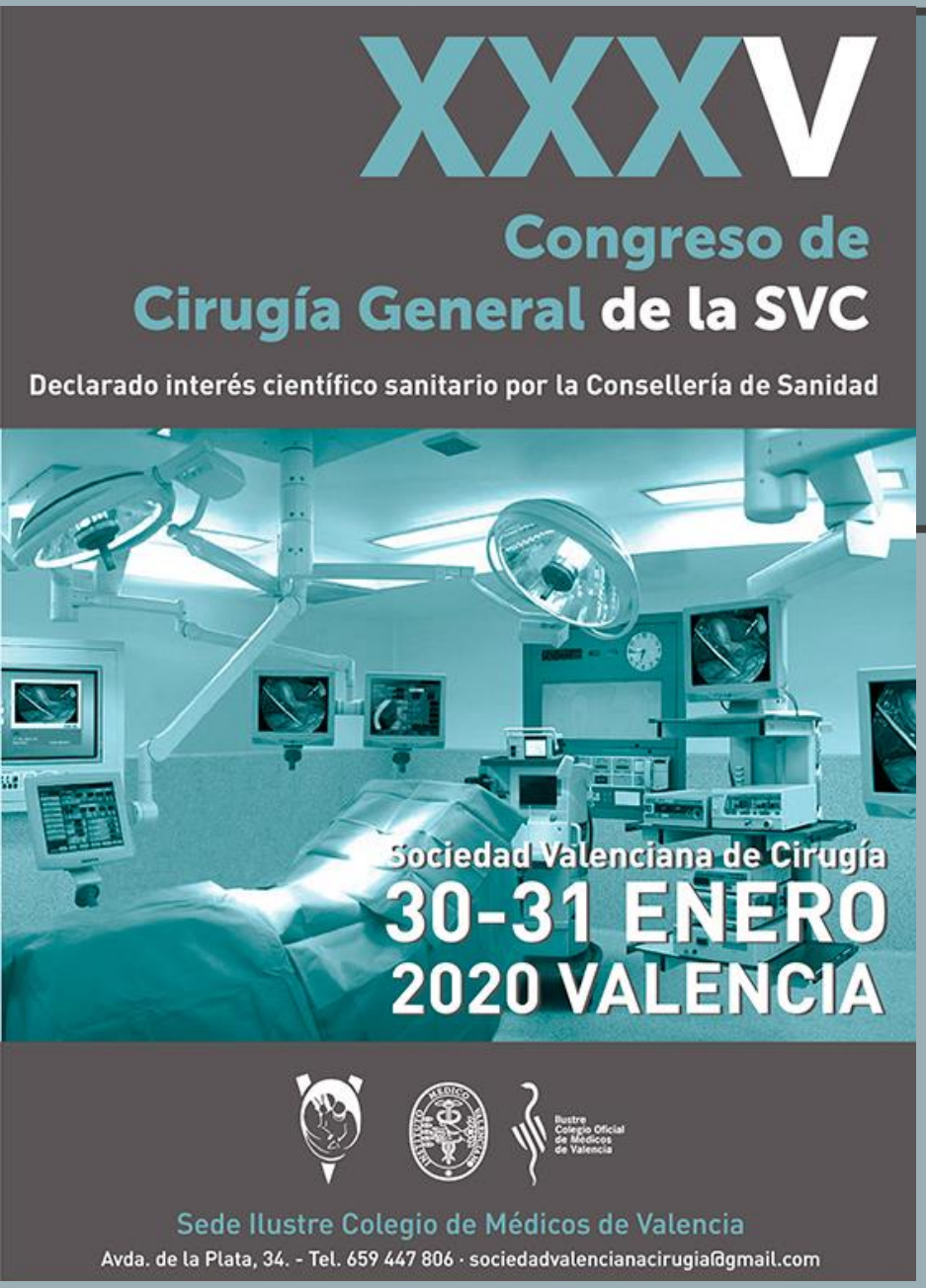


PUNCION PERCUTANEA EN LA COLECISTITIS AGUDA

Dr. Luis Gómez Quiles

Servicio de Cirugía General
Hospital Universitario General de Castellón

CONCEPTO.

La colecistostomía percutánea es un procedimiento terapéutico que consiste en alojar un catéter de drenaje estéril en el interior de la vesícula para la extracción de la bilis mediante acceso percutáneo directo con control ecográfico o de TC.

INDICACION.

* Descompresión de la vesícula en casos de distensión (obstrucciones de la VBP por debajo de la salida del cístico) y
* Resolución de procesos inflamatorios (colangitis, colecistitis agudas litiásicas y alitiásicas) en pacientes con **elevada morbimortalidad quirúrgica** y escasa respuesta al tratamiento conservador.

Fig. 6: Entrada del catéter a través de fundus vesicular en Vesícula alitiásica con obstrucción del cístico.

TECNICA.

El abordaje se hace guiado por **ecografía**.

Escogemos un punto de entrada en el fundus de la vesícula.

Puncionamos con una aguja de 18G , introducimos una guía semirrígida (Amplatz).

Tras retirar la aguja, introducimos un catéter tipo Pigtail de 8F con hilo de retención.

Después, bajo control radioscópico, inyectamos contraste a baja presión para asegurarnos de nuestra localización y valorar la presencia o no de colelitiasis, así como confirmar la obstrucción del cístico.

Control a los 5-7 días con ecografía- radioscopia y retirada del catéter.

Si detectamos coledocolitiasis programamos una sesión de esfinteroplastia y eliminación transpapilar de los cálculos hacia la luz duodenal.

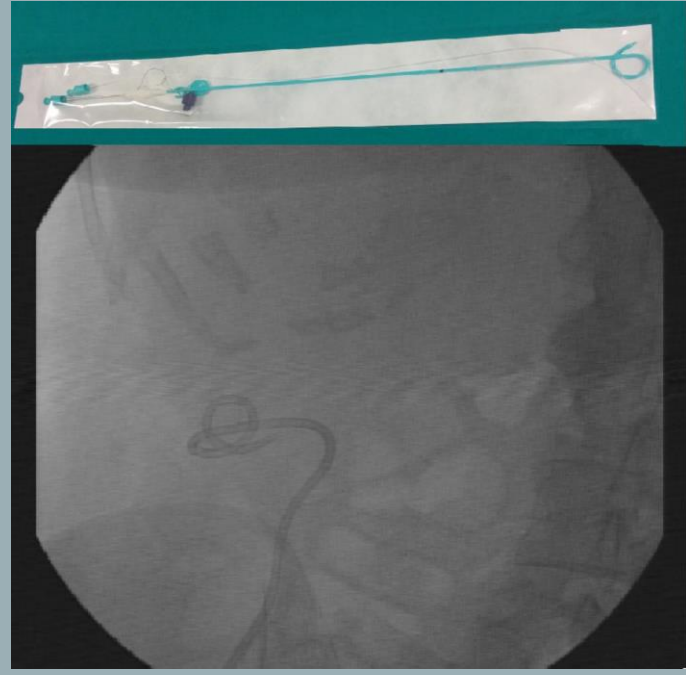
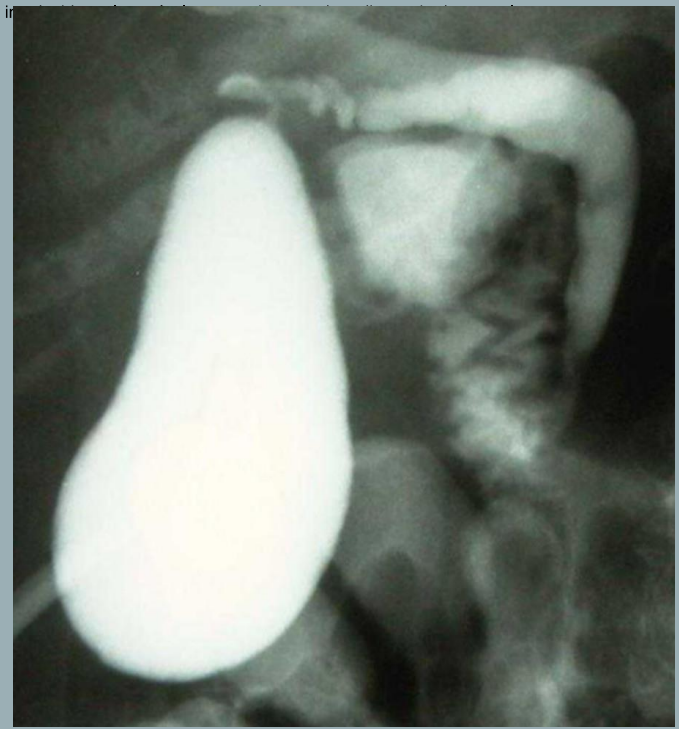


