

COLECISTOSTOMÍA. UNA TÉCNICA QUIRÚRGICA CON INDICACIÓN ACTUAL EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

JORGEN A. MARCANO (1)
JOEL F. PANTOJA G (2)
ROGER ESCALONA A (3)

CHOLECYSTOSTOMY. A SURGICAL TECHNIQUE WITH CURRENT INDICATION IN HIGH-RISK PATIENTS

RESUMEN

Objetivo: Demostrar que la colecistostomía es un procedimiento quirúrgico seguro y aplicable actualmente. **Método:** Descripción de dos casos con diagnóstico de colecistitis aguda y alto riesgo quirúrgico, a quienes se les realizó la colecistostomía. Una fue realizada con anestesia local en el área de la emergencia y la otra tuvo que realizarse en quirófano, en vista de fallas técnicas de las máquinas anestésicas, ambos casos tratados en el Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" los Magallanes de Catia. Servicio de Cirugía I. **Resultados:** Ambos pacientes eran mayores de 60 años. Entre los resultados paraclínicos destaca la leucocitosis con desviación a la izquierda. Los pacientes fueron catalogados como ASA IV y ASA III. Ambos recibieron antibióticos endovenosos desde su ingreso, sin mejoría clínica ni paraclínica. Se realizó la colecistostomía quirúrgica, logrando conseguir la estabilidad hemodinámica. Posteriormente, fueron llevados a tratamiento quirúrgico definitivo de manera electiva, lográndose una evolución satisfactoria. **Conclusión:** En pacientes de edad avanzada con comorbilidades que condicionen un alto riesgo anestésico y quirúrgico en el contexto de un cuadro de colecistitis aguda sin respuesta al tratamiento médico, la colecistostomía proporciona una excelente alternativa quirúrgica temporal, para lograr la estabilidad hemodinámica y así disminuir la morbimortalidad.

Palabras clave

Colecistostomía, colecistitis aguda, alto riesgo quirúrgico

ABSTRACT

Objective: To demonstrate that cholecystostomy is a safe surgical procedure and applicable today. **Method:** Description of two cases with a diagnosis of acute cholecystitis and high surgical risk, who held the cholecystostomy. One was carried out under local anaesthesia in the area of the emergency and the other had to be done at operating room, in view of technical failures of the anaesthetic equipment, study done at Hospital General del Oeste "Dr. Jose Gregorio Hernandez" Magallanes de Catia, Caracas, Surgery service I. **Results:** Both patients were over the age of 60, the paraclinical findings include leukocytosis with left shift. The patients were classified as ASA III and IV. Both received intravenous antibiotics from your income, without clinical or paraclinical improvement. He was the surgical cholecystostomy, managing to achieve hemodynamic stability. Subsequently, were taken to definitive surgical treatment of elective way, with a satisfactory evolution. **Conclusion:** In older patients with comorbidities that determine high risk surgical and anesthetic in the context of acute cholecystitis with no response to medical treatment, the cholecystostomy provides an excellent temporary surgical alternative, to achieve hemodynamic stability and thus reduce morbidity and mortality.

Key words

Cholecystostomy, acute cholecystitis, high surgical risk

- 1 Residente de 3er año del postgrado de Cirugía General, servicio de Cirugía I, Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.
- 2 Cirujano General, adjunto del servicio de Cirugía I, Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Magallanes de Catia, Caracas.
- 3 Cirujano General, jefe del Departamento de Cirugía y director del postgrado de la especialidad. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". Profesor Agregado de la Escuela "Dr. Luis Razetti", Universidad Central de Venezuela. Miembro de la Sociedad Venezolana de Cirugía

La colecistitis aguda es la segunda complicación-en orden de frecuencia- de la colelitiasis, precedida por el cólico biliar, su incidencia está íntimamente relacionada con la prevalencia de la colelitiasis, la cual oscila entre el 10 y el 15% en pacientes adultos. Conlleva un costo estimado de 6 billones de dólares para el año 2000 en los Estados Unidos de Norte América⁽¹⁾, la prevalencia de la colelitiasis aumenta con la edad y con la presencia de factores de riesgo como la obesidad, dislipidemias, diabetes mellitus tipo 2 y el hiperinsulinismo⁽²⁾.

