

XLI REUNIÓN SOCIEDAD ANDALUZA DE PATOLOGÍA DIGESTIVA. ALMERÍA 2010.

COMUNICACIONES ORALES Mesa Comunicaciones I

1. ¿CÓMO FUNCIONAN LAS SALAS DE HOSPITALIZACIÓN DE DIGESTIVO EN ANDALUCÍA? ¿QUÉ ES MEJORABLE? ENCUESTA A 13 HOSPITALES.

F. Argüelles Arias¹; J. Herrerías Gutiérrez¹; J. de Teresa Galván²; J. de Dios Vega³; F. García Fernández⁴; J. López Cepero⁵; J. Márquez Galán⁶; M. Moreno Gallego⁷; M. Ramos Lora⁸; M. Romero Gómez⁹; J. Pérez Moreno¹⁰; J. Salmerón Escobar¹¹; A. Sánchez Cantos¹²; J. Vega Saénz¹³

¹Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, Digestivo; ²Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada, Digestivo; ³Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, Digestivo; ⁴Hospital San Juan De Dios, Sevilla, Digestivo; ⁵Hospital De Jerez, Cádiz, Digestivo; ⁶Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla, Digestivo; ⁷Hospital Universitario Puerta Del Mar, Cádiz, Digestivo; ⁸Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, Digestivo; ⁹Hospital Universitario Virgen De Valme, Sevilla, Digestivo; ¹⁰Hospital PUerto Real, Cádiz, Digestivo; ¹¹Hospital Universitario San Cecilio, Granada, Digestivo; ¹²Hospital Costa Del Sol, Marbella, Digestivo; ¹³Hospital Torrecárdenas, Almería, Digestivo.

Introducción

No existen datos hasta la fecha de cómo funcionan las Hospitalizaciones de nuestra especialidad y qué características deberían tener para conseguir una mayor eficacia y calidad.

Objetivos

El objetivo es conocer cómo funcionan las Salas de Hospitalización de Digestivo en Andalucía y cómo creen los encuestados que deberían funcionar.

Materiales y métodos

Se ha realizado una encuesta de 97 preguntas que se ha remitido a los distintos hospitales de Andalucía. Ha sido contestada por 13 Hospitales. En la encuesta se incluía una pregunta sobre el funcionamiento real de la sala en el momento actual y la siguiente consistía en preguntar cómo creía el encuestado que debería funcionar. Se han realizado preguntas con la intención de conocer número de pacientes atendidos, origen de estos pacientes, personal que los atiende (número de médicos, ATS, etc...), dotación de las salas (salas de personal, despachos para atender a familiares, sistemas informáticos, ecógrafos...), tiempos de espera para la realización de pruebas y características de las habitaciones (camas por habitación, televisores, etc...)

Resultados

A modo de resumen y ciñéndonos sólo a lo que consideramos más importante, podemos decir, que la mayoría de los Hospitales atienden a 20 o más camas de Digestivo, cuyos enfermos proceden de Urgencias, sin supervisión por parte del Servicio, aunque todos los encuestados consideran

que deberían ser controlados antes del ingreso en planta. El número de camas asignado a cada especialista en la mayoría de los casos es de 10, si bien la mayoría considera que debería ser entre 8 a 10 camas. La estancia media de los enfermos es, en todos los hospitales, igual o superior a 5. En cuanto a los tiempos de espera para la realización de las pruebas destaca que en un 54% de los casos el tiempo para realizar una RNM es de más de 5 días. La mayoría de los Hospitales realizan sesiones conjuntas con otras especialidades. Por último, destacar que en la mayoría de los Hospitales no existe restricción a la entrada de familiares, lo que se considera necesario por la mayoría de los servicios.

Conclusiones

Las salas de Hospitalización de los Hospitales andaluces funcionan a un buen nivel según los encuestados, si bien existen parámetros que deben mejorar para conseguir un mayor nivel de calidad en su actividad diaria.