Fig. 5: Catéter Pigtail de 8F con hilo de retención. A la derecha observamos el catéter



EPOS™ Electronic Presentation Online System

seram Sociedad Española de Radiología Médica

Colecistostomía percutánea: 21 años de experiencia en un Hospital General.

Poster no.: S-1037

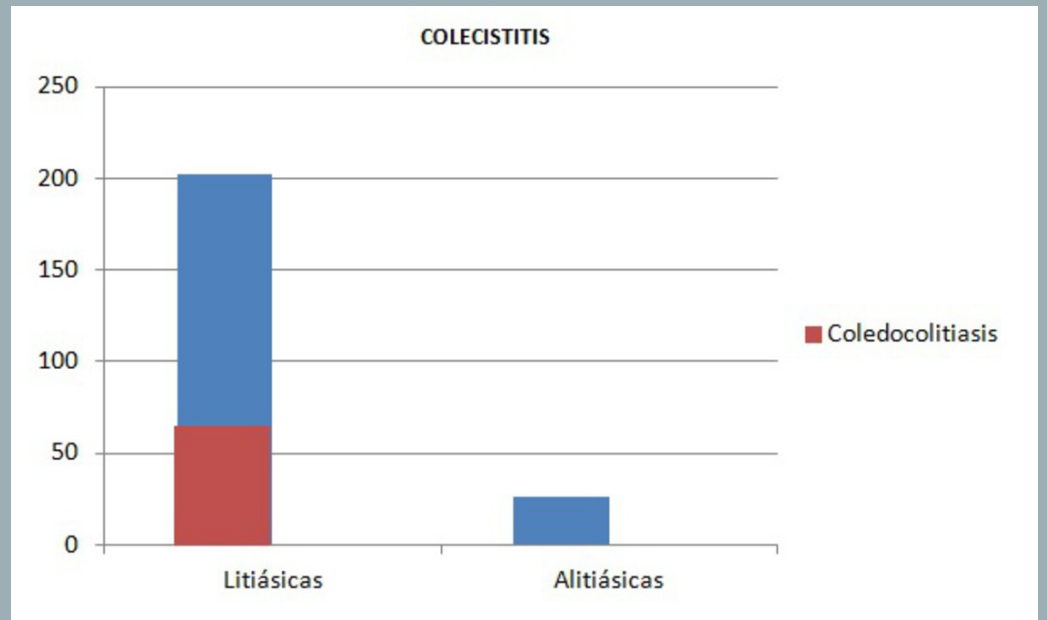
Congreso: SERAM 2014

Tipo del póster: Presentación Electrónica Científica

Autores: A. Lorenzo Górriz[1], J. H. García Vila[2], M. Cifrian Pérez[2], V. Schröer[2], A. J. Cano Marquina[2], P. Salelles Climent[2]; [1]Villarreal/ES, [2]Castellon/ES

Palabras clave: Percutáneo, Tracto biliar / Vesícula, Intervencionista no vascular

DOI: 10.1594/seram2014/S-1037



Estudio descriptivo retrospectivo de un total de 228 pacientes sometidos a colecistostomía percutánea (1992-2013).

Los pacientes derivados para CP, fueron aquellos considerados de alto riesgo quirúrgico y/o con mala evolución de su colecistitis con tratamiento médico.

La edad media fue de 78 años, (rango de 23-99 años).

130 (58%) eran hombres y 98 (42%) mujeres.

De los pacientes intervenidos, 203 tenían colelitiasis (89 %)

y el 28 % (63 pacientes) presentaban coledocolitiasis.

Únicamente 25 pacientes presentaban **colecistitis aguda alitiásica (11%)**

EPOS™ Electronic Presentation Online System
seram Sociedad Española de Radiología Médica

Colecistostomía percutánea: 21 años de experiencia en un Hospital General.

Poster no.: S-1037
Congreso: SERAM 2014
Tipo del póster: Presentación Electrónica Científica
Autores: A. Lorenzo Górriz[1], J. H. García Vila[2], M. Cifrian Pérez[2], V. Schröer[2], A. J. Cano Marquina[2], P. Salelles Climent[2]; [1]Villarreal/ES, [2]Castellon/ES
Palabras clave: Percutáneo, Tracto biliar / Vesícula, Intervencionista no vascular
DOI: 10.1594/seram2014/S-1037

Resultados

Complicaciones: 10 salidas de catéter
5 perforaciones vesiculares,
3 peritonitis biliares,

La **mortalidad (7,8%).** En las primeras 48 horas: 1 peritonitis, 1 descompensación cardíaca y 1 EAP.

La **mediana** de tiempo hasta la retirada del catéter fue de **22 días.**

47 pacientes (**20.6 %)** fueron colecistectomizados de forma electiva tras la CP o por recidiva de su colecistitis. El tiempo medio desde la CP hasta la cirugía fue de 49 días.

Constatamos **32 recidivas** en 29 pacientes **(14.5%),** con un tiempo medio de 7 meses (rango de 0.5-36 meses) , transcurridos desde la colecistostomía hasta la recidiva.