El tratamiento de elección para esta patología es la colecistectomía, sea realizada mediante un abordaje laparoscópico -actualmente llamado el abordaje convencional- o un abordaje abierto; este tratamiento proporciona una solución definitiva y logra disminuir la morbi-mortalidad al eliminar el foco infeccioso, disminuyendo considerablemente la probabilidad de la formación de litos en la vía biliar, según la teoría expuesta por Admiran and Small^(3,4,5)

Sin embargo, existen condiciones que pudieran contraindicar de manera relativa o absoluta este tipo de tratamiento, por lo menos, como primera opción. Estos son los casos en los cuales las comorbilidades condicionan un alto riesgo anestésico y/o quirúrgico. Son situaciones en las cuales el cirujano general debe sopesar el riesgo-beneficio de plantear un tratamiento quirúrgico definitivo como primera opción, y apoyarse en otras especialidades para la consecución de la toma de decisiones para el manejo del paciente. En estos casos, la administración endovenosa de antibióticos, es una herramienta que ha demostrado tener excelentes resultados, pudiéndose lograr lo que comúnmente llamamos -en la jerga del cirujano- "enfriar el proceso", lo que nos permite resolver el cuadro agudo, dándonos el tiempo necesario para que disminuya el proceso inflamatorio y se consiga - de ser el caso- la estabilidad hemodinámica necesaria para su posterior resolución quirúrgica, al cabo de las 72 horas o pasadas las 6 semanas^(6,7).

Existen situaciones que ocurren- por fortuna- con menos frecuencia, y son los casos más complicados de tratar; son aquellos pacientes que por sus comorbilidades asociadas⁽⁸⁾ -puesto que, en su mayoría, son ancianos- condicionan un alto riesgo anestésico y/o quirúrgico, además de no obtenerse respuesta satisfactoria al tratamiento endovenoso con antibióticos. Son pacientes que, por la persistencia del foco infeccioso y las comorbilidades, que en su mayoría son cardio-respiratorias, presentan un rápido deterioro clínico que puede progresar a la muerte.

La colecistostomía, es una técnica quirúrgica que es desconocida por muchos y menospreciada por otros, sin saber, que éste fue el primer procedimiento quirúrgico realizado sobre la vía biliar, descrito por John S. Bobbs el 15 de julio de 1867, profesor de cirugía del Colegio Médico de Indiana⁽⁹⁾. Aquí vale la pena citar la premisa del filósofo Auguste Comte - "Una ciencia no se sabe bien si no se conoce su historia" -su ignorancia conlleva a repetir

los errores del pasado. "Es necesario evaluar las circunstancias que llevaron a aquellos personajes a traspasar límites impuestos por la tradición, la ignorancia y -por qué no-la superstición, con el único objetivo de dar al prójimo el mejor tratamiento posible para estas enfermedades"⁽¹⁰⁾.

Esta técnica quirúrgica, puede ser realizada con anestesia local, con un mínimo de daño a los tejidos, en un lapso de tiempo corto y además nos permite realizar el drenaje y extracción de los cálculos de la vesícula biliar; sirviendo así como tratamiento paliativo, permitiendo la rápida recuperación del episodio agudo y logrando minimizar la morbilidad y la mortalidad.

El objetivo del presente estudio, es describir la experiencia de dos casos de colecistitis aguda, centrándonos en describir las condiciones y situaciones que nos llevaron a realizar la colecistostomía, y analizar la evolución durante la intervención y en el postoperatorio.

CASOS CLÍNICOS

Caso Nº 1

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 61 años de edad, con antecedentes médicos de: hipertensión arterial desde hace más de 25 años, con antecedentes de 4 infartos de miocardio, portadora de una cardiopatía mixta con una fracción de eyección de 17% según Simpson; además de una fibrilación auricular y asma bronquial. Acude al área de la emergencia refiriendo el inicio de enfermedad 72 horas antes de su ingreso por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, de carácter cólico, de aparición postprandial y localizado en hipocondrio derecho, irradiado a región dorsal ipsilateral, no atenuado con antiespasmódicos. Concomitantes presentaba náuseas sin vómitos.

