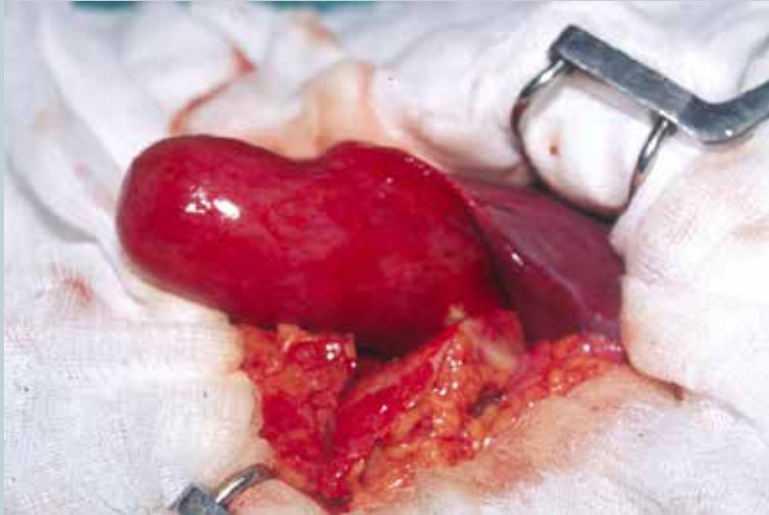


Manejo quirúrgico colecistitis aguda



SANTIAGO LINACERO MARTÍN
MIR CIRUGÍA GENERAL Y AP DIGESTIVO
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

CONTROVERSIA



- ¿Está contraindicada la laparoscopia?
- ¿Existe más riesgo de lesión de vía biliar principal, lesión inadvertida...?
- ¿En qué momento opero al paciente?



PRINCIPIOS BÁSICOS. EVOLUCIÓN HISTÓRICA



- La colecistectomía ha demostrado ser un tratamiento efectivo en el tratamiento de la colecistitis aguda.
- Al comienzo de la era laparoscópica el abordaje en la cirugía urgente estaba contraindicado
- Tras el desarrollo en técnicas laparoscópicas, la colecistectomía laparoscópica ha demostrado ser segura

VENTAJAS DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA



- Menor estancia hospitalaria
- Reincorporación a la vida laboral más rápida
- Reducción del coste de tratamiento
- Técnica lo suficientemente segura



ENTONCES....



— ¿¿¿ QUÉ HAGO???

OPCIONES



- a) **Colecistectomía laparoscópica**
- b) **Colecistectomía abierta**
- c) **Tratamiento conservador con antibiótico y analgesia (“Enfriar”)**
- d) **Colecistostomía percutánea**
- e) **Le pregunto a mi adjunto y lo que él me diga, porque nunca se equivoca**



- **LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA EN LA COLECISTITIS AGUDA ES EL GOLD-STANDARD**
- **NO TODOS LOS PACIENTES SON IGUALES:**

INDIVIDUALIZAR

CONTRAINDICACIONES LAPAROSCOPIA



- Alto riesgo anestésico
- Signos de perforación vesicular, abscesos, peritonitis, fístula...
- Litiasis gigantes
- Sospecha de malignidad



TÉCNICA QUIRÚRGICA



- Igual que en cirugía programada con algunos “trucos”
 - Mayor tasa de conversión (11-30%)
 - Punción para descomprimir la vesícula
 - Usar pinzas fuertes
 - Aspirador-irrigador para disección roma
 - Uso de drenajes subhepático
 - Tener claro cuándo reconvertir

“Early vs Delayed Laparoscopic Cholecystectomy”



- No todos los estudios definen igual el concepto “early”:
 - La mayoría menos de 7 días
 - Algunos estudios hablan de 4 días
- Concepto “delayed”: 6-8-12 semanas tras el inicio de síntomas

– *British Journal of Surgery* 2010; **97: 141–150**

“Early vs Delayed Laparoscopic Cholecystectomy”



- **Ventajas cirugía precoz:**
 - Menos dolor
 - Hospitalización más reducida
 - Incorporación más rápida a la vida laboral
 - Evitar cirugía “emergente”
- **Discusión**
 - Conversión a cirugía abierta
 - Lesión de vía biliar
 - Infección de herida

RESUMEN



- **OPERAR LO ANTES POSIBLE POR CIRUJANO EXPERTO.**
- **Momento ideal: enfermos con bajo riesgo quirúrgico y con menos de 3-7 días de evolución de los síntomas existe bastante consenso**



RESUMEN



- Sigue existiendo incertidumbre respecto al manejo de la CA, en especial en pacientes con más de 72-96h de evolución.
- En pacientes con comorbilidad asociada, la colecistostomía o el tratamiento antibiótico y tratamiento diferido semanas después pueden ser una opción

FUTURO



- Más EC que tengan no solo en cuenta el tiempo de evolución del cuadro clínico sino la gravedad del mismo y el ASA de los pacientes
- SCOREs
- Guías de consenso (Tokyo Guidelines) con recomendaciones menos genéricas

PROTOCOLO



Grado I: CA leve.