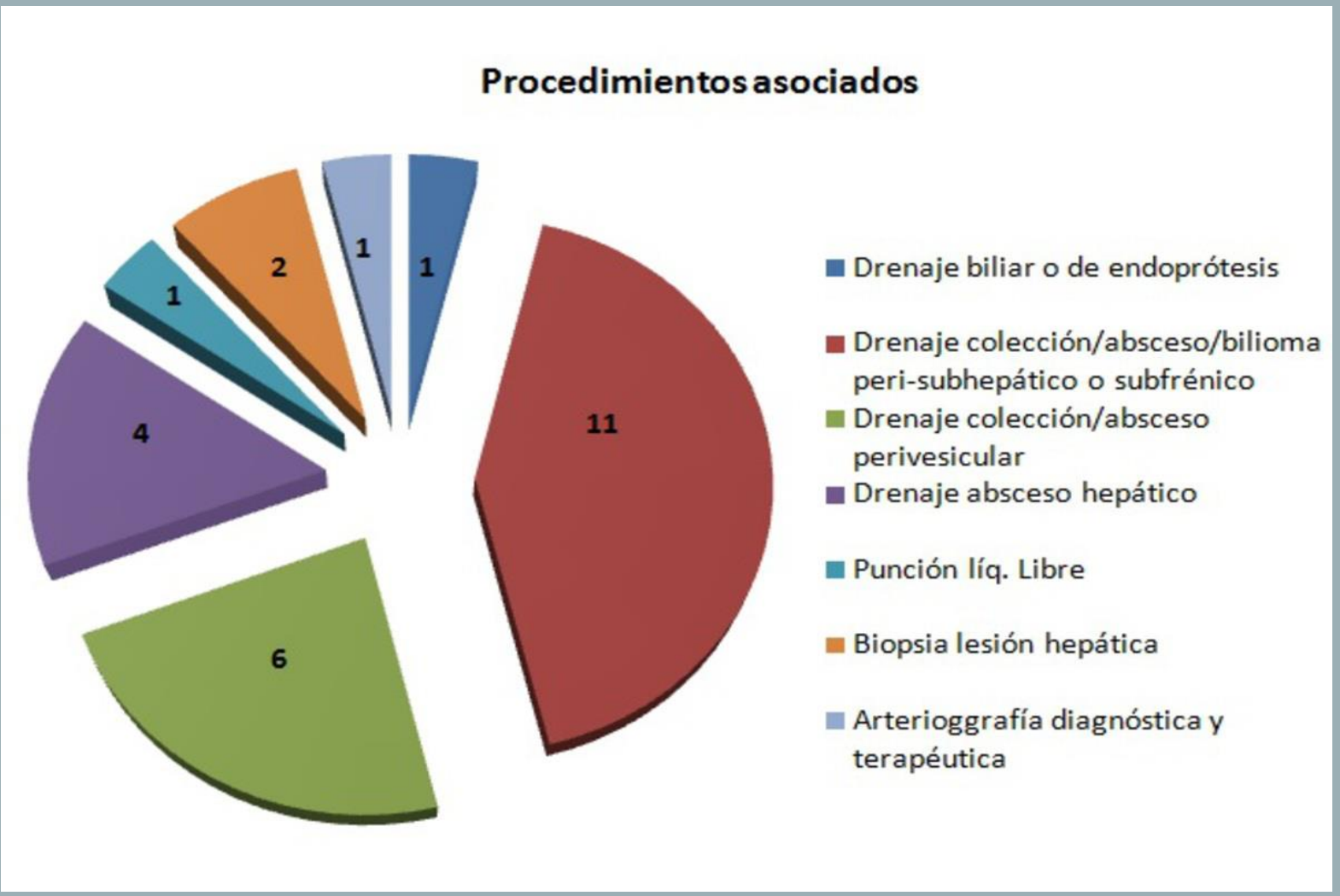


Fig. 9: Gráfica circular donde se representan los 26 procedimientos asociados, realizados en el mismo acto que la colecistostomía.

En 26 casos se llevaron a cabo otros procedimientos asociados durante la misma intervención de CP, estos consistieron en:

11 drenajes de colecciones o abscesos peri- o subhepáticos,

6 drenajes de abscesos perivesiculares,

4 drenajes de abscesos hepáticos,

1 drenaje de líquido libre,

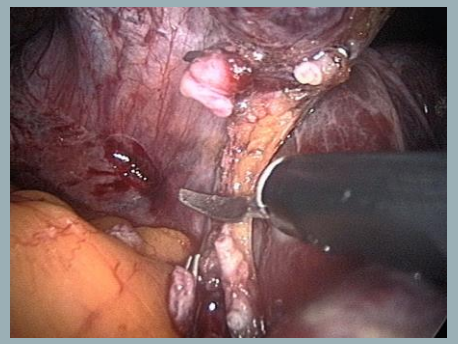
2 biopsias hepáticas,

1 prótesis biliar

1 arteriografía diagnóstica y terapéutica

(FIGURA 9).

ALGORITMO DE ACTUACION EN COLECISTITIS AGUDA



Evaluación del RIESGO

Grado de SEVERIDAD

Experiencia del EQUIPO QUIRURGICO

Disponibilidad y Experiencia en

RADIOLOGIA INTERVENCIONISTA

J Hepatobiliary Pancreat Sci (2018) 25:41–54
DOI: 10.1002/jhbp.515

GUIDELINE

Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)

Masamichi Yokoe · Jiro Hata · Tadahiro Takada · Steven M. Strasberg · Horacio J. Asbun · Go Wakabayashi · Kazuto Kozaka · Itaru Endo · Daniel J. Deziel · Fumihiko Miura · Kohji Okamoto · Tsann-Long Hwang · Wayne Shih-Wei Huang · Chen-Guo Ker · Miin-Fu Chen · Ho-Seong Han · Yoo-Seok Yoon · In-Seok Choi · Dong-Sup Yoon · Yoshinori Noguchi · Satoru Shikata · Tomohiko Ukai · Ryota Higuchi · Toshifumi Gabata · Yasuhisa Mori · Yukio Iwashita · Taizo Hibi · Palepu Jagannath · Eduard Jonas · Kui-Hin Liau · Christos Dervenis · Dirk J. Gouma · Daniel Cherqui · Giulio Belli · O. James Garden · Mariano Eduardo Giménez · Eduardo de Santibañes · Kenji Suzuki · Akiko Umezawa · Avinash Nivritti Supe · Henry A. Pitt · Harjit Singh · Angus C. W. Chan · Wan Yee Lau · Anthony Yuen Bun Teoh · Goro Honda · Atsushi Sugioka · Koji Asai · Harumi Gomi · Takao Itoi · Seiki Kiriyama · Masahiro Yoshida · Toshihiko Mayumi · Naoki Matsumura · Hiromi Tokumura · Seigo Kitano · Koichi Hirata · Kazuo Inui · Yoshinobu Sumiyama · Masakazu Yamamoto

Grade III (severe) acute cholecystitis in the TG13 severity grading of acute cholecystitis causes systemic symptoms due to organ damage and affects survival prognosis. The TG13 severity grading of acute cholecystitis is recommended for use as the TG18 severity grading of acute cholecystitis as a useful indicator from the perspective of predicting prognosis, among others. (Recommendation 1, level C)

Grado I. Colecistitis aguda LEVE

- ***Ausencia*** *de criterios de grado II y III*

Aquella CA en la que la colecistectomía se prevé no dificultosa

Grado II. Colecistitis aguda MODERADA

Presencia de al menos uno de los siguientes ***criterios****:*

- *Leucocitosis > 18.000*
- *Masa palpable en hipocondrío derecho (HD*
- *Duración de los síntomas > 72 horas*
- *Signos de inflamación local marcada: se corresponden con la "colecistitis aguda complicada" **

Aquella CA en la que se prevé una colecistectomía dificultosa

Grado III. Colecistitis aguda SEVERA

Presencia de ***fallo agudo de órgano o sistema****:*

- *Disfunción cardiovascular (hipotensión que requiere aminas)*
- *Neurológica (disminución del estado de consciencia)*
- *Respiratoria (PaO2/FiO2 < 300)*
- *Renal (oliguria, Creatinina>2 mg/dL)*
- *Hepática (INR > 1.5 en ausencia de terapia anticoagulante previa)*
- *Hematológica (Plaquetas< 100000 /mm3)*

Tabla 1 Clasificación de gravedad para colecistitis aguda según las Guías de Tokio 2018[1]

