

Resultados del tratamiento quirúrgico clásico de la colangitis aguda

Orlando Felmer E, Carlos Cárcamo I, María Pía Franjola V, Claudia Bertrán F, Francisco Venturelli M, Javier López S.

RESUMEN

La exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección de la colangitis aguda (CA) en los servicios de urgencia de nuestro país. El objetivo del presente estudio es mostrar y analizar los resultados de la cirugía clásica en el tratamiento de la CA. Se realizó una revisión retrospectiva en base a protocolo tipo de 86 pacientes intervenidos con diagnóstico de CA entre enero del 2003 y diciembre del 2004 en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Los datos fueron analizados mediante una planilla Excel. La serie está constituida por 56 pacientes de sexo femenino (65%) y 30 de sexo masculino (35%), con una edad promedio de 61.5 años (20-99). El 67% de los casos era de procedencia urbana. El 32,6% de los pacientes presentaba patología asociada, siendo la más frecuente la hipertensión arterial. El 69% de los enfermos se interviene dentro de las primeras 24 horas de hospitalización. El 86% de los casos presentó una colecistolitiasis causal que se resolvió durante el mismo acto quirúrgico. Hubo 5 casos de cáncer vesicular en la serie (5.8%). El promedio de días de hospitalización fue de 9.1 con rango de 4 a 44 días. Tres pacientes debieron ser reintervenidos, 2 por salida de la coledocostomía y 1 por eventración aguda. 15 pacientes (17.4%) presentaron complicaciones precoces, siendo la más frecuente la insuficiencia renal aguda. Hubo 3 casos de mortalidad operatoria (3.5%). Los pacientes mantuvieron en promedio la sonda Kehr por 34.7 días (12-189). El 87% de los pacientes se realizó la colangiografía ambulatoria. Hubo 7 casos de coledocolitiasis residual (8.1%), 3 salidas accidentales de la sonda T y 3 pacientes no asisten a control. Según nuestros resultados podemos afirmar que si bien el tratamiento quirúrgico clásico de la CA es efectivo, éste presenta una elevada morbimortalidad. (Palabras claves/ Key words; Colangitis aguda/Acute cholangitis; Tratamiento quirúrgico/Surgical treatment).

INTRODUCCIÓN

La colangitis aguda es un cuadro clínico caracterizado por una obstrucción de la vía biliar asociado a una infección piógena de ésta¹. Sigue siendo un cuadro ominoso y potencialmente letal particularmente en los ancianos con comorbilidad o cuando hay retraso en su diagnóstico y tratamiento^{2,3,4}.

La gran mayoría de estas obstrucciones se debe a una coledocolitiasis (77-92%), describiéndose

también secundarias a obstrucciones extrínsecas, neoplásicas y parasitarias entre otras^{1,3}.

La presentación clínica es variable². La tríada de ictericia, fiebre y dolor en cuadrante superior derecho, descrito originalmente por Charcot en 1877, es la presentación clásica de la colangitis^{2,5}. (sensibilidad y especificidad estimada de 40% - 80% y de 50% - 60% respectivamente)⁵. En casos extremos, la tríada se puede asociar a obnubilación y shock, (péntada de Reynold's)^{2,5}. Los resultados de las

pruebas de función hepática son generalmente anormales y pueden variar según la causa subyacente. Los niveles de las transaminasas generalmente están elevados y ocasionalmente pueden hacer pensar erróneamente en un cuadro de hepatitis².

Existen algunos factores que se deben considerar al planear las estrategias de tratamiento.² Éstos incluyen la severidad de la colangitis, la presencia de enfermedades médicas concurrentes, la causa subyacente, y las opciones disponibles de tratamiento en cada institución².

La exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección para este cuadro en los servicios de urgencia de nuestro país (Figura 1). Sin embargo, este tipo de manejo se asocia a una morbimortalidad no despreciable.³ La aparición y posterior consolidación de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) en el manejo de esta patología redujo drásticamente esta morbimortalidad y en la actualidad ya nadie discute en que constituye el tratamiento de elección².