Al momento de la evaluación presenta TA: 170/110 mm Hg, FC: 102, FR: 18, temp: 38º C, la piel blanca sin tinte icterico, cardio-respiratorio sin alteraciones. Abdomen: globoso a expensas de pániculo adiposo, ruidos hidroaéreos presentes. A la palpación era blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con punto cístico doloroso, signo de Murphy negativo, fondo vesicular no palpable, sin organomegalias ni signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral no dolorosa. Neurológicamente vigil, consciente, orientada en tiempo, espacio, persona.

Se le realizan laboratorios al ingreso, apreciándose: leucocitosis de 15.000, con 84% de segmentados; el perfil hepatobiliopancreático dentro de los límites de la normalidad. Se realiza un ecsonograma abdominal que concluye en colelitiasis y signos ecográficos sugestivos de colecistitis aguda.

Se plantea el tratamiento quirúrgico definitivo, por lo que fue evaluada por el servicio de Medicina Interna, debido a los antecedentes médicos, quienes concluyen como ASA IV. Debido al alto riesgo, el servicio de Anestesiología, en conjunto con

Medicina Interna, sugieren la necesidad de atención en la Unidad de Terapia Intensiva para el manejo postoperatorio, con lo que no se contaba para este momento, por lo que se intenta realizar la referencia de la paciente a un centro que cuente con este tipo de atención, lo que fue infructuoso.

Desde su ingreso se inicia tratamiento con ceftriaxona 2 gr c/12hrs; a las 24 hrs posteriores se evidencia elevación de la leucocitosis llegando a 20.000 con 94% de segmentados, fiebre cuantificada en 38,8°C, sin alteración del perfil hepático ni biliar. Se decide asociar metronidazol a dosis de 500 mg EV c/8hrs, sin evidencia de mejoría. A las 72 horas se exacerba el dolor, el fondo vesicular se hace palpable, el deterioro clínico es más evidente, comprometiendo el sistema cardiorrespiratorio, manifiesto por fibrilación auricular, que ameritaba el uso de antiarrítmicos, y derrame pleural derecho. En vista de la imposibilidad de la referencia, de la negativa del servicio de Anestesiología de someter a la paciente a un acto anestésico sin el apoyo de Terapia Intensiva, y en el rápido y progresivo deterioro clínico del paciente, se decide realizar el drenaje de la vesícula biliar.

En el área de la emergencia (Figura N°1), bajo sedación con midazolam, anestesia local, monitorización continua y el apoyo del servicio de Medicina Interna, se realiza una minilaparotomía de 2 cm, hasta el abordaje del fondo vesicular (Figura N°2), posteriormente se confecciona una jareta con sutura de crómico cero y se realiza una colecistostomía, lográndose drenar 200 ml de secreción purulenta. Se extraen 3 litos de 0,8 a 1,2cm de diámetro y se realiza lavado de la vesícula biliar con 500 ml de solución fisiológica. Posteriormente se confecciona la ostomía con sonda de Foley N° 24.

La paciente toleró el procedimiento sin ninguna alteración hemodinámica durante el trans operatorio. Evoluciona de manera satisfactoria, evidenciándose, a las 24 horas, un descenso de la cuenta blanca a

10.000 con 70% de segmentados. También se logra la estabilidad hemodinámica, y es egresada del área de hospitalización a los 18 días del postoperatorio.

En el lapso de 3 meses y completadas las evaluaciones preoperatorias pertinentes, la paciente es llevada de manera electiva al quirófano y se le realiza la colecistectomía abierta, sin ninguna complicación (Figura N° 5).

Caso N° 2

Se trata de paciente masculino de 83 años de edad, con antecedentes médicos de hipertensión arterial desde hace más de 30 años, así como una cardiopatía mixta crónica compensada. Antecedente quirúrgico de laparotomía exploradora hace 30 años por trauma abdominal por arma blanca, del cual no precisa más datos.