Grado I (leve)	Grado II (moderada)	Grado III (grave)
• Sin criterios para grado II o III • Colecistitis aguda en paciente previamente sano sin disfunción orgánica y con inflamación leve de la vesícula biliar	Cualquiera de las siguientes condiciones: • Leucocitosis > 18,000/mm^3 • Tumoración palpable en cuadrante superior derecho • Duración del cuadro > 72 h • Inflamación local marcada (colecistitis gangrenosa, absceso pericolecístico, absceso hepático, peritonitis biliar, colecistitis enfisematosa)	Cualquiera de las siguientes disfunciones orgánicas: • Cardiovascular: hipotensión con requerimiento de dopamina 5 μg/kg/min o norepinefrina • Neurológica: deterioro del estado de alerta • Respiratoria: PaO_2/FiO_2 > 300 • Renal: oliguria o creatinina > 2.0 mg/dl • Hepática: INR > 1.5 • Hematológica: plaquetas < 100,000/mm^3

Tabla 2 Características de los distintos grados de gravedad

	Mortalidad a 30 días[2]	Morbilidad[78]	Estancia hospitalaria[78,a]	Tasa de conversión[78,a]
Grado I	1.1%	2.9%	3 (1-16)	7%
Grado II	0.8%	3.1%	4 (1-33)	25.6%
Grado III	5.4%	11.1%	7 (1-60)	34.6%

[a] Media ± DE.

1.Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS, Pitt HA, Gomi H, Yoshida M, et al. Tokyo Guidelines Revision Committee. TG13: Updated Tokyo Guidelines for the management of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20(1):1-7.

2.Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013; 20(1):8-23.

EVALUACIÓN DE RIESGO

El objetivo es cuantificar el riesgo para los pacientes que serán sometidos a cirugía y permitir la toma de decisiones clínica.

La clasificación del estado físico de la **Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA),** es ampliamente utilizada como escala de riesgo operatorio.

Es una escala subjetiva puesto que sólo se basa en la evaluación clínica,

La clasificación de la *ASA-PS* carece de especificidad y precisión científica lo que conduce a **variabilidad.**

Grado	Descripción
ASA I	**Paciente sano**; Paciente sin afectación orgánica, fisiológica, bioquúsica o psiquiátrica. El proceso patológico para la interveción está localizado y no produce alteración sistémica.
ASA II	**Enfermedad sistémica leve a moderada**. Afectación sistémica causada por el proceso patológico que motiva la intervención u otra afectación fisiopatológica.
	Ejemplos: HTA bien controlada, asma bronquial, anemia, DM bien controlada, obesidad leve, tabaquismo
ASA III	**Enfermedad sistémica grave**, sin limitación funcional. Afectación sistémica grave o severa de cualquier causa.
	Ejemplos: Angor, estado postIAM, obesidad severa, patología respiratoria sintomática (EPOC, asma, etc.)
ASA IV	**Enfermedad sistémica grave con amenaza para la vida**. Las alteraciones sistémicas no son siempre corregibles con la interveción.
	Ejemplos: Angor inestable, ICC, enfermedad respiratoria incapacitante, fallo hepatorrenal
ASA V	**Paciente moribundo**. Situación desesperada en la que el paciente. Pocas posibilidades de sobrevivir.

EVALUACIÓN DE RIESGO

Índice de Charlson: Hace referencia al pronóstico de mortalidad al año en función de la comorbilidad del paciente.

Para ello se puntúa del 1 al 6 las distintas patologías que aumentan la mortalidad del paciente al año.

Ausencia de comorbilidad: 0-1 puntos,

comorbilidad baja: 2 puntos y alta > 3 puntos.

En seguimientos prolongados (> 5 años), la predicción de mortalidad deberá corregirse con el factor edad.

Esta corrección se efectúa añadiendo un punto al índice por cada década existente a partir de los 50 años.

ITEMs	Puntuación
IAM (agudo ó antiguo)	1
ICC	1
Arteriopatía periférica	1
Enfermedad cerebrovascular	1
Demencia	1
EPOC	1
Enf. del tejido conectivo	1
Ulcus péptico	1
Hepatopatía crónica leve	1
Diabetes	1
Hemiplejia	2
Insuf. Renal Crónica moderada – severa	2
Diabetes con repercusión órgano diana	2
Cualquier tumor	2
Leucemia	2
Linfoma	2
Hepatopatía crónica moderada – severa	3
Tumor sólido metastático	6
SIDA	6
TOTAL (suma de puntos)	

Charlson ME, Pompei P, Ales KL. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation.
J Chronic dis. 1987;40:373-83.

Zhang JX, Iwashyna TJ, Cristakis NA.
The performance of different lookback periods and sources of information for Charlson comorbidity adjustment in medicare claims.
Med Care .1999;37:1128-1139.

PUNTUACIÊN	MORTALIDAD/AÑO %
0	12
1-2	26
3-4	52
5->5	85

EVALUACIÓN DE RIESGO

POSSUM

Fue descrita por Copeland (1991).

Se determinan12 factores o variables que conocemos como “fisiológicas” y 6 “operatorias”.

Sobreestima el riesgo de mortalidad, en especial en aquellos pacientes estratificados en grupo de menor riesgo.

Como medida correctora se desarrolló en 1998 la variante Portsmouth (p-POSSUM) la cual se ajusta mejor a los resultados reales (Prytherch, 1998).

Copeland GP, Jones D, Walters M.

POSSUM: a scoring system for surgical audit. Br J Surg. 1991;78:355-360.

Puntuación	1	2	3	4
Variables fisiológicas				
Edad	<60	61-70	>70	-
Cardiaco	No	Fármacos	Edema, cardiopatía	Cardiomegalia
Respiratorio	-	EPOC	EPM	Grave
PAS	110-129	130/170 o 10/9	>170 o 90-99	<90
Pulso	50-80	81-100 o 40-49	101-120	>120 o <40
Glasgow	15	12-14	9-11	<9
Urea (mmol/l)	<7,5	7,5-10	10,1-15	>15
Sodio	>136	131-135	126-130	<126
Potasio	3,5-5	3,1-3,4/5,1-5,3	2,9-3/5,4-5,9	<2,9 o >5,9
Hb (g/L)	13-16	11,5-12,9/16,1-17	10-11,4/17,1-18	<10 o >18
Leucocitos	4-10000	10-2000 o 3,1-3,9	>20 o <3,1	-
ECG	Normal	-	F.A. controlada	Otro
Variables quirúrgicas				
Gravedad Quir	Menor	Moderada	Mayor	Mayor+
Nº Intervención Quir	1	2	>2	-
Transf. (µL)	<100	101-500	501-1000	>1000
Exudado peritoneal	No	Seroso	Pus local	Peritonitis difusa
Malignidad	No	Tumor localizado	Adenopatías	Metástasis
Tipo cirugía	Programada	-	Urgente	Emergente

EVALUACIÓN DE RIESGO

ESCALA APACHE II

El score *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II* (APACHE II) utilizada para una valoración pronostica de mortalidad del paciente, y se fundamenta en la determinación de las alteraciones de variables fisiológicas y de parámetros de laboratorio

Berger MM, Marazzi A, Freeman J, Chiolero R.
Evaluation of consistency of Acute Physiology And Chronic Health Evaluation (APACHE II) scoring in a surgical intensive care unit.
Crit Care Med. 1992;20:1681–1687.