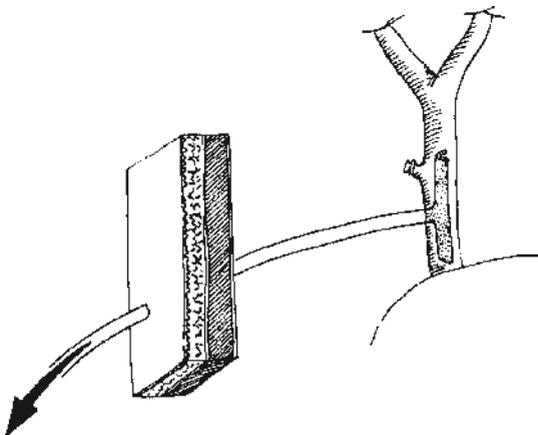


FIGURA 1. Coledocostomía in situ.

El objetivo de este estudio es mostrar y analizar los resultados en el tratamiento quirúrgico clásico de la colangitis aguda. Estudio que se plantea realizar con el objeto de compararlo posteriormente con los resultados endoscópicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio retrospectivo incluye 86 pacientes que fueron sometidos a coledocostomía en el contexto del tratamiento de una

colangitis aguda entre enero de 2003 y diciembre de 2004. Los pacientes ingresaron a la unidad de emergencia del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) con el diagnóstico presuntivo de colangitis aguda. Se realizó un estudio imagenológico mediante ecografía y estudio de laboratorio. Todos recibieron profilaxis antibiótica, y tratamiento antibiótico por tiempos variables. Se realizó colecistectomía clásica en los pacientes que mantenían la vesícula y una coledocotomía supraduodenal longitudinal entre riendas, con el objeto de drenar, asear y extraer el o los cálculos de la vía biliar. La reparación del defecto coledociano se realizó mediante una sutura continua de material reabsorbible sobre una sonda de Kehr con diámetros variables entre 12 y 18 F. El manejo clásico se basó en mantener esta sonda por al menos 15 días, y retiro tras la realización de una colangiografía a través de esta, en donde se corrobora la ausencia de coledocolitiasis residual. En caso de presencia de coledocolitiasis residual, se deja esta in situ, muchas veces pinzada en caso que el paciente lo tolere, y a los dos meses del postoperatorio se realiza la extracción percutánea a través del trayecto fistuloso.

Se revisan en forma retrospectiva las fichas clínicas de los pacientes, y se incluyen los datos en un protocolo tipo. Se analizan distintas variables, como edad, sexo, procedencia, comorbilidad, tiempo de hospitalización, hallazgos imagenológicos y de laboratorio preoperatorios (se considera una vía biliar ecográfica dilatada a un diámetro mayor o igual a 7mm), hallazgos intraoperatorios, evolución postoperatoria, morbilidad quirúrgica precoz y tardía, y mortalidad quirúrgica.

Los datos se analizan mediante una planilla Excel y se describe el promedio o mediana para los datos continuos según se especifique.

RESULTADOS

Durante el período que comprendió el estudio, se realizaron 86 coledocostomías en el contexto del tratamiento quirúrgico de una colangitis aguda. Se trata de 56 mujeres y 30 hombres con una edad promedio de 61,5 años (20–99). Cincuenta y ocho pacientes (67%) eran de procedencia urbana y veintiocho (33%) rural.

Veintiocho (32,6%) de los pacientes presentaban comorbilidad médica asociada al momento del ingreso, siendo la hipertensión arterial y la diabetes Mellitus tipo 2 las más

frecuentes. En la tabla 1 se muestra la comorbilidad asociada.

El tiempo de hospitalización total presentó una mediana de 7 días (4-44). Sesenta pacientes (69,7%) son intervenidos dentro de las primeras 24 horas, siendo la mediana del preoperatorio de 1 día, y la del postoperatorio de 6 días (0-43).

A sesenta y seis (76,7%) pacientes se les realizó ecografía preoperatoria, dentro de los cuales a cuarenta y dos (63,6%) se les describe una vía biliar dilatada. En el preoperatorio la totalidad de los casos presentó elevación de la bilirrubina total, todos de predominio directo. En la tabla 2 se muestra los distintos rangos encontrados. Se midieron los niveles plasmáticos de las fosfatasas alcalinas en cuarenta y ocho pacientes, de los cuales treinta y siete (77,0%) presentaron elevación de éstas.

Tabla 1. Comorbilidad asociada.

Comorbilidad	Nº	Porcentaje
Hipertensión arterial	21	24,4
Diabetes Mellitus tipo 2	6	6,9
Cardiopatía	4	4,6
Obesidad mórbida	4	4,6
Secuela de AVE	2	2,3
Daño hepático crónico	2	2,3
Insuficiencia renal crónica	1	1,1
Hipotiroidismo	1	1,1
Otros	3	3,4

Tabla 2. Bilirrubinemia total preoperatoria.

