

Colecistostomía Percutánea

PICOREL, JORGE; VIVES, DANIEL;
GOMEZ GIMENEZ, EDUARDO *

Resumen La colecistostomía percutánea es un método terapéutico que consiste en introducir un catéter en la vesícula guiado por algún método de imágenes. En principio se realizaba para tratar las colecistitis agudas litiásicas en pacientes que no se podían operar en ese momento y difería el acto quirúrgico para cuando el paciente pudiera operarse. En la actualidad se realizan además en las colecistitis alitiásicas, colecistitis enfisematosas, para extracción de cálculos, toma de muestras para bacteriología, biopsias, para plenicar la vía biliar en los casos que no esté dilatada o no sea accesible por otra vía y en algunos casos como tratamiento definitivo. En este trabajo se realiza una actualización del tema y se muestra la realización práctica de dos casos con su iconografía correspondiente.

Introducción

La colecistostomía quirúrgica es un tratamiento paliativo para la colecistitis y la obstrucción biliar cuando las condiciones del paciente no permiten técnicas más complejas. La colecistostomía percutánea es una alternativa al procedimiento anterior y un método de acceso directo al tracto biliar para exámenes diagnósticos tales como estudio bacteriológico de la bilis o colangiografía percutánea o con fines terapéuticos (1). Una aplicación más sofisticada de la colecistostomía percutánea es la de introducir luego del procedimiento un coledoscopia flexible y a través de éste, efectuar una litotripsia con laser (2).

Si bien se entiende que la colecistostomía percutánea es un procedimiento paliativo en pacientes inoperables a la espera de que varíe su condición y puedan ser intervenidos, han aparecido algunos artículos en los que luego de la colecistostomía percutánea no se realizó la exéresis. En controles a largo plazo de 19 pacientes, se observó funcionalismo normal por ultrasonido, sirviendo en estos casos como tratamiento definitivo (3).

Descripción de los casos

El paciente era un hombre de 62 años con un aneurisma disecante tipo B de aorta torácica. Fue dado de alta y regresó a las 72 horas con un cuadro febril, notable deterioro del estado general y dolor abdominal. Se realizó una ecografía que muestra una vesícula con una litiasis enclavada en el bacinete, paredes engrosadas con edema subseroso y hemograma con 16.100 blancos con desviación hacia la izquierda. La evaluación del riesgo operatorio mostró que a sus antecedentes del aneurisma disecante se sumaban una cardioesclerosis con un hemibloqueo anterior izquierdo que lo aumentaba sensiblemente (tipo IV). Ante esta situación nos pidieron que efectuaráramos una colecistostomía percutánea.

El paciente fue premedicado con valium y atropina y trasladado a la sala de radioscopia donde también colocamos el ecógrafo. Con la guía del ultrasonido elegimos un lugar donde abordar la vesícula pasando por el parénquima hepático. Previa anestesia local de las partes blandas, comenzamos punzando la vesícula con una aguja 23 G y extrayendo una muestra de la bilis para el laboratorio. Luego pusimos una 18 G y a través de ella colocamos una guía con punta flexible; luego de dilatar el tracto con dos dilatadores introducimos un catéter multiperforado tipo cola de chanco de 10 french. Se extrajeron

(*Servicio de Diagnóstico por Imágenes del
Hospital Italiano de Bahía Blanca. Necochea 675. Bahía
Blanca

aproximadamente 100 cc de bilis espesa y de color negro petróleo. Durante el procedimiento observamos pequeña filtración del material de contraste bajo la cápsula hepática pero en ningún momento observamos que se comunicara con el peritoneo.

El paciente permaneció varios días en terapia intensiva porque además de sospechar un agravamiento de su aneurisma complicado, fue afectado por una colitis pseudomembranosa.

A los 20 días efectuamos una colangiografía a través del catéter donde se veían dos litiasis en la vesícula pero sin estar enclavadas y permitiendo el pasaje del contraste a la vía biliar. El colédoco estaba permeable y el trayecto fistuloso maduro por lo que decidimos extraer el catéter. El paciente se fue de alta sin complicaciones ocasionadas por el procedimiento.

