



OR-308 - MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO: COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PRECOZ FRENTE A TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

Delgado Búrdalo, Livia; Salvador Pérez, Guillermo; de La Hoz Rodríguez, Ángela; Maqueda González, Rocío; Martínez Cecilia, David; Sánchez-Urdazpal, Luis; Martín Álvarez, José Luis; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de la Princesa, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Objetivos: La colecistectomía laparoscópica precoz (CLP) es el tratamiento de elección en pacientes con colecistitis aguda (CA). Sin embargo, en pacientes de alto riesgo, el tratamiento de la CA sigue siendo controvertido, ya que la cirugía en estos pacientes puede asociarse a una elevada morbilidad y mortalidad debido a una menor reserva funcional. Nuestro objetivo es evaluar las complicaciones durante el ingreso y la recurrencia de la patología biliar en pacientes de alto riesgo con CA sometidos a CLP o tratamiento no quirúrgico.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de cohortes que incluye todos los pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía General de un hospital terciario con diagnóstico de CA y un APACHE-II $\geq 7\%$ entre enero 2019 y diciembre 2021. Se analizaron datos demográficos y patologías previas, complicaciones durante el ingreso, mortalidad a 30 y 90 días y recurrencia de patología biliar. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS® v.26.

Resultados: Se analizaron un total de 123 pacientes con una edad mediana de 83 años (RIC 75-89) y 70 (56,9%) mujeres. Treinta y dos pacientes (26%) fueron sometidos a CLP, (tasa de conversión del 10%) y en 91 pacientes (74%) se realizó tratamiento no quirúrgico (55% antibioterapia y 45% colecistostomía percutánea). Al comparar ambos grupos de tratamiento, observamos que el grupo no quirúrgico presentó mayor edad mediana (70,5 vs. 85 años; $p = 0,006$ en escala de Charlson (15,6% vs. 52,8%; $p < 0,001$), más pacientes anticoagulados (3,1 vs. 39,7%; $p < 0,001$) y más pacientes institucionalizados (0 vs. 15,4%; $p = 0,018$). Ambos grupos fueron comparables en cuanto a la severidad de la CA (54,8 vs. 48,9% grado II y 3,2 vs. 17,8% grado III; $p = 0,128$) y la duración de los síntomas (mediana de 2 días en ambos grupos, $p = 0,443$), así como en cuanto a las complicaciones durante el ingreso (34,4 vs. 20,9%; $p = 0,126$). La estancia hospitalaria mediana fue menor en el grupo quirúrgico (4 vs. 8 días; $p < 0,001$). La tasa de mortalidad a 30 días (0 vs. 4,4%; $p = 0,228$) y a 90 días (0 vs. 6,6%; $p = 0,136$) fue comparable en ambos grupos. El grupo no quirúrgico presentó mayor tasa de reingresos por patología biliar (1 paciente en el grupo quirúrgico frente a 26 pacientes en el grupo no quirúrgico; $p = 0,003$), precisando 4 pacientes 2 o más reingresos. En el análisis multivariante se vio que la enfermedad renal crónica (OR: 3,4; IC95%: 1,0-11,7; $p = 0,046$) fue el principal factor de riesgo de complicaciones durante el ingreso, siendo la edad > 80 años (OR

5,3; IC95%: 1,5-19,6; p = 0,011) y la realización de colecistostomía percutánea (OR 3,3; IC95%: 1,3-8,6; p = 0,013) los factores que se asociaron a una mayor recurrencia de patología biliar.

Conclusiones: La CLP en pacientes de alto riesgo con CA presentó, en nuestra serie, una tasa de complicaciones comparables al tratamiento no quirúrgico, con una menor estancia hospitalaria y menor necesidad de reingresos hospitalarios, por lo que podría ser una opción segura y razonable en pacientes de alto riesgo.