



P-658 - GUÍAS DE TOKIO: TRATAMIENTO MÉDICO VS DRENAJE RADIOLÓGICO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN URGENCIA

Annese Pérez, Sergio David; Betoret Benavente, Lidia; Ramos Soler, Francisco; Lucas Zamorano, Isabel; Martínez Moreno, Jose Luis; Buitrago Ruiz, Manuel; Piñera Morcillo, Clara; Aguayo Albasini, Jose Luis

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda es la inflamación e infección de la vesícula biliar. Siendo una de las patologías más prevalentes encontradas en urgencias. Su etiología es litiásica (> 90%) o alitiásica. Se presenta como un dolor en hipocondrio derecho, fiebre, náuseas, vómitos e hiporexia. En los análisis de laboratorio suele evidenciarse leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Se requiere de una prueba de imagen para su diagnóstico, teniendo la ecografía y TAC abdominal. Su tratamiento habitual es la colecistectomía laparoscópica y, en menor medida, el tratamiento conservador basado en antibiótico o añadiendo el drenaje percutáneo. En los últimos años han surgido dudas sobre la clasificación y manejo en algunos pacientes que por su mala situación basal y un peor grado de severidad de la colecistitis no pudiendo realizar la cirugía de urgencia. Han entrado en juego las guías de Tokio con última actualización en 2018, donde describen de forma sistemática los grados de gravedad y según ellos, que tratamiento usar, teniendo más clara las pautas para el uso del drenaje radiológico como adyuvancia a una cirugía diferida o en pocos casos como terapia definitiva.

Objetivos: Describir el tratamiento médico basado en antibióticos versus el drenaje radiológico

Métodos: Se realiza un estudio longitudinal observacional analítico retrospectivo sobre 128 pacientes diagnosticados de colecistitis aguda en tratamiento conservador durante el periodo de enero de 2010 a diciembre de 2019 en el Hospital Universitario Morales Meseguer en Murcia.

Resultados: Los 128 pacientes, divididos en 2 grupos, Grupo 1: 78 pacientes (60,9%) con drenaje radiológico y Grupo 2: 50 pacientes (30,1%) con tratamiento médico. La edad media fue superior en el Grupo 1, 83,0 vs. 73,3 con diferencias significativas ($p < 0,01$). La estancia fue mayor en el grupo 1, 17,5 vs. 10, 2 días ($p < 0,01$). 22 casos (17,1%) del Grupo 1 presentó recaída vs. 6 (4,6%) del grupo 2 ($p < 0,01$). El grupo 1 presento 16 (12,5%) pacientes con cirugía diferida vs. 21 (16,4%) en el grupo 2 ($p < 0,01$). En el grupo 1 se observaron 4 (3,1%) pacientes con *exitus* vs. 1 (0,78%) en el grupo 2 con diferencias no significativas ($p > 0,01$). Las complicaciones fueron mayores en el grupo 1, 18 (14,0%) vs. 7 (5,4%) pacientes ($p > 0,01$). En los pacientes con drenaje se observó una media de días del drenaje de 13,01. Por último, se correlacionaron los 2 últimos años de la muestra con la aplicación de las guías de Tokio 2018: 25 pacientes de los cuales, 20 pacientes (80%) no se aplicaron los criterios de Tokio y en 5 pacientes (20%) sí.



Conclusiones: El tratamiento conservador es una terapia óptima para el manejo de la colecistitis aguda. El drenaje radiológico es una opción eficaz y reportándose grandes resultados cuando la cirugía de urgencia no es posible, sin dejar a un lado sus limitaciones y complicaciones. Aunque no se hayan cumplidos los criterios de Tokio en su mayoría, esto no ha conllevado a una mayor morbimortalidad en nuestro centro.