El otro paciente tenía 82 años y similares complicaciones cardiológicas que el anterior, pero se sumaba un deterioro del estado general por diabetes y un bypass axilofemoral semipermeable. Se esperó una semana tratando de que el cuadro cediera con los antibióticos pero ante la gravedad del cuadro se decidió efectuar la colecistostomía. Con el monitoreo realizado por un cardiólogo, hicimos el procedimiento logrando extraer 80 cc de bilis purulenta. Desde el punto de vista de la colecistostomía el procedimiento cumplió su cometido drenando en forma adecuada la vía biliar aunque el paciente falleció a la semana por un fallo multiorgánico con insuficiencia renal.

En el momento del óbito, por el catéter drenaba bilis clara habiendo remitido el proceso infeccioso biliar.

Discusión

El diagnóstico de colecistitis aguda es fundamentalmente clínico, pero el ultrasonido ha incrementado la certeza del diagnóstico, la prontitud y objetivación del mismo. Los hallazgos ecográficos los podemos dividir en mayores y menores: los mayores son el engrosamiento parietal, las litiasis, el edema subseroso, el líquido perivesicular, el desprendimiento mucoso, el absceso perivesicular y el gas intraluminal o intramural. Los menores son el Murphy ecográfico, el aumento del tamaño, el barro biliar y las imágenes en cola de cometa. El uso de estos criterios nos da una sensibilidad superior al 93% en el diagnóstico de colecistitis aguda (4).

El manejo del paciente con una colecistitis aguda en estado crítico y con riesgo aumentado operatorio ha cambiado algo. Si bien la colecistectomía videola-

paroscópica es hoy un método rutinario, de amplia difusión y comprobado éxito terapéutico, existen algunos pacientes que por sus patologías agregadas hacen inseguro el tratamiento quirúrgico. En esos casos es posible mediante los métodos de imágenes, fundamentalmente con guía ecográfica y radioscópica, introducir en la vesícula un catéter de escaso diámetro para descomprimirla y tomar muestras de la bilis infectada. En un segundo tiempo si mejoran las condiciones del paciente se puede llevar a cabo la cirugía electiva.

En la mayor serie encontrada en la bibliografía sobre manejo percutáneo de la vesícula, se realizaron procedimientos en 127 pacientes para tratamiento de la colecistitis aguda calculosa y acalculosa, drenaje de obstrucción biliar, perforación de vesícula, remoción o disolución percutánea de litiasis o biopsia de vesícula (5). El procedimiento fue exitoso en 125 de 127 pacientes. Las complicaciones mayores (11 pacientes) fueron peritonitis, sangrado, reacciones vagues, hipotensión, salida del catéter y distress respiratorio (6,5). La mortalidad a 30 días fue del 3,9% y originada en sus patologías asociadas.

Algunas de las complicaciones de las colecistostomías percutáneas o estallidos espontáneos por colelitiasis pueden ser solucionadas en forma también percutánea, tal como la colocación de catéteres en los espacios subfrénicos o paracólicos (7). Pacientes con maniobras en la vía biliar también se pueden beneficiar con este método. En una serie de 364 pacientes a los que se colocó endoprótesis biliar, seis hicieron sepsis a punto de partida de la vesícula. Ante la mala respuesta a los antibióticos se les realizó una colecistostomía percutánea con excelente respuesta, convirtiéndose en el tratamiento de elección ante la sepsis que no responde al tratamiento médico en las endoprótesis biliares (8).

La colecistitis enfisematosa es otra patología de gran mortalidad debido al tipo de pacientes en quienes se produce. Si el estado general está muy deteriorado, la colecistostomía percutánea puede resolver el estado agudo (9).

En las técnicas descriptas para la colocación de catéter, se prefiere la vía transhepática. Debido a la posición de la vesícula con respecto al hígado, aquella posee una zona que está sin revestimiento peritoneal y que al utilizar la vía transhepática como ruta para la colecistostomía parece ser la más segura. En un trabajo realizado en 19 cadáveres con guía ecográfica se demostró que en el 42% de los catéteres atravesaban el área desnuda de serosa y en 52% entraban en el área adyacente a la unión con la serosa. Si bien la

colocación transhepática de los catéteres no significa que necesariamente se penetra por el área desnuda de serosa, esta ruta da mayor estabilidad para la guía durante la colocación del catéter (10).

Recordamos que la extravasación de bilis al peritoneo es uno de los riesgos que, si bien se puede tratar en forma percutánea, hay que evitarlo por la posibilidad de una peritonitis severa (7).

