

# Drenaje Transcístico. ¿Se justifica aun su uso?

## *Trancystic drainage. It is still justify?*

Dr. Guillermo Saguier <sup>1</sup>

### RESUMEN

Se presenta la experiencia de 5 años en la utilización del drenaje transcístico (DTC) en la Primera Cátedra de Cirugía, FCM-UNA, utilizados en 176 pacientes colecistectomizados. Las colangiografías de control fueron anormales en un 12%, debido sobre todo a coledocolitiasis en 12 casos (67%), colédoco dilatado en 3, estrechez coledociana en 2 y 1 estenosis papilar. La media de permanencia del catéter fue de 17 días. No se encontró morbilidad, salvo una dificultad para retirar el catéter en 4 pacientes. El catéter fue hallado fuera de la vía biliar en 5 casos. No se registró mortalidad alguna.

**Palabras clave:** dren transcístico

### SUMMARY

This experience of the use of transcystic drainage is the result of 5 years of practice at the First Chaire of Surgery (FCM-UNA), where it has been used in 176 operated patients. The cholangiography of control showed anomalies in 12%: cholechololithiasis in 12 cases (67%), enlarged common bile duct in 3 cases, stenosis of the common bile duct in 2 and ampullary obstruction in 1 case. The catheter stayed in place for an average of 17 days. There was no morbidity. However, there was some difficulty in withdrawing the catheter in 4 patients. The catheter was found outside of the common bile duct in 5 cases. There was no mortality.

**Key words:** transcystic drainage.

### INTRODUCCIÓN

La colecistopatía aguda y crónica es una de las patologías más frecuentes en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica (Sala 10), ingresando 327 pacientes en el año 2003, de los cuales el 73% correspondió a colecistitis crónica (3). Esto es de esperarse teniendo en cuenta la alta prevalencia de litiasis biliar en América del sur, con cifras que llegan incluso al 50% (1). Esto conlleva el estar atentos a datos que nos hagan sospechar una coledocolitiasis, cuyas cifras para nuestro país oscilan entre 10 y 15%, aunque otras publicaciones hacen oscilar esta cifra entre 3 y 48% (1, 2). Este riesgo de coledocolitiasis se acrecienta en pacientes añosos, sobre todo en las colecistitis aguda (2).

Por ello, la exploración de la vía biliar frecuentemente se la debe realizar durante la cirugía. Durante mucho tiempo el drenaje coledociano post coledocotomía con un tubo de Kehr representó el estándar, pero siempre ello conllevó ciertas complicaciones como ser sepsis biliar, trauma coledociano durante el retiro del tubo, fuga biliar con o sin peritonitis, retención de fragmentos del tubo, estricturas formadas post retiro del dren, etc, (7), por lo que siempre se trató de reducir su empleo en casos de estricta necesidad. Posteriormente aparecieron experiencias con el drenaje transcístico, que se pensó representaría una opción menos agresiva en el tratamiento de la vía biliar.

En caso de duda de anomalías en las vías biliares o en caso de imposibilidad de realizar una colangiografía, o bien ante la imposibilidad de extraer un cálculo coledociano, la introducción de un catéter transcístico en la vía biliar brinda una doble ventaja: la de descomprimir la vía biliar ante una obstrucción y la de facilitar el acceso a las vías biliares mediante una colangiografía.

<sup>1</sup>Jefe de Departamento Primera Cátedra Clínica Quirúrgica FCM-UNA

En nuestro servicio, aplicamos un protocolo de exploración coledociana pre operatoria en ciertos casos, como la presencia de ictericia o fosta alcalina elevada, coluria, acolia, o el antecedente de una franca ictericia obstructiva o de pancreatitis aguda. Normalmente no realizamos una colangiografía de rutina en las colecistitis crónicas, pero sí en las agudas, en donde por regla se realiza dicho estudio. Pero muchas veces no se cuenta con la posibilidad de realizarla, por lo que preconizamos colocar en la vía biliar un dren transcístico (DTC), que permitirá, por un lado la descompresión de las vías biliares en caso de un cálculo pasado por alto, y por el otro, de poder descartar la ausencia de coledocolitiasis en el post operatorio por medio de una colangiografía. Eventualmente también se puede dejar un DTC en caso de una coledocolitiasis que no pudo ser extraída quirúrgicamente. Por ello, podemos decir que tenemos una buena experiencia en la utilización del DTC, y con aparente muy buen resultado, por lo que este trabajo tiene como objetivo analizar los resultados de 5 años de experiencia en su utilización.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un trabajo descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en donde se analizaron las fichas clínicas de pacientes adultos de ambos sexos, colecistectomizados en la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Ciencias Médicas (UNA) en el período de enero de 1999 a diciembre del 2003, en los cuales se dejó al final de la cirugía, un drenaje transcístico (DTC). No se analizó la indicación. Todos los pacientes fueron operados por vía abierta y se utilizó la misma técnica; fijación del catéter al conducto cístico con hilo Vicryl 3/0, exteriorización del mismo por contrabertura parietal, fijación a piel. Se analizó fundamentalmente: el resultado de la colangiografía de control transcística; el tiempo de permanencia del dren; la morbilidad y mortalidad post operatoria inmediata durante la hospitalización. Las fichas fueron cargadas en un programa estadístico Epi info 6.0.