Definición: CA en pacientes sin disfunción orgánica, con inflamación leve que define una colecistectomía de bajo riesgo.

Grado II: CA moderada.

Definición: CA en pacientes sin disfunción orgánica, con inflamación que puede definir como compleja una colecistectomía.

Criterios (uno o más de los siguientes):

- .Leucocitosis >18.000.
- .Masa palpable en HD.
- .>72 horas desde el comienzo de los síntomas.
- .Peritonitis biliar, absceso perivesicular / hepático, colecistitis gangrenosa / enfisematosa.

PROTOCOLO

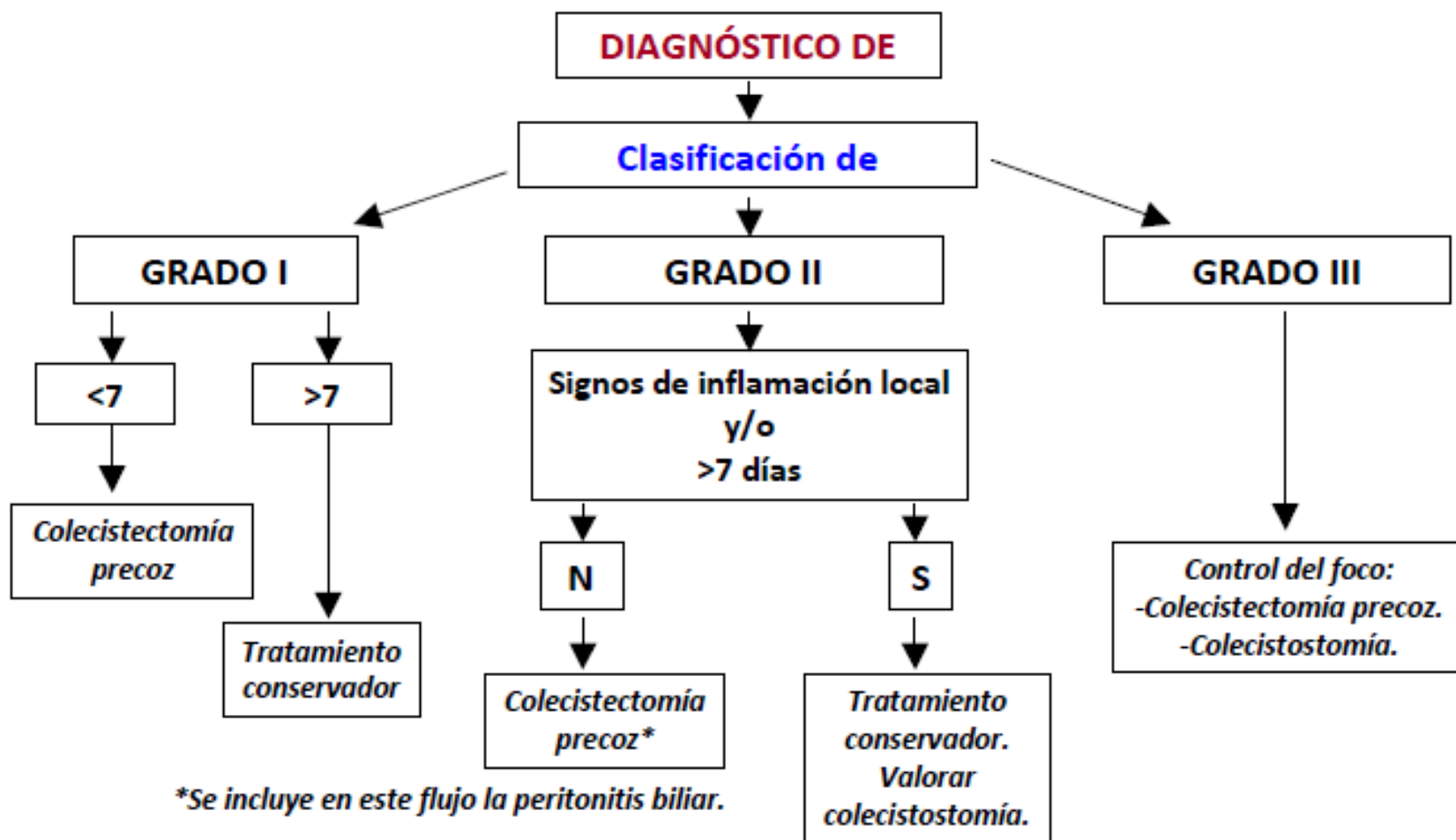


Grado III: CA severa.

Definición: CA que se acompaña de disfunción de alguno de los siguientes órganos o sistemas (**criterios**):

- .Cardiovascular: hipotensión que requiere dopamina $>5 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$ o dobutamina a cualquier dosis.
- .Neurológico: deterioro nivel de conciencia.
- .Respiratorio: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio <300 .
- .Renal: Oliguria o Creatinina $>2 \text{ mg}/\text{dl}$.
- .Hepática: INR $>1,5$ (en ausencia de anticoagulación).
- .Hematológica: plaquetas $<100000 / \text{mm}^3$

PROTOCOLO



MUCHAS GRACIAS

