



## P-009 - INDICACIONES QUIRÚRGICAS DE PATOLOGÍA BILIAR AGUDA EN PACIENTES GESTANTES. ESTUDIO RETROSPECTIVO Y ANÁLISIS DE LA BIBLIOGRAFÍA

M. Saladich Cubero, I. Nicolàs Perea, N. Estopiña, J. de Castro Gutiérrez, R. Rovira Saperes, X. Quer Valls y E. de Caralt Mestres

Consorci Hospitalari de Vic, Vic.

### Resumen

**Objetivos:** La patología biliar aguda en gestante (incluyendo el cólico biliar, colangitis y la pancreatitis) es una entidad que implica dificultades en el manejo por parte de ginecólogos y cirujanos por falta de protocolos. Se opta por el tratamiento conservador en muchos casos, para evitar supuestamente la morbilidad materno-fetal. Es por eso que nos preguntamos: ¿deberíamos optar por un manejo quirúrgico? ¿La patología biliar aguda en gestante tiene una indicación quirúrgica?

**Métodos:** Se realiza una revisión retrospectiva de los casos de pacientes con esta patología entre 2009-2013 en un hospital comarcal. Se incluyen a las pacientes ingresadas durante el embarazo por episodios agudos de patología biliar y con ecografía abdominal positiva por colelitiasis. Se han valorado variables demográficas, clínicas, exploraciones complementarias, quirúrgicas, obstétricas y seguimiento postparto hasta la resolución de la patología.

**Resultados:** Se recogen 9 casos que cumplen los criterios de inclusión; 5 pacientes con cólico biliar persistente/recurrente, 2 coledocolitiasis con colangitis, 1 colecistitis y 1 pancreatitis con colecistitis posterior. Esto representa un 1,1% de las gestantes en este periodo. La distribución de inicio de síntomas se reparte de forma igual en los tres trimestres del embarazo. En la fase aguda se inicia tratamiento sintomático con reposo digestivo en todos los casos, indicándose colecistectomía laparoscópica en 2 (de 9) y CREP en 1 (de 9). Los días de estancia atribuidos a tratamiento conservador fueron 12,1 de media (mediana 9), mientras que los asociados a laparoscopia fueron 5,5 (mediana 5,5). La media de asistencias a urgencias fue de 5,7 en pacientes con tratamiento conservador y de 3 en pacientes a las que se realizó tratamiento quirúrgico (sin reconsultas posteriormente al tratamiento quirúrgico). Por lo que concierne a los resultados obstétricos no se han encontrado diferencias en cuanto a vía de parto, ni se han observado diferencias en los resultados perinatales (peso, puntuación APGAR ni pH). En el seguimiento postparto cabe destacar que las pacientes operadas no reconsultaron. Las pacientes con tratamiento conservador tuvieron recurrencia de síntomas antes de la colecistectomía en todos los casos; un 2 ya han sido operadas, un 4 están en lista de espera y una paciente no acudió a consultas con el cirujano.

**Conclusiones:** La indicación quirúrgica en la gestante no cambia respecto a la patología biliar aguda en no gestante. El tratamiento quirúrgico garantiza una disminución de recurrencias y complicaciones derivadas. No se ha evidenciado en la literatura aumento de morbilidad materno-fetal secundario al abordaje laparoscópico. En caso de retrasar la indicación quirúrgica, aumentamos el número de días en ayuno y la medicación analgésica, además de constatarse más reingresos y complicaciones. Las pacientes no operadas

durante el episodio agudo presentarán recurrencia pre y postparto precoz, por lo que necesitarán un tratamiento definitivo. Es por eso que sugerimos que se debería indicar con más frecuencia la colecistectomía laparoscópica en centros con experiencia en este tipo de cirugía.