2. DILATACIÓN ESOFÁGICA ENDOSCÓPICA CON BUJÍAS: NIVEL DE REFERENCIA EN DOSIS APLICABLE A NUESTRO MEDIO.

J. Benítez Cantero; M. Rodríguez Perálvarez; A. Hervás Molina; J. Jurado García; P. Soto Escribano; M. Pleguezuelo Navarro; V. García Sánchez; Á. González Galilea; C. Gálvez Calderón

Unidad Clínica Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos

1. Establecer NRD aplicable a nuestro medio.
2. Determinar factores que influyen sobre el producto dosis-área.

Métodos

Estudio transversal donde se incluyen 70 pacientes sometidos a dilatación esofágica endoscópica con bujías entre Enero/2009-Abril/2010. Se recogieron variables demográficas, antropométricas (peso, estatura, espesor), dosis/paciente recibida (mGy), tiempo fluoroscopia (segundos) y producto dosis/área (mGy/m²). Se registró etiología y localización de la estenosis así como terapéutica aplicada.

Resultados

Edad media de los pacientes 65+/-13 años; 61.5% hombres. Las etiologías más frecuentes fueron caústica (52.9%), neoplásica (22.9%) y postquirúrgica (11.7%). La localización fue distal en 51.4%, cervical en 32.9% y medio en

15.7%. La terapéutica fue mediante dilatación con bujías en 92.9% y además colocación de prótesis en 7.1%. El número medio de bujías empleado fue 3.2 (rango 1-4). La colocación de prótesis supuso un producto dosis/área significativamente mayor que la dilatación con bujías (61.2 y 32.9 mGy/m² respectivamente; p=0.02) así como un tiempo de fluoroscopia superior (65 y 33 segundos respectivamente; p=0.001). La etiología neoplásica y localización en esófago medio-distal de la estenosis también implicaron un aumento del tiempo de fluoroscopia y del producto dosis/área (p=0.01 y p=0.02 respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en el resto de variables recogidas.

Conclusiones

El nivel de referencia en dosis para dilatación esofágica en nuestro medio es: tiempo de fluoroscopia 61 segundos; dosis/paciente 11.45 mGy; producto dosis/área 0.42 mGy/m². Los factores que han demostrado aumentar el producto dosis/área han sido la etiología neoplásica, la localización en esófago medio/distal de la estenosis y colocación de prótesis.

3. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y TASA DE ERRADICACIÓN DE HELICOBACTER PYLORI EN FAMILIARES DE PRIMER GRADO DE PACIENTES AFECTOS DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO.

J. Jurado García; J. Benitez Cantero; A. Hervás Molina; Á. González Galilea; C. Gálvez Calderón; V. García Sánchez; E. Pérez Rodríguez; M. Vignote Alguacil; E. Iglesias Flores; A. Reyes López

Unidad Clínica Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Introducción

En las indicaciones de erradicación del consenso de Maastricht se recomienda investigar y erradicar HP en familiares en primer grado de pacientes con adenocarcinoma gástrico al considerarse factor carcinógeno de primer orden.

Pacientes y método

Estudio descriptivo. Desde noviembre 2008 a mayo 2010 se entregó información a familiares en primer grado de pacientes con adenocarcinoma gástrico, facilitándose el acceso a la investigación del estado de infección por HP mediante test de aliento y su tratamiento si estuviera indicado. En pacientes HP positivos se realizó terapia erradicadora de primera línea con OCA-10 (OCM-10), de segunda línea con OLA-10 (OLM-10) y cuádruple terapia (14 días) si fracasaron las anteriores.

Objetivos

Conocer la prevalencia de infección por HP y tasa de

erradicación con las diferentes líneas de tratamiento en este grupo poblacional.

Resultados

Se incluyen 143 pacientes pertenecientes a 36 familias (3,9 por familia, rango 1-6), edad media 46,5 años (mediana 45,9, rango 12-81). El test de aliento inicial fue positivo en 94 (65,7%), sin diferencias en los datos demográficos con el grupo de test negativos, indicándose tratamiento erradicador (92 OCA/2 OCM). Se dispone de control posterior en 70 (74,4%). 68 (97,1%) erradicaron HP. 58 (85,2%) con una línea de tratamiento, 10 (14,2%) con dos líneas y 2 que no han logrado erradicación, uno con dos líneas y otro con tres.

Conclusiones

La prevalencia de infección de HP en este grupo poblacional es ligeramente superior para la población general. La tasa de erradicación de HP es igual a la publicada en otras indicaciones.