Parte 01: Cálculo de la puntuación

4	3	2	1	0	Variables	1	2	3	4
41	39-40,9	-	38,5-38,9	36-38,4	**Tª**	34-35,9	32-33,9	30-31,9	<29,9
160	130-159	110-129	-	70-109	**P.A.**	-	50-69		<49
180	140-79	110-139	-	70-109	**F.C.**	-	55-69	40-54	<39
50	35-49	-	25-34	12-24	**F.R.**	10-11	6-9	-	<5
500	350-499	200-349	-	<200; >70	**PaO2/FiO2**	61-70	-	55-60	<55
7,7	7,6-7,69	-	7,5-7,59	7,33-7,49	**pH**	-	7,25-7,32	7,15-7,24	<7,15
180	160-179	155-159	150-154	130-149	**Sodio**	-	120-129	111-119	<110
7	6-6,9	-	5,5-5,9	3,5-5,4	**Potasio**	3-3,4	2,5-2,9	-	<2,5
3,5	2-3,4	1,5-1,9	-	0,6-1,4	**Creatinina**	-	0,6	-	-
60	-	50-59,9	46-49,9	30-45,9	**Hematocrito**	-	20-29,9	-	<20
40	-	20-39,9	15-19,9	3-14,9	**Leucocitos**	-	1-2,9	-	<1

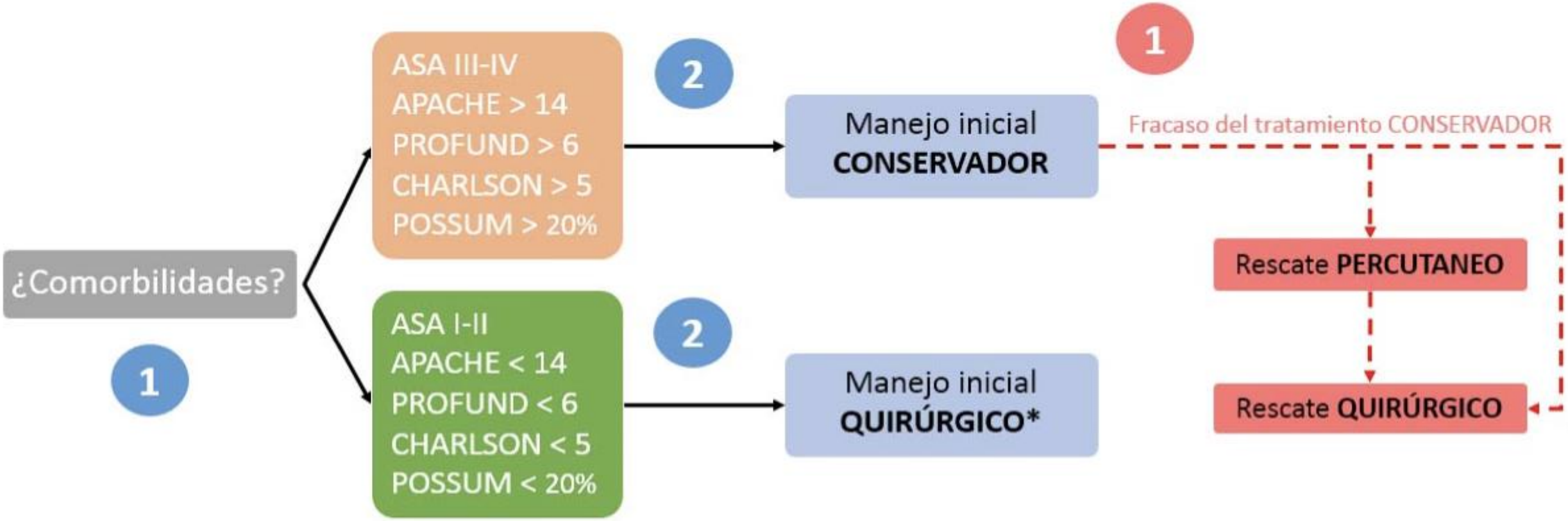
Años	**<44**	**45-54**	**55-64**	**65-74**	**75**
Puntos	0	2	3	5	6

Tipo de paciente	Estado de salud previo	Puntos
No Quirúrgico	Fracaso crónico o inmunodeprimido Sin fracaso e inmunocompetente	**5** **0**
Quirúrgico urgente	Fracaso crónico o inmunodeprimido Sin fracaso e inmunocompetente	**5** **0**
Quirúrgico programado	Fracaso crónico o inmunodeprimido Sin fracaso e inmunocompetente	**2** **0**

Parte 02: Relación de la puntuación con el riesgo de morbi/mortalidad

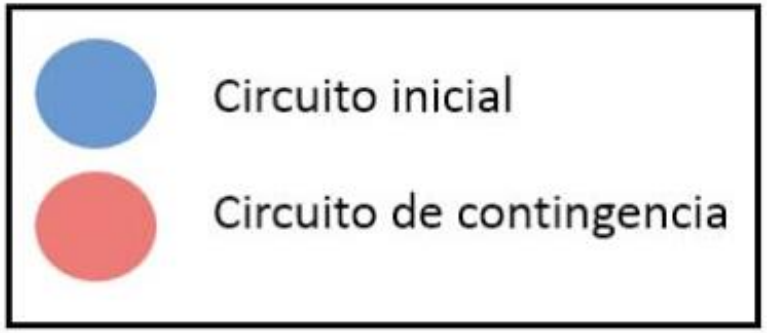
Puntos	**0-4**	**5-9**	**10-14**	**15-19**	**20-24**	**25-29**	**30-34**	**>35**
Médicos	4	7	14	24	40	52	72	82
Quirúrgicos	2	4	7	12	30	36	72	88

CA Grado I



EXCEPCIONES:

- Embarazadas en el 1er y 3er Trimestre
- Negativa del paciente a la intervención quirúrgica



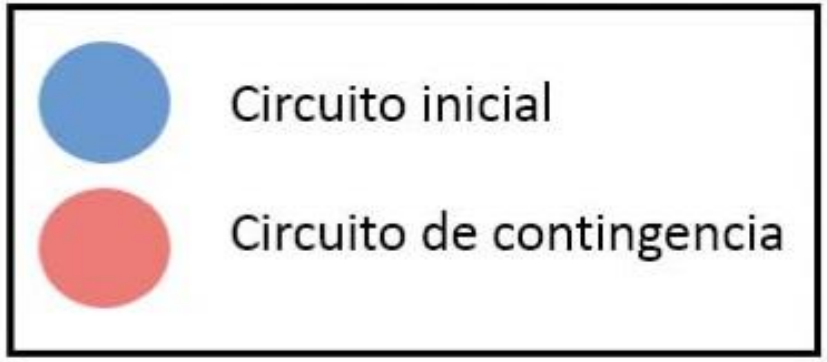
CA Grado II

¿Comorbilidades?
1
ASA III-IV
APACHE > 14
PROFUND > 6
CHARLSON > 5
POSSUM > 20%
2
Manejo inicial
CONSERVADOR*
ASA I-II
APACHE < 14
PROFUND < 6
CHARLSON < 5
POSSUM < 20%
¿Tº Evolución?
2
< 7 días
Manejo inicial
QUIRÚRGICO
> 7 días
Manejo inicial
CONSERVADOR*

CA Grado III

EXCEPCIONES AL CIRCUITO INICIAL:

- Contraindicaciones de Colecistostomía Percutánea
- No disponibilidad de Colecistostomía Percutánea



1130-0108/2017/109/10/708-718
Revista Española de Enfermedades Digestivas
© Copyright 2017. SEPD y © ARÁN EDICIONES, S.L.
Rev Esp Enferm Dig
2017, Vol. 109, N.º 10, pp. 708-718

TRABAJOS ORIGINALES

¿Es la colecistectomía el tratamiento de elección en la colecistitis aguda alitiásica? Revisión sistemática de la literatura

Víctor Soria Aledo[1], Lorena Galindo Iñíguez[2], Diego Flores Funes[1], Milagros Carrasco Prats[3] y José Luis Aguayo Albasini[1]

[1]Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario J.M. Morales Meseguer. Murcia. [2]Universidad de Murcia. Murcia. [3]Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Santa Lucía. Cartagena, Murcia

Conclusiones:

La colecistostomía percutánea puede ser la primera opción de tratamiento en pacientes con colecistitis aguda alitiásica, salvo en los casos que presenten perforación o gangrena vesicular.