## RESULTADOS

Se hallaron 176 pacientes con una media de edad de 46 años. El grupo comprendió 154 mujeres

(87,5%) y 22 hombres. Solamente 51 (29%) de ellos provenían del interior. En promedio se utilizó el DTC en 3 pacientes por mes. Las patologías que motivaron la internación fueron: colecistitis crónica: 88 (50,4%); colecistitis aguda: 87 (49%); cáncer vesicular: 1 (0,6%).

Solamente en 149 pacientes (85%) se realizó una colangiografía de control post operatoria, no obteniéndose datos en 27 casos (15%). De ellas, 131 (88%) colangiografías fueron normales, considerándose anormales en 18 (12%) casos. Dentro de las 18 colangiografías consideradas anormales, el cálculo coledociano fue la causa más frecuente. Se detalla en la tabla 1. En 38 (22%) pacientes se pudo determinar el tiempo de permanencia del dren, siendo la media en este grupo, de 17 días (rango 5-70). La moda fue de 10 días. La única morbilidad encontrada en este grupo de 38 pacientes fue la dificultad para retirar el catéter en 4 casos (10,5%). El catéter fue encontrada fuera de la vía biliar en 5 casos en este mismo grupo (13%). No se registró mortalidad.

**Tabla 1**

Hallazgos en 18 colangiografías post operatoria de control consideradas anormales n = 149

Hallazgo	n	%
Cálculo coledociano	12	67
Dilatación coledociana	3	17
Estrechez coledociana	2	11
Stop en la papila	1	5
<b>Total</b>	<b>18</b>	<b>100</b>

## DISCUSIÓN

Las indicaciones de las colecistectomías se repartieron en partes iguales entre la colecistitis aguda y crónica. En las agudas, de rutina se utiliza el DTC, pues hemos encontrado elevado porcentaje de coledocolitiasis (CL), sobre todo en pacientes de la tercera edad; 18% cuando el paciente no presentaba hiperbilirrubinemia y 37% cuando la presentaba (2). En este grupo las indicaciones son sobre todo la imposibilidad de realizar una colangiografía en la urgencia, por lo que el DTC es para controlar radiológicamente la vía biliar principal. En las crónicas, exceptuando pacientes de la tercera edad, que también presentaron cifras elevadas de coledocolitiasis, las indicaciones de colangio-

grafía per operatoria (CPO) están más categorizadas, respondiendo a un protocolo basado en datos clínicos y laboratoriales. Las causas por las cuales se deja un DTC en los casos crónicos son más bien debido a alguna anomalía encontrada a la colangiografía, como por ejemplo; defecto de relleno; mal pasaje de contraste al duodeno; colédoco dilatado; bilis turbia o sospecha de colangitis e incluso ante la menor duda por parte del cirujano, de una vía biliar obstruida. Nuestras cifras demuestran que en los casos crónicos, recurrimos al DTC con mucha frecuencia, probablemente sobre indicando el método.

Las colangiografías post operatorias de control anormales que llegaron al 12% se refirieron en la gran mayoría de los casos a litiasis coledociana, lo que da una cifra del 8% del total de las colangiografías realizadas. Solamente se encontró un caso de stop en la papila de origen no calculoso. Las otras anomalías, como la dilatación o estrechamiento del colédoco, pueden interpretarse de varias maneras y carecen de importancia práctica ya que depende del criterio del cirujano. Normalmente dejamos el catéter unos 10 a 12 días, aunque la media de 17 días que encontramos en el trabajo no refleja la realidad, pues hay pacientes que van de alta con la indicación de volver a los 10 días para retirarlo, pero vuelven muchos días después incluso meses. Estos días que esperamos es para la formación de un trayecto fistuloso, de manera que cuando se retire el dren y de haber una fuga biliar, ésta lo hará hacia el exterior, evitando una peritonitis o colección subhepática. Estos 10 días son más bien arbitrarios, pues quizás con menos días de permanencia los resultados sean los mismos. De hecho, tuvimos dos pacientes de la serie cuyos drenes fueron retirados a los 5 y 7 días, sin ninguna consecuencia. Aquí conviene mencionar que en 5 pacientes se encontró el dren fuera de la vía biliar y sin ninguna morbilidad, por lo que ello pudiera indicar lo excesivo del tiempo esperado para retirar el dren. Sin embargo siempre es posible un coleperitoneo por salida accidental de un DTC, aún habiendo pasado más de 15 días, como se lo menciona en la literatura (4). Este tiempo de permanencia del DTC es siempre menor si comparamos con un dren de Kehr, como lo demuestran varios trabajos comparativos de ambos métodos (6), lo cual la lógica explicaría ello, debido al diámetro mayor del Kehr, y por lo tanto se esperaría mayor tiempo para la organización del trayecto fistuloso.