4. EXPERIENCIA Y UTILIDAD CLÍNICA DE LA ENTEROSCOPIA DE DOBLE BALÓN (EDB) EN EL HOSPITAL DE PONIENTE.

F. Gallego Rojo; F. Gallardo Sánchez; A. Pérez González; J. Martínez Cara; G. Romo Rodríguez

Empresa Pública Hospital de Poniente, Digestivo.

Introducción

La enteroscopia de doble balón (EDB) es un método diagnóstico relativamente novedoso que ha demostrado su eficacia en el estudio y tratamiento de las enfermedades del intestino delgado. Sin embargo, en nuestra comunidad autónoma, no es aún, una técnica muy difundida.

Objetivos

Exponer nuestra experiencia así como la rentabilidad diagnóstica y terapéutica de la EDB en las patologías del intestino delgado.

Métodos

Estudio de tipo retrospectivo, en el que se analizan de forma consecutiva todos los pacientes con sospecha de patología del intestino delgado a los que se le realiza una EDB anterógrada (vía oral) o retrógrada (vía anal). El enteroscopia utilizado fue el modelo FUJINON EN-450-T5 (canal de trabajo de 2.8 mm con posibilidad terapéutica).

Resultados

Entre octubre de 2007 y mayo de 2010 se realizaron 30 enteroscopias de doble balón (DBE); de las cuales 17 fueron anterógradas y 13 retrogradas a 30 pacientes (17 M/13 V), con una edad media de 64.3 +/- 12 años. 23 exploraciones (76 %) se realizaron con anestesia general. El tiempo medio endoscópico de la exploración fue de 85 minutos. La media de inserción del enteroscopio fue de 136 cm en la DBE anterógrada y 110 cm en la retrógrada. Las indicaciones principales fueron: hemorragia digestiva de origen oscuro (HDO) en 15 casos (50 %), sospecha de neoplasia de intestino delgado por TAC o estudio con cápsula endoscópica (CE) en 8 pacientes (26.6 %), sospecha de enfermedad de Crohn por TAC o CE en 4 casos (13 %) y otros en 3 (10 %). Los diagnósticos fueron: angiodisplasias de intestino delgado 13 casos (43 %), pólipos de intestino delgado 5 pacientes (16.6 %), adenocarcinoma de intestino delgado en 4 casos (13 %), erosiones o ulceraciones inespecíficas en 3 casos (10 %), enfermedad de Crohn 3 pacientes (10 %), tumor GIST 1 paciente (3.3 %) y otros diagnósticos en 3 casos (10 %). La exploración fue normal en 3 casos (10 %). Se realizó terapéutica endoscópica en 13 pacientes (43 %), siendo el tratamiento con argón en lesiones angiodisplásicas el más realizado tras la polipectomía endoscópica, que se realizó en 3 pacientes (10 %). Se hizo marcaje con carbón estéril en 17 pacientes (56.6 %). En 17 pacientes se realizó previamente un estudio con cápsula endoscópica (56.7 %), con una excelente correlación diagnóstica con la EDB.

Conclusiones

La enteroscopia de doble balón (EDB) es un método diagnóstico y terapéutico de las patologías del intestino delgado eficaz en nuestro centro, que ha supuesto un cambio importante en el manejo de estos pacientes. La principal indicación diagnóstica y terapéutica son las lesiones angiodisplásicas. Existe una estrecha correlación diagnóstica con el estudio con cápsula endoscópica. La duración de la técnica y la necesidad de anestesia general en un porcentaje alto de casos, es una limitación importante.

5. DIFERENCIAS SEROLÓGICAS EN LA ENFERMEDAD CELÍACA ENTRE EL NIÑO Y EL ADULTO.

V. Aguilar Urbano; A. Moreno García; J. Gonzalo Marín; P. Rosón Rodríguez; Á. Pérez Aisa; J. Rosales Zabal; F. Fernández Cano; R. Rivera Irigoín; N. Fernández Moreno; I. Méndez Sánchez; A. Sánchez Cantos

Aparato Digestivo, Hospital Costa del Sol, Marbella.

Introducción

La celiaquía puede debutar a cualquier edad, siendo el 20% > 60 años al diagnóstico. La atrofia vellositaria es

infrecuente en adultos, predominando las formas atípicas.

Objetivos

Diferencias entre serología y patrón histológico según edad.