Otro de los riesgos de la colecistostomía percutánea es la incapacidad para curar la gangrena de la pared vesicular, constituyéndose ésta en una emergencia que debe ser solucionada por vía quirúrgica. Una de las vías diagnósticas para la gangrena es la realización de colecistografías percutáneas seriadas en donde se visualiza la irregularidad de las paredes y se puede intervenir al paciente con mayor anticipación y con menor deterioro (11).

Clásicamente, las colecistostomías percutáneas son procedimientos temporales esperando que mejoren las condiciones del paciente. En una serie de 37 colecistostomías percutáneas, a 17 no se le realizó colecistectomía y en controles a los 25 meses se encontró que la vesícula se contraía en un 62% visto por ecografía luego de la estimulación, por lo que se concluye que la colecistectomía no es rutinariamente necesaria luego del procedimiento percutáneo (12).

En otra serie de 15 pacientes con colecistitis alitiásica se efectuó colecistostomía percutánea. En 14 los síntomas remitieron rápidamente; uno requirió cirugía por un sangrado incoercible. A otro le efectuaron la colecistectomía profiláctica por tratamiento quimioterápico por leucemia. De los 13 restantes, el seguimiento a largo plazo demostró la no recurrencia de la colecistitis, siendo la colecistostomía percutánea el tratamiento definitivo (13).

La remoción del catéter se lleva a cabo desde 10 días en adelante, llegando en algunas series hasta 158 días, con una media de 29 días. Cuando se retira el catéter el trayecto debe estar maduro pues se corre el riesgo de provocar una peritonitis. Para saber si el tracto está o no formado se debe hacer una fistulografía con un dilatador o mejor previa colocación de una guía muy fina: si el trayecto no está maduro se debe reinsertar un catéter para evitar el drenaje biliar y coleperitoneo (14).



FOTO 1: Ecografía que muestra engrosamiento de la pared vesicular, edema subseroso y litiasis en el bacinete.

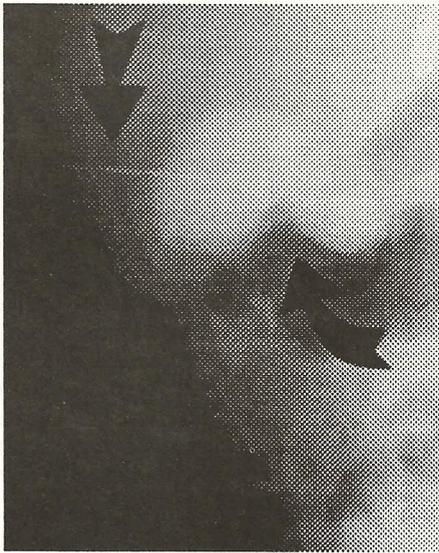


FOTO 2: Por vía transhepática y con una aguja 21 G (flecha recta) se contrasta la vesícula (flecha curva) con un contraste triiodado.

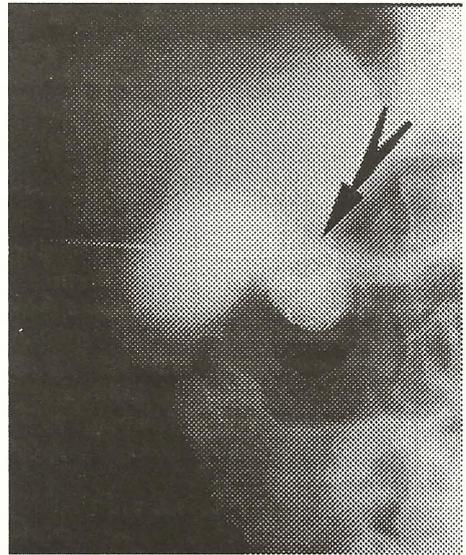


FOTO 3: Vesícula con contraste iodado. Por medio de una aguja 18 G se introdujo una guía con punta floppy (flecha).



FOTO 4: Catéter de 10 F con la punta "cola de chancho" ajustada (flecha).