Refiere inicio de enfermedad actual 24 horas previas a su ingreso, cuando presenta dolor abdominal tipo cólico, de aparición postprandial, de moderada intensidad y localizado en hipocondrio derecho que se irradia a región escapular ipsilateral, no atenuado con antiespasmódicos; concomitantemente náuseas sin vómitos, motivo por el cual acude al área de emergencia en horas de la noche.

Al momento de la evaluación presenta TA: 180/94 mm Hg, FC: 98, FR: 20, temp: 37° C. Piel blanca sin tinte icterico. Sin alteraciones cardiopulmonares. Abdomen: globoso a expensas de panículo adiposo, con cicatriz supra-para- infraumbilical de 30 cm, eucrómica, eutrófica, no retráctil, sin defectos aponeuróticos; ruidos hidroaéreos presentes. El abdomen es blando, deprimible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con punto cólico doloroso, fondo vesicular no palpable, signo de Murphy negativo, sin organomegalias ni signos de irritación peritoneal. Puño percusión renal bilateral no dolorosa. Neurológicamente consciente, orientado en tiempo, espacio y persona.

Se le realizan exámenes paraclínicos que arrojan una leucocitosis de 16.000 con neutrófilos en 70 %, hemoglobina: 11 gr/dl, hematocrito: 33%, plaquetas: 160.000. El perfil hepático-bilio-pancreático dentro de la normalidad. Se le realiza un ecosonograma abdominal donde se evidencia signos sugestivos de colecistitis aguda sin evidencia de cálculos. Posteriormente fue evaluado por el servicio de Medicina Interna, quienes realizan evaluación preoperatoria concluyendo el riesgo como ASA III. Se inicia terapia endovenosa con ceftriaxona 2gr BID. Por haber consultado en horas de la noche, se decide resolución quirúrgica al día siguiente. En vista de persistencia de la clínica y sin evidencia de mejoría paraclínica se decide realizar la colecis-



Figura N°1
Colecistostomía en área de emergencia

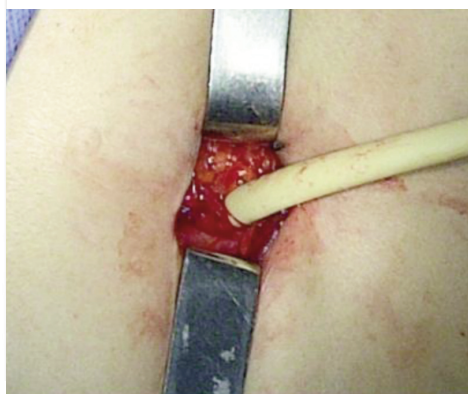


Figura N°2 Colecistostomía por minilaparotomía

tectomía abierta, por lo que, bajo anestesia general inhalatoria, se aborda la cavidad abdominal a través de una incisión subcostal derecha, con los hallazgos de un síndrome adherencial severo entre epiplón mayor, vesícula biliar y colon transverso, por lo que se inicia la disección de las estructuras. Durante el acto quirúrgico se produce una falla eléctrica en la institución con subsecuente falla de la máquina anestésica, la cual no es posible solventar y al paciente se le debe administrar oxígeno de manera manual a través de una bolsa de Ambú, lo que obliga a diferir la colecistectomía, sin embargo la disección previa permitió evidenciar el fon-

