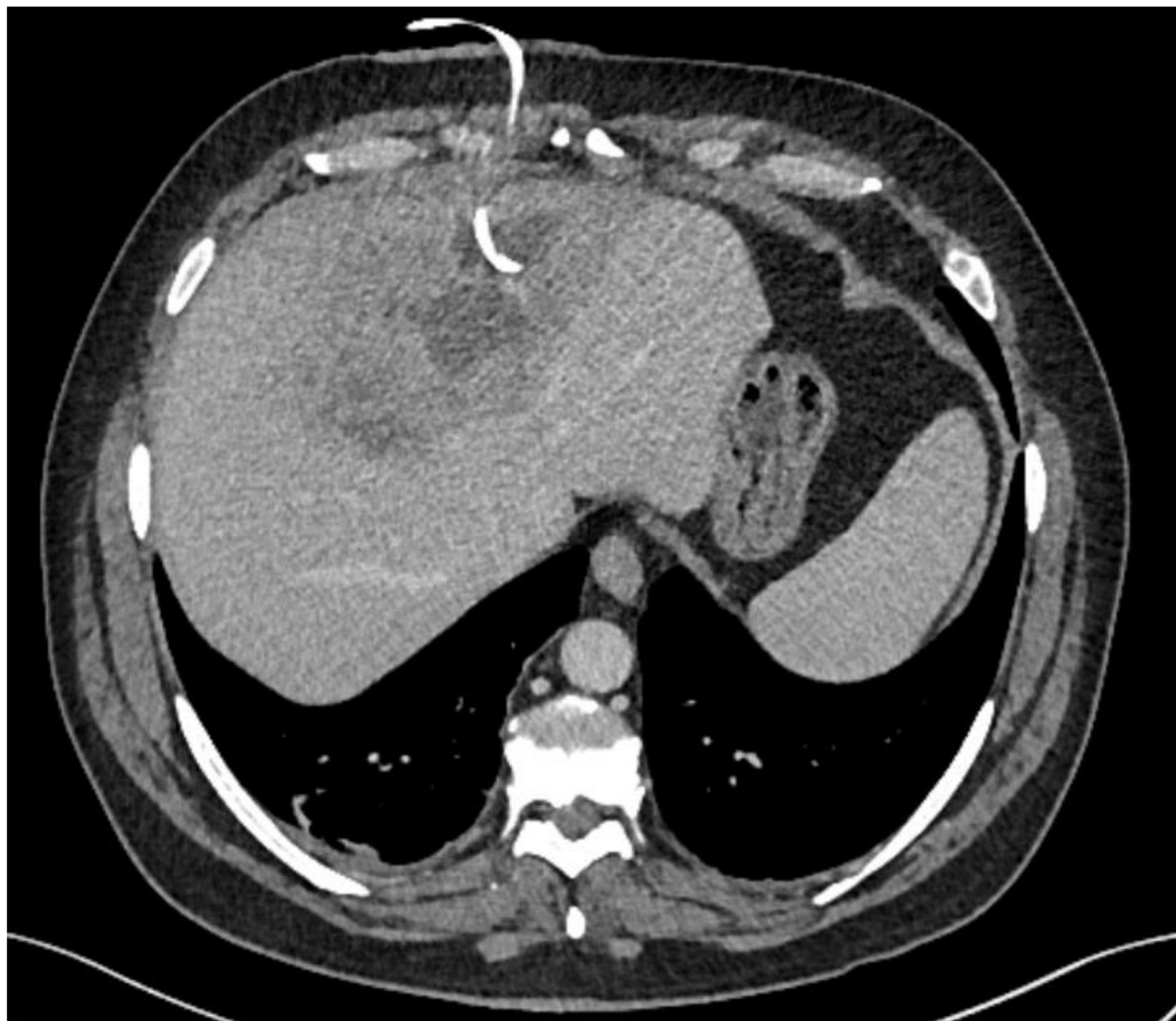


Fig. 8. Drenaje de un absceso hepático.

Resultados



Fig. 9. Drenaje de una colección secundaria a una pancreatitis necrotizante.

Resultados



Fig. 10. Drenaje de colección en un paciente con antecedentes personales de hidrosadenitis supurativa.

Resultados



Fig. 11. Drenaje de un hematoma retroperitoneal infectado, con el paciente en decúbito lateral izquierdo.

Resultados



Fig. 12. Drenaje de una colección intraabdominal secundaria a una sepsis.

Resultados

COLECISTOSTOMIAS

Se realizaron 21 procedimientos para el tratamiento de colecistitis agudas no subsidiarias de tratamiento quirúrgico, de los cuales 11 fueron mujeres y 10 hombres, con una edad media de 81 años.



Fig. 13. Catéter de drenaje alojado en el interior de la vesícula biliar.

Resultados



Fig. 14. Colangiografía percutánea para comprobar que el catéter esté adecuadamente posicionado.

Resultados

COMPLICACIONES

En **ninguno** de los casos se produjeron **complicaciones inmediatas**.

Dentro de las complicaciones tardías se produjo un desalojo de catéter en un absceso hepático, un shock séptico y un caso de sepsis abdominal.

