



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-068 - MANEJO DE COLECISTITIS AGUDA GRADO II EN NUESTRO CENTRO: ¿ES VÁLIDA LA NUEVA PROPUESTA DE LAS GUÍAS DE TOKIO 2018?

Muriel Álvarez, Pablo; Escartín, Alfredo; Pinillos, Ana; González, Marta; Cuello, Elena; Mestres, Núria; Merichal, Mireia; Olsina, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** La colecistitis aguda es una de las patologías más prevalentes que condiciona cientos de ingresos al año. Las colecistitis grado II son las que presentan mayor controversia en cuanto a la actitud (conservadora vs quirúrgica).

**Objetivos:** Analizar nuestros resultados sobre el manejo de las colecistitis grado II y validar la propuesta de las GT18.

**Métodos:** Análisis descriptivo prospectivo (junio 2010-abril 2015) de 567 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda grado II. Se analizan variables demográficas, datos clínicos y analíticos perioperatorios. Se realiza estudio comparativo de los pacientes intervenidos en función de días de clínica (> 72h vs < 72h) y morbilidad (ASA < 3 vs ASA ≥ 3) valorando la morbimortalidad. Se utiliza el estadístico chi cuadrado para variables cualitativas, t Student para cuantitativas y test de ANOVA para comparar medias.

**Resultados:** Analizamos los pacientes ingresados de forma consecutiva en nuestro servicio con diagnóstico de colecistitis aguda grado II, observamos que los grupos (operados/no operados) difieren en los días de clínica y el nivel ASA (tabla 1). Además observamos que en el grupo de los operados, 331 pacientes (92,7%) se intervinieron vía laparoscópica y de los no operados, 10 (4,8%) se rescataron quirúrgicamente por mala evolución (9 por vía laparoscópica). Con el objetivo de validar las nuevas propuestas de las GT18, se han analizado los grupos: Cirugía antes y después del tercer día de clínica y ASA < 3 vs ASA ≥ 3 de los pacientes operados (tabla 2). La morbilidad preoperatoria (ASA ≥ 3) condiciona mayor incidencia de abordaje abierto y aumenta el riesgo de conversión, relacionándose con mayor tasa de complicaciones Clavien ≥ 2 y exitus.

Tabla 1. Colecistitis grado II (n = 567)

	Operadas (n = 358)	No operadas (n = 209)	p
Sexo masculino	214 (59,8%)	120 (57,4%)	> 0,05
ASA ≥ 3	84 (23,5%)	108 (51,7%)	0,000
Días de clínica	3,66 ± 4,6	5,08 ± 5	0,000
Clavien ≥ 2	49 (13,7%)	20 (9,6%)	> 0,05

Exitus	0 (0%)	3 (0,8%)	> 0,05
Estancia hospitalaria (días)	5,33 ± 4,6	5,9 ± 4,5	> 0,05
Reingreso	9 (4,3%)	12 (3,4%)	> 0,05
Reingreso causa biliar		65 (32,7%)	

Tabla 2. Operados (n = 368)\*

	≤ 3 días n = 237	> 3 días n = 131	p
Sexo masculino	147 (62%)	75 (57%)	> 0,05
ASA ≥ 3	67 (28,3%)	24 (18,3%)	0,03
Colecistectomía laparoscópica	219 (92,8%)	121 (92,4%)	> 0,05
Conversión	21 (9,6%)	10 (8,3%)	> 0,05
Clavien ≥ 2	33 (13,9%)	19 (13,9%)	> 0,05
Exitus	3 (1,3%)	0 (0%)	> 0,05
Reingreso	9 (3,8%)	3 (2,3%)	> 0,05
Estancia hospitalaria (días)	5,9 ± 5,2	4,9 ± 3	> 0,05

\*Se incluyen los 10 pacientes de rescate quirúrgico.

Tabla 3. Operados (n= 368)\*

	ASA < 3 (n = 284)	ASA ≥ 3 (n = 84)	p
Sexo masculino	155(56·%)	67 (73,6%)	0,003
Colecistectomía laparoscópica	263 (95,4%)	77 (84,6%)	0,001
Conversión	19 (7,2%)	12 (15,8%)	0,02
Clavien ≥ 2	34 (12,3%)	18 (19,8%)	> 0,05
Exitus	0 (0%)	3(3,3%)	0,01
Reingreso	8 (2,9%)	4 (4,5%)	> 0,05
Estancia hospitalaria (días)	5,0 ± 4,0	7,0 ± 4,5	0,001

**Conclusiones:** En el presente trabajo, hemos comprobado que la morbimortalidad en el tratamiento quirúrgico de la colecistitis viene determinado por una morbilidad preoperatoria elevada (ASA ≥ 3) y no así del tiempo de evolución clínica. El tratamiento quirúrgico en pacientes ASA ≥ 3 debe restringirse a centros con amplia experiencia y recursos, puesto que condiciona una mayor morbimortalidad. Nuestros resultados por lo tanto apoyan lo propuesto por las GT18.