Material y método

Estudio descriptivo-retrospectivo de celíacos con biopsia intestinal diagnóstica en nuestro hospital entre Julio-1997 y Marzo-2009. Analizamos edad, sexo, presentación, serología e histología (clasificación de Marsh). Subdividimos pediátricos (≤ 14) y adultos (> 14).

Resultados

Se incluyeron 107 pacientes, 37 (34,6%) pediátricos y 70 (65,4 %) adultos. La edad media fue 41,29 años (DE= 15,053) y 6,59 años (DE= 4,833). Comparando los resultados tenemos: Pediátricos (%) Adultos (%) p Ac-antigliadina 83,8 55,7 < 0,05 Ac-antiendomiso 54,1 32,9 Ac-antitransglutaminasa 86,5 58,6 tisular Patrón destructivo (tipo 3-4) 62,2 62,9 ns Comparando el patrón histológico con Ac en ambos grupos, observamos: Pediátricos / Adultos Ac-antigliadina Positivo (%) Negativo (%) p / Positivo (%) Negativo (%) P Patrón no-destructivo 71,4 28,6 ns 47,4 52,6 < 0,05 Patrón destructivo 91,3 8,7 ns 81,1 18,9 < 0,05 Ac-antiendomiso Patrón no-destructivo 38,5 61,5 < 0,05 27,3 72,7 < 0,05 Patrón destructivo 83,3 16,7 < 0,05 71,4 28,6 < 0,05 Ac-antitransglutaminasa Patrón no-destructivo 90 10 ns 33,3 66,7 < 0,05 Patrón destructivo 100 0 ns 87,2 12,8 < 0,05.

Conclusiones

- La positividad para la serología es más frecuente en la edad pediátrica.
- En las formas adultas la positividad para anticuerpos de celiacía tiene más relación con patrones histológicos más severos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas.
- El Ac-antitransglutaminasa es el más sensible, coincidiendo con lo descrito en la literatura.

6. PAPEL DE LA CROMOENDOSCOPIA EN EL SEGUIMIENTO DE LA POLIPOSIS ADENOMATOSA FAMILIAR (PAF) INTERVENIDA.

A. Pizarro Moreno; C. Cordero Fernández; M. Garzón Benavides; F. Bellido; S. Sobrino; J. Bozada García

Aparato Digestivo. Hospital Virgen Del Rocío. Sevilla.

Introducción

En los pacientes intervenidos de PAF, la colectomía subtotal con anastomosis íleo-rectal (IRA) conlleva un riesgo de cáncer en la mucosa rectal remanente del 15% después de 25 años de seguimiento. En los pacientes intervenidos mediante colectomía total con anastomosis ileoanal y reservorio (IPAA) se han comunicado 8 casos de cáncer en la anastomosis íleo-anal y una incidencia de adenomas en el reservorio de entre el 31% y el 42% tras un seguimiento aproximado de 7 años.

Objetivos

Determinar si la tinción con índigo carmín permite la detección de lesiones epiteliales que pasan desapercibidas a la visión endoscópica convencional y esto permite reducir la aparición de lesiones epiteliales neoplásicas de riesgo durante el seguimiento de dichos pacientes.

Pacientes y método

Ensayo clínico aleatorizado por orden de llegada a consulta de los pacientes. Se incluyeron 32 pacientes con PAF, intervenidos entre 1.976 y 2006 en el H. Virgen del Rocío y en protocolo de seguimiento con revisión endoscópica cada 6 meses. 24 intervenidos mediante IRA y 8 intervenidos mediante IPAA. Las revisiones endoscópicas se han realizado por un solo endoscopista, en una primera fase con visión convencional y, posteriormente, en el mismo acto endoscópico, tras tinción con índigo carmín en solución al 0,2%. Todos los pólipos encontrados fueron resecaados.

Resultados

Edad media de los pacientes: 37,9 (+/-11,2) años. Seguimiento medio: 11 (+/-6,2) años. El número medio de pólipos detectados sin tinción fue de 8,45 y 9,52 respectivamente en la primera y segunda revisión frente a un número medio de pólipos detectados con tinción de 14,33 y 21,92 en la primera y segunda revisión respectivamente. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas con una p de 0,007 y 0,04 respectivamente. En las sucesivas revisiones no hubo disminución en el número de pólipos detectados frente a la primera revisión por lo que no encontramos tendencia decreciente en el número de pólipos. Todos los pólipos extirpados fueron adenomas tubulares con displasia de bajo grado.