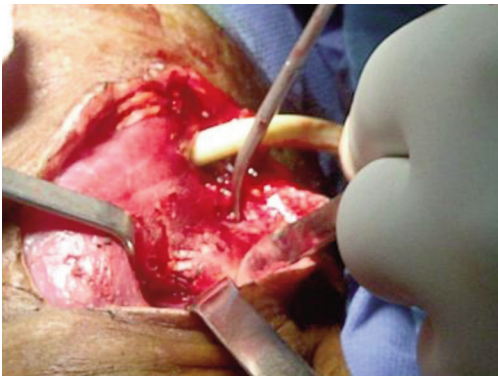


Figura N°3
Colecistostomía en área quirúrgica. Visión lateral

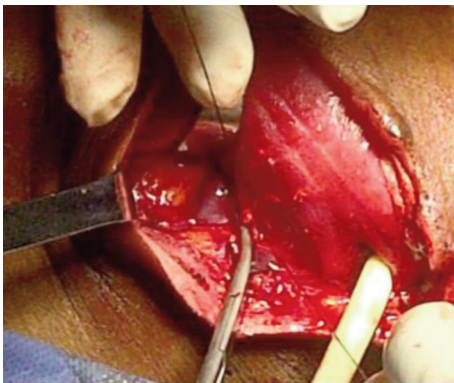


Figura N°4
Colecistostomía en área quirúrgica. Visión frontal

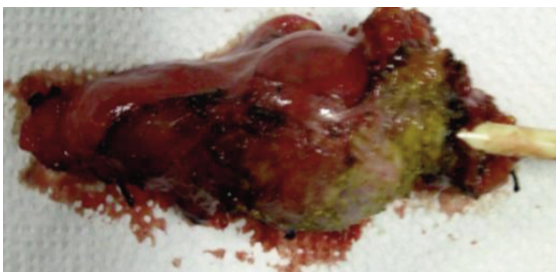


Figura N°5
Vesícula biliar con sonda post-colecistectomía

do vesicular y se realiza la colecistostomía con sonda de Foley N° 20 (Figuras N° 3 y N° 4). Posteriormente el paciente evoluciona de manera satisfactoria, con mejoría clínica y paraclínica, y es egresado a las 72 hrs, con tratamiento ambulatorio.

En el lapso de 6 semanas, fue llevado a una cirugía electiva, donde se realizó la colecistectomía abierta, sin ninguna complicación trans ni postoperatoria.

DISCUSIÓN

La colecistostomía consiste en la descompresión y drenaje de la vesícula biliar en situaciones de distensión aguda, hidropesía vesicular o colección purulenta o en casos donde exista una obstrucción del colédoco distal con un conducto cístico permeable, pudiera evitar cuadros tan complicados como lo es la colangitis, mediante la colocación de un drenaje con control radiológico o quirúrgico⁽¹⁾.

Fueron los babilonios 2000 a.C quienes hicieron la primera descripción de la vesícula biliar, el canal cístico y el colédoco, como se deduce de un modelo de barro de un hígado de oveja de ese período que se encuentra en el Museo Británico, en Londres. Tal vez, fue Mateo Realdo Colombo en 1559 el primero en describir la presencia de cálculos y sus consecuencias en la vía biliar de San Ignacio de Loyola quien aparentemente murió de sepsis biliar por coledocolitiasis con perforación de la vena porta por uno de ellos. Sin duda alguna, el drenaje de la vía biliar fue el primer procedimiento quirúrgico descrito sobre las vías biliares, realizada el 15 de julio de 1867 por John S. Bobbs, profesor de cirugía del Colegio Médico de Indiana⁽⁹⁾.

La cirugía hepatobiliar ha evolucionado considerablemente desde aquella época. Sin embargo, el conocimiento de su historia nos permite identificar quienes enfrentaron y como se abordó una de las ramas quirúrgicas de mayor atractivo para los médicos en formación, y no solamente repetir nombres y fechas, sino evaluar las circunstancias que llevaron a aquellos personajes a traspasar límites impuestos por la tradición, la ignorancia y – por qué no – la superstición, con el único objetivo de dar al prójimo el mejor tratamiento posible para estas enfermedades⁽¹⁰⁾.

En la actualidad la patología biliar es uno de los motivos más frecuentes de consulta en emergencias a nivel mundial y su resolución a través de cirugías mínimamente invasivas ha desplazado a otros procedimientos quirúrgicos sobre la vía biliar. De hecho, en varias series o trabajos se describen una tasa de colecistectomía laparoscópicas del 95% en relación a la cirugía abierta para la resolución de las emergencias. Sin embargo, trabajos que reporten la incidencia de colecistostomías de emergencia son muy escasos o prácticamente inexistentes. Esto hace pensar, que esta alternativa quirúrgica pudiera ser desconocida para muchos de los cirujanos en formación o los recién formados.