Rangos de bilirrubina total	Nº	Porcentaje
2,0 – 4,99	37	43
5,0 – 9,99	33	38,3
Mayor a 10	16	18,6

Doce pacientes (13,9%) habían sido previamente colecistectomizados, y setenta y cuatro (86,0%) presentaban una colecistolitiasis causal, lo que fue resuelto en el mismo acto quirúrgico mediante una colecistectomía. Ingresaron a pabellón cinco pacientes (5,8%) en shock séptico. Dentro de los hallazgos intraoperatorios cinco (5,8%) presentaban un cáncer vesicular avanzado, se identificaron 5 (5,8%) fístulas colecistoduodenales y 3 síndrome

de Mirizzi que se resolvieron en el mismo acto quirúrgico. Se realizó colangiografía intraoperatoria en 67 pacientes (77,9%). Se describe la vía biliar en 70 y según la apreciación del cirujano 51 (72,8%) presentarían la vía biliar dilatada. Se pudo comprobar la presencia de coledocolitiasis en 75 (87,2%). En dos pacientes (2,3%) se produjeron lesiones intraoperatorias, una lesión del hepático común y una lesión duodenal. Ambas se reparan durante el acto quirúrgico.

Setenta y un pacientes (82,5%) presentaron una evolución favorable. Quince (17,4%) presentaron complicaciones precoces, siendo la más frecuente la insuficiencia renal aguda. En la tabla 3 se muestra la morbilidad precoz observada. Tres (3,4%) debieron ser reintervenidos, dos debido a salida precoz de la coledocostomía en forma espontánea, y uno por eventración aguda. Hubo tres casos (3,4%) de mortalidad operatoria, produciéndose la muerte a los 4, 17 y 27 días. Todos ellos evolucionaron con un estado séptico, que los llevó a una falla multiorgánica y posteriormente a la muerte.

Tabla 3. Morbilidad precoz.

Morbilidad precoz	Nº	Porcentaje
Insuficiencia renal aguda	4	4,6
Trastorno hidroelectrolítico	3	3,4
Shock séptico	3	3,4
Infección sitio operatorio	3	3,4
Neumonía intrahospitalaria	1	1,1
Dehiscencia de coledocorrafia	1	1,1
Dehiscencia duodenorrafia	1	1,1
Alteración función hepática	1	1,1
Eventración aguda	1	1,1

Los pacientes mantuvieron la sonda de Kehr con una mediana de 30,5 días y un promedio de 34,7 días (12-189), con un débito promedio de 482 cc/día. De los ochenta y tres pacientes que no presentaron mortalidad a setenta y cinco (90,3%) se les realizó una colangiografía ambulatoria a través de la sonda de Kehr. En siete (8,4%) se hace el diagnóstico de coledocolitiasis residual abierta. La extracción percutánea fue posible en cinco de ellos, uno fue extraído por CPER y otro requirió ser reintervenido quirúrgicamente. Durante el seguimiento hubo 3 salidas espontáneas de la sonda de Kehr, dos de ellos presentaron un biliperitoneo, por lo que fueron reintervenidos. Tres pacientes no asisten a control.

DISCUSIÓN

En nuestro medio en donde existe una alta incidencia de patología litiásica biliar, la colangitis aguda presenta una alta incidencia. Este cuadro muchas veces se presenta en pacientes añosos que según nuestros resultados tienen una edad promedio de 61,5 años. Es de destacar que muchos pacientes se presentan además con comorbilidad médica asociada, lo que le agrega un mayor riesgo a cualquier procedimiento invasivo. Corresponde a una entidad en general grave, en donde el manejo se basa principalmente en el tratamiento antibiótico y el drenaje de la vía biliar. Con respecto a este último punto, se ha establecido durante la última década que éste se podría posponer frente a una respuesta clínica favorable mediante el tratamiento antibiótico, y se reservaría el drenaje de urgencia sólo para los casos en que el paciente este en estado séptico¹. Esta condición lógicamente también permitiría mejorar los resultados del drenaje quirúrgico al no someter a un paciente muchas veces séptico y mal perfundido a una intervención mayor. La coledocostomía abierta todavía representa un método importante en el curso de la cirugía biliar^{4,9}, pero, en general la gran mayoría de los autores concuerda que mediante el drenaje endoscópico se obtienen los mejores resultados en la actualidad.

