

Estrategia restrictiva versus atención habitual para la colecistectomía en pacientes con cálculos biliares y dolor abdominal (SECURE)

Helena De la Torre Martí. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda-Madrid

PALABRAS CLAVE: colecistectomía, cálculos biliares, estrategia restrictiva

KEYWORDS: *cholecystectomy, gallstones, restrictive strategy*

Especialidades: Digestivo, Cirugía General, Medicina Interna

Enlace revista original: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30941-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30941-9)

ABSTRACT

Las guías internacionales aconsejan la colecistectomía laparoscópica para el tratamiento de la colelitiasis no complicada. Sin embargo, la práctica clínica habitual conlleva gran variabilidad de criterios quirúrgicos y persistencia del dolor post-colecistectomía en el 10-41% de los pacientes. Se plantea la posibilidad de no inferioridad de una estrategia restrictiva con selección gradual de los pacientes para esta indicación.

International guidelines advise laparoscopic cholecystectomy to treat symptomatic, uncomplicated gallstones. Usual care regarding cholecystectomy is associated with practice variation and persistent pain in 10-41%. We aimed to compare the non inferiority of a restrictive strategy with stepwise selection with usual care to assess efficient use of cholecystectomy.

ARTÍCULO

El hallazgo de colelitiasis durante el estudio de dolor abdominal tiene una alta probabilidad de ser interpretado como la causa de los síntomas. La recomendación de la colecistectomía en el cólico biliar no complicado¹⁻³ la ha convertido en la cirugía general más frecuente⁴, a pesar de la ausencia de consenso en los criterios de selección⁵.

En este estudio se incluyeron 1067 pacientes con dolor abdominal y colelitiasis ecográfica: 537 recibieron el manejo habitual con colecistectomía a criterio del cirujano, mientras que en el grupo intervención (n 530) esta decisión dependía del cumplimiento de los criterios ROME III⁶.

A los 12 meses, 298 pacientes del grupo intervención (56%; 95% CI, 52.0-60.4) presentaban buen control del dolor (EVA <4) frente 321 (60%, 55.6- 63.8) en el grupo control. No se demostró la no inferioridad en el grupo con criterios de selección (diferencia 3-6%, 95%; CI -8 a 6%; p 0.316) aunque sí se realizaron menos colecistectomías de forma significativa (68% vs. 75%, p 0.01). No hubo diferencias en efectos adversos, complicaciones biliares ni quirúrgicas entre ambos

grupos. En un 34% de los pacientes sin colecistectomía se encontraron diagnósticos alternativos como reflujo-gastritis (10%) o colon irritable.

COMENTARIO

Estudios previos habían mostrado similares resultados con respecto al dolor persistente comparando tratamiento quirúrgico v. conservador, si bien el 50% de estos acabaron en una cirugía más tarde⁷.

El estudio SECURE destaca el control sintomático subóptimo tras la colecistectomía en el cólico biliar no complicado, sin que restringir la selección de pacientes haya mostrado mejores resultados. Un notable 30% de estos pacientes violaron el protocolo al realizarse la intervención a pesar de no cumplir los criterios, probablemente basándose en la expectativa de mejora. Se requieren tiempos de seguimiento más prolongados que avalen estas conclusiones.

Los resultados ponen en duda que la colecistectomía sea la solución a pacientes con síntomas atribuidos a litiasis biliar, pudiendo ser una entidad sobrediagnosticada y además de que la cirugía podría suponer un factor de riesgo para el síndrome metabólico⁸.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dutch Society of Surgery. Evidence-based guideline. Diagnostic and treatment of gallstones. Utrecht: Dutch Society of Surgery, 2016.
2. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* 2016; 65: 146–81.
3. Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Los Angeles: SAGES, 2010.
4. Sundbom M, Hedberg J. Trends in use of upper abdominal procedures in Sweden 1998–2011: a population-based study. *World J Surg* 2014; 38: 33–39.
5. van Dijk AH, de Reuver PR, Besselink MGH. Assessment of available evidence in the management of gallbladder and bile duct stones: a systematic review of international guidelines. *HPB (Oxford)* 2017; 19: 4.
6. The Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis. The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part I and II. Factors associated with the disease. *Hepatology* 1988; 8: 904–13
7. Vetrhus M, Berhane T, Soreide O, Sondenaa K. Pain persists in many patients five years after removal of the gallbladder: observations from two randomized controlled trials of symptomatic, noncomplicated gallstone disease and acute cholecystitis. *J Gastrointest Surg* 2005; 9: 826–31.
8. Chen Y, Wu S, Tian Y. Cholecystectomy as a risk factor of metabolic syndrome: from epidemiologic clues to biochemical mechanisms. *Lab Invest* 2018; 98: 7–14.