Cada vez son más numerosos los procedimientos quirúrgicos

en pacientes ancianos. Este tipo de paciente generalmente trae consigo una serie de comorbilidades, que condicionan un mayor riesgo quirúrgico, es por esto que en este tipo de paciente se hace énfasis en las evaluaciones preoperatorias incluso en el área de emergencia antes de ser llevado al área quirúrgica. Los estudios de Vacanti et al y Marx et al demuestran una mayor mortalidad, según el estado fisiológico, con cifras para los pacientes ASA III entre el 1,8 y el 4,3%; ASA IV: 7,8 a 23,4% y en ASA V entre el 9,4 a 50,7%. Sin embargo, esta clasificación tiene cierto grado de subjetividad, ya que no recoge factores como la edad, nutrición o función de órganos específicos, factores todos importantes al momento de tomar una decisión quirúrgica^(11,12). La proporción de pacientes mayores de 60 años que se operan por colecistitis aguda va en aumento, y se acerca al 40% de las series. El reconocimiento del riesgo operatorio en el paciente mayor con enfermedad biliar benigna ha llevado al cirujano a seleccionar procedimientos poco agresivos. Siendo entre estos el drenaje paliativo de la vesicular biliar.

En nuestro caso, describimos dos casos muy puntuales y que, por la urgencia de la patología y la imperante necesidad de buscar una solución rápida y "segura". Se realizó el procedimiento quirúrgico más antiguo descrito en la literatura, sobre la vía biliar, con excelentes resultados.

La colecistostomía, es una alternativa aplicable en casos de colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo anestésico y/o quirúrgico (ASA III y IV) o en situaciones en las cuales se amerite de una técnica rápida y de relativa facilidad para drenar la vía biliar. Su empleo acarrea una eficacia y una seguridad razonable en términos de curación del episodio agudo, disminuyendo la morbimortalidad y permitiendo lograr la estabilidad hemodinámica necesaria para una evolución postoperatoria satisfactoria. Creemos que es imperante el conocimiento de esta técnica quirúrgica por parte de los cirujanos en formación y recién formados.

REFERENCIAS

- 1) Grau E, García F, Huerta B, Prado A: La colecistitis aguda tratada con colecistostomía y extracción de cálculos bajo anestesia local en el paciente anciano de alto riesgo. *Cir Esp* 2003; 73(3): 173-177.
- 2) Portincasa P, Di Ciaula A, Bonfrate L, QH Wang D. Therapy of gallstone disease: What it was, what it is, what it will be. *World J Gastrointest Pharmacol Ther* 2012. 3(2): 7-20.
- 3) Pontiacasa P, Moschetta A, Palasciano G: Cholesterolgallstonedisease. *Lancet*. 2006; 368: 230-239
- 4) Navarro V, Zabala A et al: Metabolismo del colesterol bases actualizadas. *Cir Esp* 2009; 7: 360-384
- 5) Fuchs M, Sanyal A: Sepsis and cholestasis. *Clin Liver Dis* 2008.12: 151-172
- 6) Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis. Instituto Mexicano del Seguro Social 2009: 1-30. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/profesionales/guíasclínicas/pages/guías.aspx>
- 7) Patiño J, Vergara A: Colecistitis Aguda. 3era edición. En: Guías para manejo de urgencias. tomo II. Colombia. Fernando L. 2009. p.177-181
- 8) De la Peña M, Ramírez G, Liho A: Colecistostomía laparoscópica por piocolecisto en el paciente con Child C. ¿límite o realidad?. Reporte de un caso. *Rev Mex Cir Endosc* 2010; 11:213-217.
- 9) Quintero G. Cirugía hepatobiliar: historia y perspectiva. *Rev MED* 2004; 26: 244-248.
- 10) Rodríguez-Montalvo F: Conferencia "Historia de la cirugía biliar", Congreso Internacional de la Sociedad Venezolana de Cirugía , Maracaibo 2013.
- 11) Membreño A, Mejía S: Colecistostomía con sonda en colecistitis aguda: la alternativa menospreciada. *Rev Med Hondur* 1988; 5: 56-65
- 12) Rodríguez J, Roig J, Girones J, Codina A, Maroto A, Osorio M et al. Colecistostomía abierta o percutánea en pacientes de alto riesgo. Análisis de una serie de 30 pacientes. *Cir Esp* 2003; 73(6): 336-341.