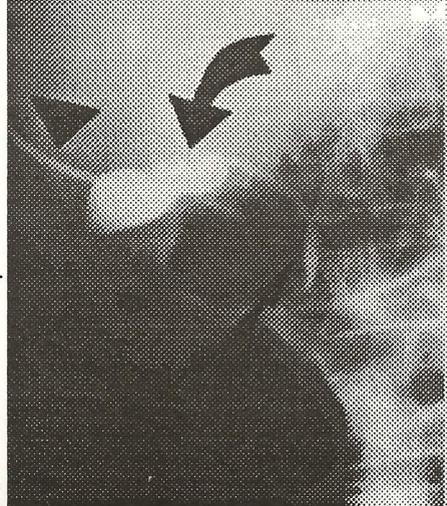


FOTO 5: Colangiografía a través del catéter (punta de flecha) donde se observan las dos litiasis (flecha curva), el pasaje a la vía biliar y el colédoco no dilatado (flecha pequeña).



FOTO 6: Fistulografía donde se muestra el trayecto maduro (flecha) y el pasaje del contraste al duodeno.

Conclusión

La colecistostomía percutánea es un método que debe ser tenido en cuenta para aquellos pacientes que tienen un proceso vesicular infeccioso agudo que no puede solucionarse momentáneamente por las vías quirúrgicas habituales. Con escaso costo y aparatología habitual en cualquier medio, este procedimiento puede ser realizado en prácticamente todos los servicios de imágenes, aportando una solución transitoria o definitiva a la patología vesicular. Con resultados alentadores, las estadísticas refieren escaso porcentaje de complicaciones debido al procedimiento, con probable desarrollo hacia otras soluciones terapéuticas.

Bibliografía

- 1) López Cano, A; Rendon P; Soria MJ et al. Percutaneous cholecystostomy guided by ultrasonography. A preliminary experience. *Rev-Esp-Enferm-Diag.* 1990 Jun; 77: 419-24.
- 2) Stage JG; Rasmussen SG; Kock JP et al. Percutaneous cholecystostomy and laser lithotripsy. *Ugeskr Laeger* 1991 Jan 14; 153 (3): 200-1.

- 3) Berger H; Hilbertz T; Forst H et al. Acute cholecystitis: percutaneous transhepatic drainage. *Bildgebund.* 1992 Dec; 59: 176-8.
- 4) Picorel J; Vives D; Gómez Giménez E. Normatización de imágenes en colecistitis aguda. *Rev. Arg. Radiol.* 1991; 55: 39-45.
- 5) van Sonnerberg E; D'Agostino H; Goodacre B et al. Percutaneous gallbladder puncture and cholecystostomy: results, complications and caveats for safety. *Radiology*, 1992 Apr; 183: 167-70.
- 6) de Manzoni G; Furlan F; Guglielmi A et al. Acute cholecystitis: ultrasonographic staging and percutaneous cholecystostomy. *Eur J Radiol* 1992 set; 15 (2): 175-9.
- 7) van Sonnerberg E; D'Agostino HB; Casola G. et al. Gallbladder perforation and bile leakage: percutaneous treatment. *Radiology* 1991 Mar; 178 (3): 687-9.
- 8) Ainley CC; Williams SJ; Smith AC et al. Gallbladder sepsis after stent insertion for bile duct obstruction: management by percutaneous cholecystostomy. *Br J Sur.* 1991 Aug; 78: 961-3.
- 9) Martínez Isla A; Rouco Rouco J; Pereiro Alvarez M et al. Enphysematous cholecistitis: percutaneous treatment. *Rev ESsp Enferm Diag.* 1993 Feb; 83: 108-10.
- 10) Nemcek AA Jr; Berstein JE; Vogelzang RL. Percutaneous cholecystostomy does transhepatic puncture preclude a transperitoneal catheter route? *J Vasc Interv Radiol.* 1991 Nov; 2 (4): 547-7.
- 11) La Berge JM; Gordon RL; Kerlan RK et al. Delayed gallbladder rupture following percutaneous cholecystostomy. *J Vasc Interv Radiol.* 1991 Nov; 2: 539-41.
- 12) Berger H; Leibl A; Kohz P et al. The results of a long-term follow-up of patients with a percutaneous cholecystostomy. *Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildged Verfahr* (abstract) 1993 Dec; 159: 518-21.
- 13) Shirai Y; Tsukada K; Kawaguchi H et al. Percutaneous transhepatic cholecystostomy for acute acalculous cholecystitis. *Br J Surg.* 1993 Nov; 80: 1440-2.
- 14) D'Agostino HB; van Sonnenberg E; Sánchez RB et al. Imaging of the percutaneous cholecystostomy tract: observations and utility. *Radiology* 1991 Dec; 181 (3): 675-8.