



## P-748 - UTILIDAD DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN LA COLECISTECTOMÍA URGENTE

Menéndez Sánchez, Pablo<sup>1</sup>; León Salinas, Carlos<sup>1</sup>; Amo Salas, Mariano<sup>2</sup>; García Carranza, Alberto<sup>1</sup>; Martín, Jesús<sup>3</sup>; Méndez Cea, Belén<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Hospital Gutiérrez Ortega, Valdepeñas; <sup>2</sup>Departamento de Matemáticas, Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real; <sup>3</sup>Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; <sup>4</sup>Facultad de Biología, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Actualmente existe más evidencia que la cirugía precoz debe ser el tratamiento de elección en la colecistitis aguda, aunque también es seguro llevar a cabo un tratamiento conservador de inicio. La decisión dependerá de las condiciones del paciente, la experiencia quirúrgica y la infraestructura hospitalaria. A pesar de estas recomendaciones, no siempre puede llevarse a cabo la cirugía en las primeras horas: demora en la consulta al servicio de urgencias, cribado del dolor abdominal por parte de otros especialistas, o ausencia de pruebas de imagen ante una clínica poco evidente o con leves alteraciones analíticas. Estas situaciones pueden suponer que la consulta quirúrgica se haga pasadas las primeras 72 horas, el cual es criterio para clasificarse como colecistitis grado II.

**Objetivos:** Valorar la correlación entre los valores de la proteína C reactiva (PCR) y el espesor de la pared vesicular en la colecistitis aguda litiasica, junto con otras variables como las cifras de leucocitos y la histología de la vesícula biliar.

**Métodos:** Estudio retrospectivo, analítico, observacional que incluyó los pacientes ingresados desde el servicio de urgencias del hospital con diagnóstico de colecistitis aguda litiasica, en el periodo comprendido entre enero de 2011 y diciembre de 2015. En función de la evolución médica, se dividieron a los pacientes en dos grupos: 1) pacientes que precisaron colecistectomía urgente de inicio, o que requirieron la intervención quirúrgica por una escasa o nula respuesta al tratamiento médico-conservador, y 2) pacientes con buena respuesta al tratamiento médico-conservador, con resolución del episodio agudo, y realización posterior de la colecistectomía electiva de forma diferida. Se incluyeron las variables edad (años), género, espesor de la pared vesicular (mm), leucocitos ( $10^3$ /ul), bilirrubina (mg/dL), GOT (UI/L), GPT (UI/L), PCR (mg/dL), tipo de cirugía (urgente y diferida) e histología de la vesícula.

**Resultados:** Se analizaron un total de 238 pacientes (hombres 54,6%, mujeres 45,4%). Se llevó a cabo una cirugía de urgencias en 158 pacientes (66,4%), mientras que los 80 pacientes restantes (33,6%) fueron dados de alta tras el tratamiento conservador. En el análisis multivariable, considerando como dependiente el grado histológico de la vesícula, se consideró como categoría de referencia la colecistitis gangrenosa al conllevar mayor gravedad. En el análisis de regresión

logística en la comparación con las colecistitis agudas resultó significativa la PCR ( $p = 0,001$ , OR = 0,919, IC95% 0,875-0,964); es decir, por cada unidad que aumenta la PCR, aumenta un 8,8% el riesgo de ser colecistitis gangrenosa.

**Conclusiones:** En pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica, las cifras elevadas de forma conjunta de la PCR, el espesor de la pared vesicular y los leucocitos se correlacionan con estados clínicos e histologías vesiculares más desfavorables; en los pacientes que se asocian dichas condiciones, existe una mayor necesidad de realizar tratamiento quirúrgico urgente. Por el contrario, las situaciones que no reúnen las anteriores circunstancias, es más probable la resolución del cuadro agudo y la posibilidad de llevar a cabo la cirugía electiva de forma diferida.