Conclusión

La tinción con índigo carmín permite visualizar pólipos no detectables con visión convencional en todas las revisiones, no se ha detectado ningún adenoma de riesgo gracias a la tinción. Habrá que valorar en un futuro la repercusión de la extirpación de todos los adenomas detectados con tinción en la evolución del paciente.

7. CARACTERIZACIÓN EN TIEMPO REAL DE PÓLIPOS COLÓNICOS DE PEQUEÑO TAMAÑO MEDIANTE NBI SIN MAGNIFICACIÓN.

A. Sánchez Yagüe¹; T. Pereda Salguero²; J. Rosalez Zabal¹; J. Cid Mañas³; A. Sánchez Cantos¹

¹Hospital Costa Del Sol, Servicio De Aparato Digestivo;

²Hospital Costa Del Sol, Servicio De Anatomía Patológica;

³Hospital Costa Del Sol, Servicio De Anatomía Patológica.

Introducción

La endoscopia con luz blanca tiene una capacidad limitada para predecir las características histológicas de los pólipos colónicos especialmente si no se dispone de magnificación. Las técnicas de cromoendoscopia aunque útiles resultan muy engorrosas y tienen un valor limitado cuando no se asocian a magnificación óptica. El sistema NBI se activa fácilmente y actúa filtrando dos bandas estrechas de luz visible resaltando el patrón vascular.

Objetivo

Determinar la precisión del sistema NBI para distinguir pólipos adenomatosos menores de 10 mm o menos.

Material y métodos

Se incluyeron prospectivamente los pacientes a los que el investigador principal realizó una colonoscopia con óptica de alta definición y sistema NBI entre Junio 2009 y Marzo 2010. Se incluyeron pólipos menores de 10 mm. Cada pólipo se visualizó con el sistema NBI y se determinó el patrón vascular (no visible, visible o prominente). No se utilizó magnificación óptica. Los pólipos con patrón visible o prominente se consideraron adenomatosos. Se capturaron imágenes en soporte digital de cada uno de los pólipos bajo NBI. Se obtuvo confirmación histológica en todos los casos. Los pólipos se reseccionaron con pinzas jumbo o asa de diatermia de 10mm utilizando una técnica de mucosectomía.

Resultados

Doscientos quince (215) pólipos fueron caracterizados durante el periodo de estudio. De estos, 107 eran adenomatosos y 108 hiperplásicos. El sistema NBI clasificó correctamente 99 pólipos adenomatosos (sensibilidad 90%; valor predictivo positivo 86%) y 92 hiperplásicos (especificidad 85%). La precisión global del sistema NBI para caracterizar pólipos adenomatosos e hiperplásicos fue del 88%.

Conclusiones

El sistema NBI presenta una gran precisión para la caracterización de pólipos colónicos convirtiéndolo en una herramienta útil para predecir su histología. Se necesita

mejorar el sistema de clasificación de los patrones mucosos y vasculares sin magnificación.

8. IMPACTO DEL SOBRECRECIMIENTO BACTERIANO Y MALDIGESTIÓN GRASA EN EL ESTADO NUTRICIONAL DE PACIENTES GASTRECTOMIZADOS.

F. Fernández Cano¹; A. Pérez Aisa²; I. Méndez Sánchez³; J. Rosales Zabal³; F. Rivas Ruiz⁴; J. Gonzalo Marín⁵; A. Chaves Elena⁵; J. Alcaide⁶; R. Rivera Irigoien⁷; A. Sánchez Cantos²

¹Hospital Costa Del Sol, Digestivo; ²Hospital Costa Del Sol, Digestivo; ³Hospital Costa Del Sol, Digestivo; ⁴Hospital Costa Del Sol, Apoyo A La Investigación; ⁵Hospital Costa Del Sol, Digestivo; ⁶Hospital Costa Del Sol, Oncología Médica; ⁷Hospital Costa Del Sol, Digestivo.