Los pacientes con bajo riesgo quirúrgico podrían beneficiarse de una colecistectomía, aunque ambas opciones de tratamiento pueden ser efectivas.

La colecistostomía percutánea en pacientes con colecistitis aguda alitiásica puede ser un tratamiento definitivo sin necesidad de una colecistectomía electiva posterior.

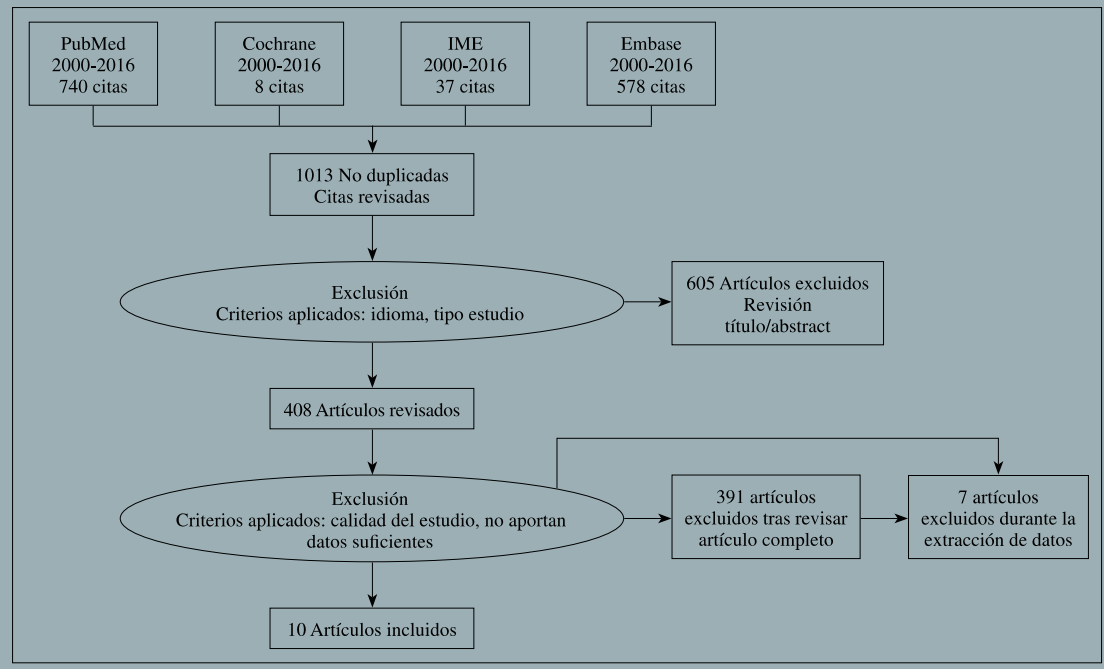


Fig. 1. Proceso de identificación y selección de referencias incluidas en la revisión.

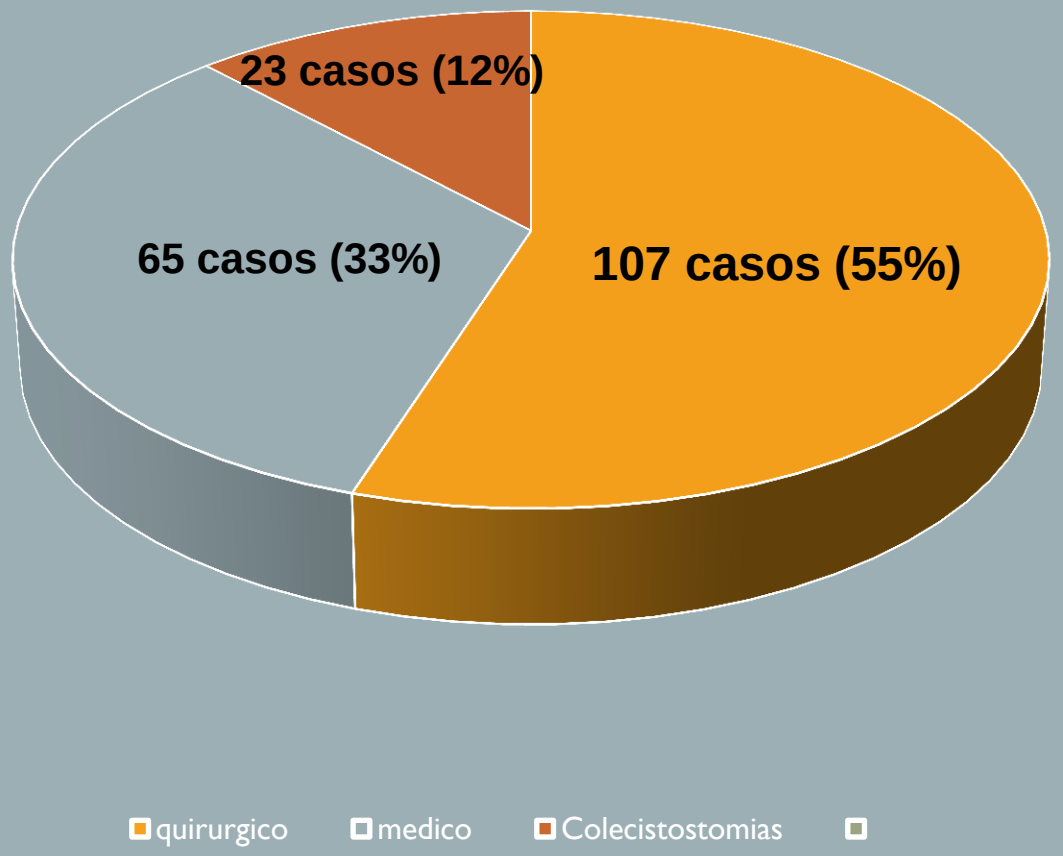
Colecistitis agudas ingresadas en Cirugía General. Hosp. General Universitario. Castellón (2019).

Edad media = 75 años. **93 mujeres (47,7%)**

102 Hombres (52,3%).

195 casos

ASA I-II	**72 casos**
ASA III	**105 casos**
ASA IV-V	**18 casos**
ASA III-IV > 70 años	**111 casos (90%)**



Colecistitis agudas ingresadas en Cirugía General. Hosp. General Universitario. Castellón (2019). ASA III-IV >70 años

	QUIRURGICO	MEDICO	DRENAJE PERCUTANEO
Nº Casos	48 (43%)	38 (35%)	25 (22%)
Complicaciones	15 (31%)		6 (25%)
Reintervenciones	0		0
	3 (6%)	3 (7%)	0
Exitus	3 (6%)	9 (23%)	5 (20%)
Tiempo medio hospitalario	8 d	9 d	12 d

	Quirúrgico		Drenaje percutáneo
Complicaciones	Infección sitio quirúrgico (2 drenajes)	5	3 salidas de catéter 2 perforaciones vesiculares, 1 peritonitis biliar
	Eventración trocar	2	
	Íleo paralitico	2	
	Insuficiencia respiratoria	2	

Conclusiones

El tratamiento de elección de la colecistitis aguda leve- moderada es la colecistectomía laparoscópica

(Recomendación grado A).