Según nuestra experiencia el tratamiento clásico de la colangitis aguda presentaría una prolongada estadía hospitalaria, asociado a una elevada morbimortalidad considerando que se trata de una patología benigna. En general, la morbilidad precoz en gran porcentaje se puede atribuir directamente al procedimiento quirúrgico, es así como se presentaron dos lesiones de vía biliar, infecciones del sitio operatorio y eventraciones entre otras. Hubo además tres pacientes que requirieron ser reintervenidos debido a una complicación netamente quirúrgica. Por otro lado, la mayoría de las complicaciones

tardías se debieron a la permanencia de la sonda de Kehr, la cual al drenar la vía biliar al exterior puede producir un cuadro de deshidratación y trastorno hidroelectrolítico secundario. Fenómeno muchas veces difícil de manejar, en una población con poca conciencia de autocuidado y rural, en quienes a pesar de un esfuerzo educativo muchas veces se falla. Si bien un 8% de los pacientes presentaron este tipo de complicación, creemos que dado el importante número de enfermos de procedencia rural este valor podría ser mayor. Otro aspecto del uso de la sonda de Kehr, corresponde a todo el estudio imagenológico y horas asistenciales a que esta conlleva. Sin desconsiderar la incomodidad y calidad de vida del paciente que debe permanecer por aproximadamente 30 días con esta sonda in situ. Tampoco es menospreciable el 8,4% de pacientes que presentó coledocolitiasis residual, quienes debieron ser nuevamente hospitalizados, y sometidos a una nueva intervención, lo cual agrega aún mayor estadía hospitalaria, horas asistenciales y consumo de recursos. La mortalidad en esta serie fue de un 3,4% cifra en general atribuible al cuadro de base y concordante con lo reportado⁹.

Según lo publicado en la literatura los resultados del tratamiento de la colangitis aguda mediante un drenaje endoscópico, serían mejores del punto de vista de la morbilidad y mortalidad^{1,6,7,8}. Según nuestra experiencia en el drenaje endoscópico tenemos la misma percepción y creemos que también debería disminuir la estadía hospitalaria y los recursos otorgados para el manejo de esta patología. Quizás la única ventaja atribuible en la actualidad al manejo quirúrgico es que permite resolver la colecistolitiasis causal en el mismo acto⁹.

Podemos concluir que el manejo quirúrgico de la colangitis aguda, se asocia a una elevada morbi-mortalidad, asociado a un alto requerimiento de recursos y prolongada estadía hospitalaria.

REFERENCIAS

1. Anselmi M, Salgado J, Arancibia A, Alliu C. Colangitis aguda debida a coledocolitiasis: ¿Cirugía tradicional o drenaje biliar endoscópico? *Rev med Chile* 2001; 129:757-62
2. Philippus C. Bornman, Johan I. van Beljon, Jake E.J. Krige. Management of cholangitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003 10:406-14
3. Navarrete C, Adrada JC, Fluxá F, Castillo C, Montero L, Goldin L, Reyes C, Latipova R, Avendaño J, Cordon R. Colangitis aguda supurada: experiencia con tratamiento endoscópico. *Gastroenterol latinoam* 1999; 10(1): 37-43
4. Carmona R, Suazo J, Uscanga L. Colangitis infecciosa aguda. *Rev. gastroenterol. Méx* 1996; 61(4):332-7
5. Losada H, Manterola C, Vial M, Pineda V. Sepsis de origen biliar. ¿Alternativa diagnóstica en pacientes con colangitis aguda de origen litiásico? *Rev Chil Cir* 2004;56 (6):562-6
6. Dirk J. Gouma. Management of Acute Cholangitis. *Dig Dis* 2003;21:25-9
7. Anselmi M, Salgado J, Torres C, Acosta P, Ramírez V. Colangitis aguda: impacto del drenaje biliar endoscópico. *Rev Chil Cir* 1999;51(4):379-84
8. Anselmi M, Innocenti F, Orellana G, Renedo B. Utilidad de la prótesis biliar en el manejo de la coledocolitiasis. *Rev Chil Cir* 1996; 48(5):470-4
9. Csendes A, Burdiles P, Díaz JC. Present Role of Classic Open Choledochostomy in the Surgical Treatment of Patients with Common Bile Duct Stones. *World J Surg* 1998; 22:11-70