Introducción

El confluente gastro-duodeno-pancreático juega un importante papel en la digestión de los alimentos. La alteración de la anatomía de este complejo mediante procedimientos quirúrgicos tiene un impacto directo tanto en la flora del tracto gastrointestinal como en el proceso de absorción y digestión de principios inmediatos. Estas dos alteraciones influyen directamente en el estado nutricional de los pacientes sometidos a cirugía resectiva del estómago.

Objetivo

Evaluar la presencia de Sobrecrecimiento Bacteriano (SIBO) en pacientes gastrectomizados. Evaluar la prevalencia de maldigestión grasa. Valorar el impacto de estas situaciones en estado nutricional.

Material y métodos

Estudio transversal desde mayo de 2009 hasta junio de 2010 en Unidad de Digestivo de Hospital Costal del Sol. Pacientes sometidos a gastrectomía total o subtotal por patología gástrica benigna o neoplásica trascurridos tres meses después de resección. Se realizó una valoración nutricional inicial. Posteriormente se realiza test de aliento de Hidrógeno con glucosa (TAH) para evaluación de SIBO según la técnica estándar. En pacientes con SIBO negativo se evalúan los datos de maldigestión grasa mediante test de aliento con triglicéridos marcados con ¹³C según procedimiento estandarizado. Se realizó un análisis descriptivo con distribución de frecuencias para variables cualitativas, y mediana y rango intercuartílico para las cuantitativas.

Resultados

Incluidos 14 pacientes, 8 (57,1%) son hombres con una media de edad de 64,4 años. El motivo de la gastrectomía fue neoplásico (neoplasia gástrica) en un 92,9% (n=13) y el

7,1% (n=1) fue por patología benigna (Úlcera péptica). En un 57,1% (n=8) se realizó una gastrectomía total, mientras que en el resto, 42,9% se realizó una gastrectomía subtotal. En condiciones basales se detectó desnutrición leve-moderada en el 25% de los pacientes. Se realizó un primer test de hidrógeno espirado para evaluar SIBO siendo positivo en 6 de ellos (42,9%). Se han realizado 8 test de maldigestión grasa, de éstos 5 han resultado negativos, es decir, sin déficit lipasa (62,5%) y 3 positivos (37,5%).

Conclusiones

En este grupo de pacientes gastrectomizados la prevalencia de SIBO se sitúa en el 42,9%. La maldigestión grasa en estos pacientes con SIBO negativo alcanza al 37,5%. Los pacientes gastrectomizados que presentan SIBO o maldigestión grasa probablemente mejorarían en su estado nutricional con un manejo adecuado de estas dos situaciones.

9. RENDIMIENTO DEL DRENAJE PERCUTÁNEO DE VESÍCULA GUIADO POR ECOGRAFÍA.

M. Ramos Clemente Romero; M. Serrano León; L. Troiteiro Carrasco; M. Macías Rodríguez; P. Rendón Unceta

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, Aparato Digestivo.

Objetivo

Analizar la utilidad del drenaje percutáneo de la vesícula guiado por ecografía en nuestro servicio.

Método

Análisis retrospectivo de los drenajes vesiculares realizados entre 1988 y Junio de 2010. Se indicó en pacientes de alto riesgo quirúrgico con colecistitis aguda sin respuesta a tratamiento médico o con colangitis sin posibilidad de drenaje endoscópico. Se realizó colocación de drenaje (punción directa, catéter de 7 a 9F), o aspiración (aguja de 18-20G, o catéter de 5F), según criterio del ecografista. En todos los pacientes se administró antibioterapia sistémica.

Resultados

Se incluyeron 78 pacientes, 47 varones, con edad media 73 años. Fueron 65 colecistitis agudas (8 alitiasicas), el proceso fue eficaz en 49 pacientes (75.3%) e ineficaz en 16 pacientes, en 10 por persistencia de la colecistitis, 4 por patología asociada y 1 por complicación con coleperitoneo. En 13 se indicó por colangitis, y resultó eficaz en 10 pacientes (77%). Fue ineficaz en 1 caso por obstrucción del cístico y en 2 por complicaciones. En total de la serie hubo 8 complicaciones relevantes.

Conclusiones

En la patología de vesícula y vía biliar, las técnicas de drenaje percutáneo guiadas por ecografía pueden ser alternativa terapéutica en el caso de que fracase el tratamiento médico y exista una elevada morbimortalidad para el tratamiento quirúrgico.