En los pacientes de alto riesgo el drenaje percutáneo debe ser considerado tras el fracaso del tratamiento conservador.

El drenaje percutaneo es una buena opción terapéutica en pacientes críticos **(Recomendación grado B).**

El drenaje percutáneo es el tratamiento definitivo en la colecistitis aguda alitiásica sin perforación o gangrena.

El drenaje percutáneo tiene la ventaja de actuar sobre la VBP con baja morbimortalidad

CASO Nº1.

Hombre de 90 años acude a UCIAS el 7-11-19 por dolor abdominal de 2 días de evolución. Dolor en epigastrio que irradiaba a zona costal izquierda, acompañado de náuseas y vómitos con la ingesta.

A.P. Antecedentes personales: adenocarcinoma gástrico, BRD, estenosis aórtica, disfagia, anemia microcítica.

Intervenciones quirúrgicas: gastrectomía total con anastomosis esofagoyeyunal termino-lateral.

Fc 63 lpm, TA 128/63 mmhg, Sat O2 99%.

ECG: ritmo sinusal a 70lpm, eje ÂQRS a -60o, PR 0'20s, QRS ancho con morfología de BRDHH.

RX TORAX: Parénquima pulmonar sin focos de consolidación.
Senos costofrénicos libres.
Silueta cardiomediastínica dentro de la normalidad.

Leuocitos	4,22 x 10^3/µL * (4,80 - 10,80) (1,90 - 8,00) Sin desv. izquierda
Hb 13,9	Hcto 40%
INDICE DE QUICK 100%	INR 0,95
No colestasis	
PROTEINA C REACTIVA	1,83 (1.0-10.0).
Bioquimica normal	

Exploración:A la exploración, presenta buen estado general, consciente y orientado, normocoloreado y normohidratado. El abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación sobre todo en FID, con Blumberg - y Murphy -. Cicatriz de laparotomía media abdominal.

ECOGRAFÍA ABDOMINAL

Vesicula biliar distendida, con pared engrosada y barro biliar impactado en el infundíbulo todo ello sugestivo de colecistitis aguda.

No liquido libre abdominal.

CONCLUSIÓN: Colecistitis aguda.

8-11-19. BEG, afebril, HMDE diuresis conservada

Abdomen blando, depresible, dolor difuso, especialmente en Hipogastrio.

Analitica dentro de la normalidad**.**

9-11-19. BEG. Afebril.

A la exploración abdomen blando y depresible, no doloroso a la palpación. Buena tolerancia oral.

COLANGIORM 9-11-19

Múltiples innumerables pequeñas imágenes litiásicas en la luz vesicular con ca
inflamatorios en pared vesicular y lecho perivesicular (colecistitis litiásica) .
Múltiples y pequeñas imágenes de tipo litiásico que comprometen la luz del col
intrapancreático. Moderado aumento del calibre de la vía biliar intra y extra hep
Conducto de Wirsung de calibre conservado. No se detecta compromiso inflam
pancreático.
Ligero derrame pleural bilateral con predominio derecho.

10-11-19. Paciente de 90 años (ASA III) con gastrectomía total :
colecistitis aguda leve con buena evolución clínica y analítica.
Hallazgo radiológico de coledocolitiasis.

<u>¿Cuál es vuestro planteamiento?</u>

1. **Mantener tratamiento médico.**
2. **Realizar Cirugía: Colecistectomía más exploración de VBP.**
3. **Realizar Punción percutánea para resolver la colecistitis aguda e intentar solucionar la coledocolitiasis.**
4. **Realizar Cirugía pogramada diferida.**

El Cirujano de guardia decide colecistectomía urgente con exploración de la VBP.

Tras inducción con midazolam + etomidato + rocuronio e IOT presenta episodio de Taquicardia regular de QRS ancho en registro de monitor a 180 lpm con TA 84/44 mmHg.
Se administra 60 mg Lidocaína ev + cardioversión eléctrica a 200 J con reversión a ritmo sinusal a 60 lpm.
Se decide detener la cirugía ante episodio de arritmia ventricular sin realizar colecistectomía. Posteriormente bradicardia sinusal con FC entre 30-50 lpm
Como antecedentes cardiológicos destaca, en última ecocardiografía de 2014, estenosis aórtica moderada, insuficiencia aórtica ligera, valvula mitral con calcificción importante y apertura conservada y auricula izquierda severamente dilatada. FEVI normal.

El paciente presentaba MEG , con disnea de reposo, ha sido valorado por MIN (cloruro mórfico 2.5 mg) y Cardiología (mantener perfusión de amiodarona).
Exitus

CASO nº2.

13-1-2020: Paciente de 92 años de edad derivado a urgencias por Médico de Atención continuada por cuadro de horas de evolución de desorientación temporo-espacial, malestar general y debilidad.

Comenta desde hace 8 días dolor abdominal en hipocondrio derecho de características intermitentes coincidiendo en periodos postpandriales (después de beber zumo de naranja) asociado a náuseas sin vómitos.

A.P. HTA, S. Prostatico.

Constantes: TA: 81/ 48;Tª: 37.9 ºC (Timpánica); FC: 118 lat/min (Rítmica); Sat. O2: 92 % (Sin Oxígeno);

REG. Consciente y Orientado en espacio y tiempo.

Ictericia concjuntival y cutanea, deshidratacion de piel y mucosas

Auscultación cardíaca: Tonos taquicárdicos, sin soplos.

Auscultación Pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. No trabajo respiratorio.

Exploración abdominal: Abdomen blando y depresible , sin masas ni megalias, dolor a la palpacion hipocondrio derecho con Murphy + Puño-percusión renal bilateral no dolorosa. Peristaltismo conservado.

MMII: no edemas.

HEMOSTASIA BÁSICA	T. PROTROMBINA	13,8 seg	* (9,0 - 13,0)
	INDICE DE QUICK	**75,1 %**	**(70,0 - 120,0)**
	INR	**1,15**	**(0,80 - 1,20)**
	FIBRINOGENO	**802,98 mg/dL**	*** (200,00 - 400,00)**

HEMOGRAMA	HEMATIES	4,56 x 10^6/µL	(4,20 - 6,10)
	HEMOGLOBINA	15,1 g/dL	(12,0 - 18,0)
	HEMATOCRITO	44,4 %	(37,0 - 52,0)
	LEUCOCITOS	**10,78 x 10^3/µL**	**(4,80 - 10,80**)
	NEUTROFILOS	10,26 x 10^3/µL	* (1,90 - 8,00)
	LINFOCITOS	0,21 x 10^3/µL	* (0,90 - 5,20)
	MONOCITOS	0,15 x 10^3/µL	* (0,16 - 1,00)
	EOSINOFILOS	0,11 x 10^3/µL	(0,00 - 0,80)
	PLAQUETAS	**96 x 10^3/µL**	*** (130 - 400)**

BIOQUIMICA:	**PROCALCITONINA**	**10,24 ng/mL**	*** (0.00-0.10)**
	GLUCOSA	162 mg/dL	* (70 - 110)
	UREA	**92 mg/dL**	*** (10.0 -- 50.0)**
	CREATININA	**2,46 mg/dL**	*** (0,67 - 1,17**)
	BILIRRUBINA TOTAL	2,26 mg/dL	* (0.50-1.0)
	GPT	20 UI/L	(10-37)
	GGT	32 UI/L	(7.0-50)
	FOSFATASA ALCALINA	292 UI/L	* (40-145)
	AMILASA	71 UI/L	(20-100)
	CPK	141 UI/L	(50-195.0)
	LDH	469 UI/L	* (230.0-460.0)
	PR**OTEINA C REACTIVA**	**389,46 mg/L**	*** (1.00-10.0)**

ECO ABDOMEN:

Estudio dificultado por la imposibilidad del paciente de colaborar.