La morbilidad general fue nula, no habiéndose encontrado fiebre, colecciones con traducción clínica, peritonitis, etc., por lo que podemos afirmar que es un método seguro y con mínima posibilidad teórica de complicaciones. Ahora bien, se encontraron complicaciones propias de la colocación del dren, en un 10% relacionadas a la dificultad para retirar el catéter y cifras casi similares al hallazgo del catéter fuera de la vía biliar. Es discutible considerar a la dificultad para retirar el dren como complicación, pues finalmente se logró hacerlo sin consecuencia alguna, sencillamente esperando más tiempo. Lo que hay que admitir es que ello representa para el paciente, una o varias visitas extras. En cuanto al catéter fuera de lugar, es más bien una contingencia que podría deberse a varios factores: técnica inadecuada o mal cuidado del catéter, aunque pareciera deberse más bien a la primera causa, pues de por sí cuesta retirar un dren que está ligado al conducto cístico, por lo que es difícil pensar que un movimiento del paciente o un manoseo en las curaciones pueda retirar el catéter. Por ello hay que prestar mucha atención a la técnica: ligadura firme al conducto cístico con hilo absorbible; extracción del catéter al exterior por contrabertura con buena fijación a piel con hilo multifilamento para que quede bien fijo el nudo; enrollar el dren (que suele ser bastante largo) sobre su eje, de manera que ante una tracción brusca, será este ovillo el que sufrirá la tracción. Finalmente se debe fijar el drenaje a la piel con esparadrapo. Con estos cuidados, es muy difícil que salga el dren. Finalmente la mortalidad durante la hospitalización fue nula.

Si bien nuestra experiencia se basa en las dudas diagnósticas o imposibilidad de realizar una CPO, actualmente el dren transcístico también es una alternativa válida para drenar el colédoco post coledocotomía. Comparada con el drenaje de Kehr, ella demostró presentar menos morbilidad post operatoria sobre todo del tipo de fuga biliar, aunque algunos autores utilizaron un catéter ureteral, pero que finalmente es similar al dren que nosotros utilizamos (5) (6). Sobre todo actualmente con el abordaje laparoscópico de la litiasis coledociana, el uso del DTC representa una práctica común, siendo casi un estándar (5)(6)(8). Así es que actualmente su utilización volvió "a la moda", para ocupar un lugar de privilegio en el abordaje de la vía biliar principal. Es más, ya está reemplazando en muchas indicaciones al dren de Kehr, que ya ha prestado su-

ficientes servicios a los cirujanos pero que seguirá siendo una herramienta útil aún por mucho tiempo.

En conclusión, creemos que la utilización del DTC es un método válido y seguro, que recomendamos vivamente su utilización ante cualquier duda que el cirujano tenga sobre la permeabilidad de la vía biliar principal, independientemente de la causa. Esto es válido sobre todo atendiendo a nuestro

medio, incluso en el interior del país, cuando no contamos con infraestructura necesaria para realizar una colangiografía o coledoscopia per operatoria, o cuando por uno u otro motivo, no podemos explorar la vía biliar ante una duda razonable de dificultad al pasaje de la bilis. La nula morbimortalidad que encontramos en esta serie justifica plenamente este proceder.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Samaniego C, Caballero G, Saguier G, Flores J, Ayala J, Benítez A. Colangiografía intraoperatoria rutinaria: Alcances y limitaciones. Rev. Chil Cir 2000; 52(3): 243-248.
- 2) Saguier G, Samaniego C, Caballero G, Barriocanal F, Ferreira A, Paredes O. Las colecistitis litíásicas en pacientes de la tercera edad. Clínicas 2000; 4(1): 12-19.
- 3) Datos del archivo de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica. FCM-UNA.
- 4) Gallot D, Malafosse Ph, Baudot J, Mabile J, Blondeau M. Place et resultats actuels du traitement chirurgical de la lithiase biliaire chez le vieillard. Chirurgie 1987; 113:536-543.
- 5) Wei Q, Hu HJ, Cai XY, Li LB, Wang GY. Biliary drainage laparoscopic choledochotomy. World J Gastroenterol. 2004; 10(21): 3175-8.
- 6) Hotta T et al. Biliary drainage tube evaluation after common bile duct exploration for choledocholithiasis. Hepatogastroenterology 2003; 50(50): 315-21.
- 7) Haq A, Morris J, Goddard C, Mahmud S, Nassar AH. Surg Endosc. 2002; 16(4): 714.
- 8) Cushieri A. Semin Laparosc Surg 2000; 7(4): 246-61.