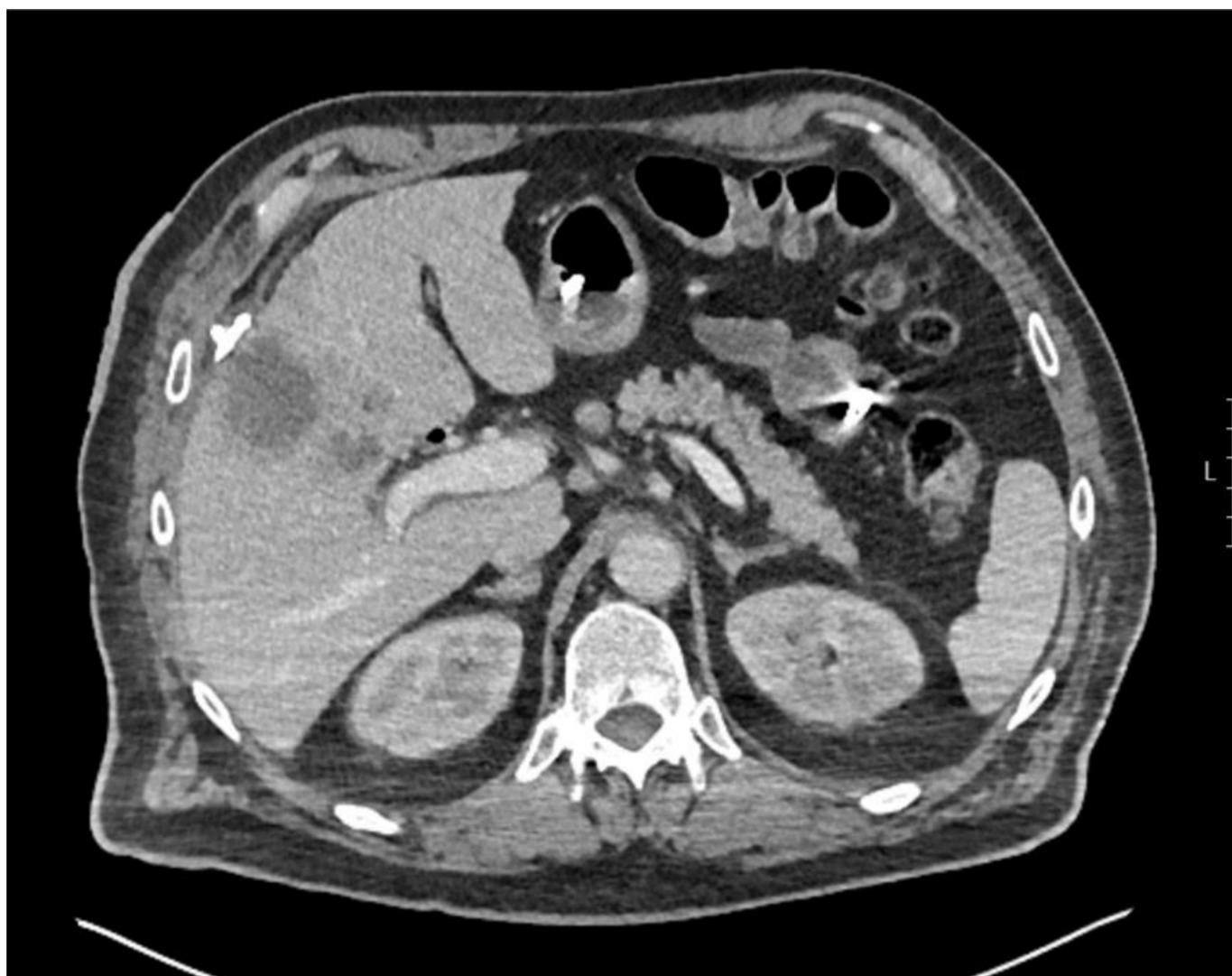


Fig. 15. TC con CV. Catéter desalojado.

Resultados

El 70% de los pacientes recibieron el alta con resolución de su patología tras el procedimiento intervencionista, siendo necesaria la cirugía únicamente en 13 casos.

De ellos, 9 fueron en pacientes sometidos a drenaje de colecciones o abscesos y 4 a colecistostomías, que finalmente tuvieron que someterse a colecistectomía.

Discusión

Hemos realizado una revisión retrospectiva sistemática en base a los casos de nuestro hospital, en la que se puede observar que los procedimientos intervencionistas guiados bajo técnicas de imagen se están consolidando como una alternativa terapéutica muy útil para pacientes frágiles o no candidatos a intervenciones más invasivas y/o quirúrgicas.

En nuestro estudio realizamos 56 procedimientos en el último año, siendo el 70% de ellos exitosos sin complicaciones inmediatas ni tardías, y por tanto proporcionando a pacientes desestimados para abordaje quirúrgico una alternativa terapéutica de la que no hubiesen dispuesto de otra manera.

En la bibliografía consultada se observan resultados similares a los de nuestro estudio, lo que avala la efectividad y utilidad de estas técnicas en nuestro servicio de Radiodiagnóstico.

Conclusiones

Queda demostrado que son procedimientos con un impacto beneficioso en pacientes no subsidiarios a otros tratamientos, con una ratio de complicaciones muy bajas y altas tasas de éxito, por lo que su realización en los servicios de Radiología ofrece un beneficio asistencial claro.

Bibliografía

- A. Hatzidakis, P. Venetucci, M. Krokidis y V.laccarino.Percutaneous biliary interventions through the gallbladder and the cystic duct: What radiologists need to know. Clinical Radiology, 2014-12-01, Volumen 69, Número 12, Páginas 1304-1311, Copyright © 2014 The Royal College of Radiologists
- Hatzidakis AA et al. Acute cholecystitis in high-risk patients: percutaneous cholecystostomy vs conservative treatment. Eur Radiol. 2002 Jul;12(7):1778-84.
- Michael D. Beland et al. Image-Guided Cholecystostomy Tube Placement: Short and Long-Term Outcomes of Transhepatic vs Transperitoneal Placement. American Journal of Roentgenology. 2019;212: 201-204