Vesícula biliar con abundante barro y litiasis, de paredes engrosadas y trabeculadas, presentando eco-Murphy positivo.

Vía biliar intra y extrahepática no dilatada.

No se observa líquido libre.

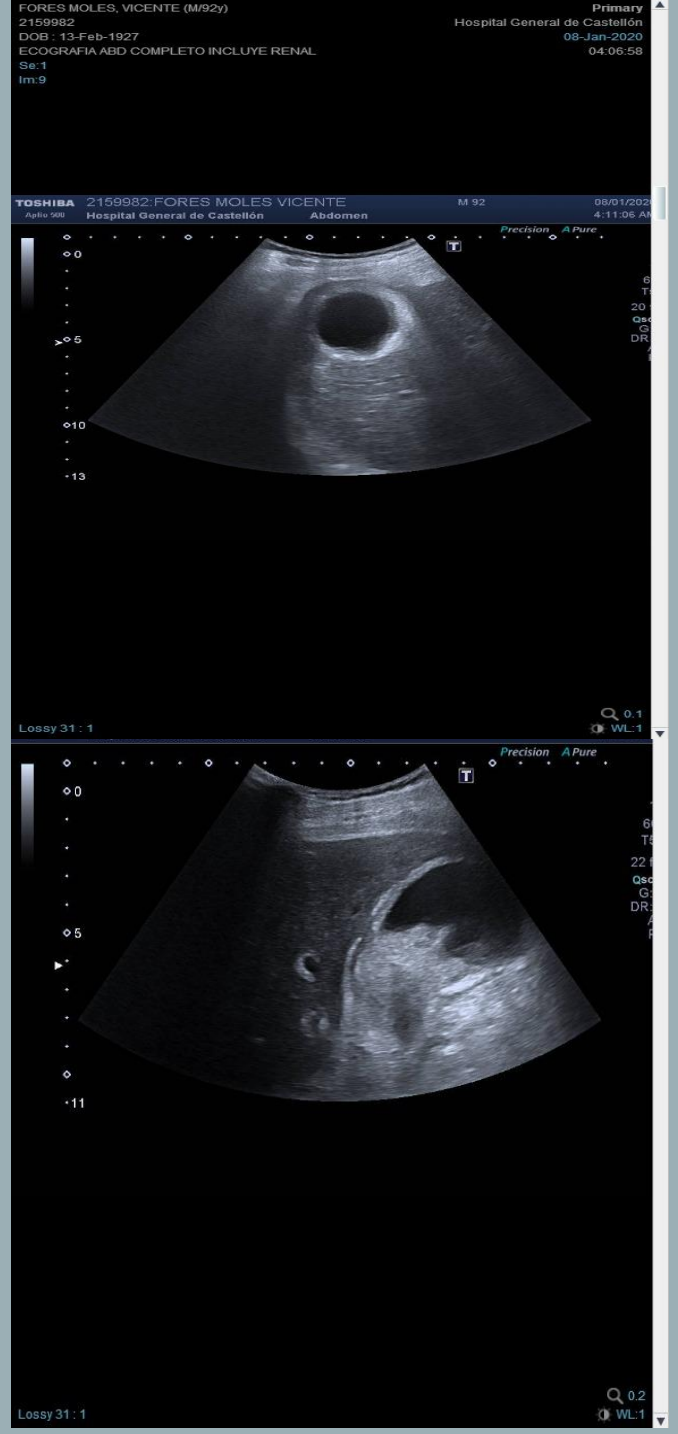
Hallazgos compatibles con **colecistitis aguda litiásica.**

Se administra Piperazilina-Tazobactam

Fracaso del tratamiento de soporte durante las siguientes horas.

<u>¿cuál es nuestra ACTITUD</u>?

1. **Completar el estudio con una CRM.**
2. **Seguir con medidas de soporte médicas.**
3. **Realizar colecistectomía laparoscópica.**
4. **Plantear punción percutánea.**



Colecistostomía.

Previa antisepsia bajo asepsia y anestesia tisular se realiza punción ecoguiada al interior de la vesícula biliar.

Mediante control fluoroscópico y guía se inserta catéter pigtail 8.5 F dejandolo bien formado y asegurado con hilo y sutura cutánea.

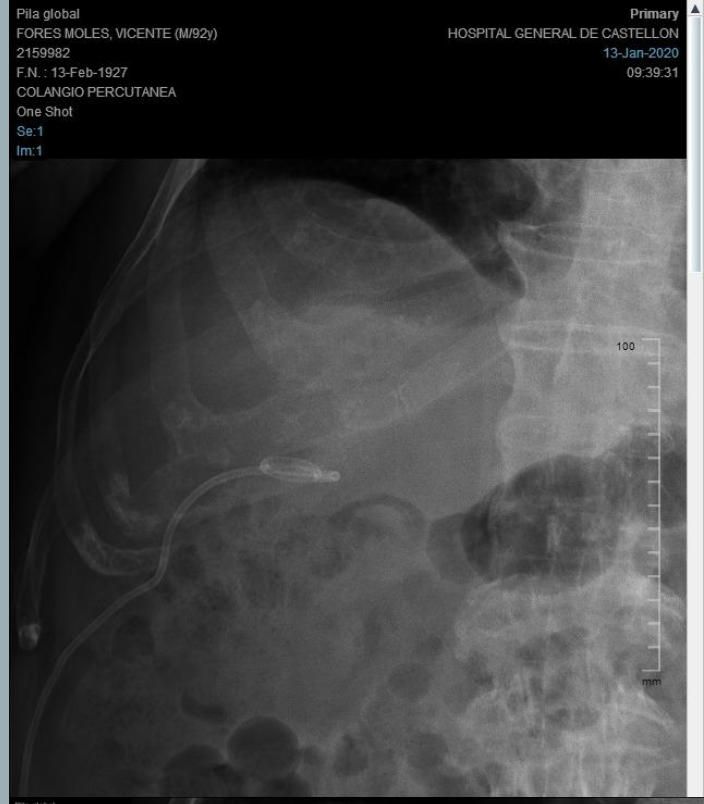
Sale bilis algo hematica fetida de la cual se toma muestra para microbiología.

Procedimiento bien tolerado sin complicación inmediata.

Plan: Lavados con 10cc de SF cada 8 horas, sin aspirar.
Se programara para revisión y colangiografía en 4-7 días.

20-1-2020: Control a los 7 días correcto.

Es dado de alta a las 24h tras el control.



GRACIAS