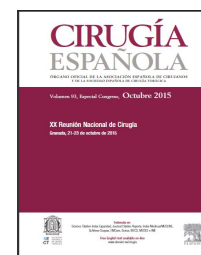




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-183 - COLECISTECTOMÍA URGENTE VERSUS DIFERIDA EN LA COLECISTITIS AGUDA. ¿AUMENTA EL RIESGO DE COMPLICACIÓN?

Sugrañes Naval, Gemma; Zerpa Martín, Carla; Ribera Serra, Carles; Rodríguez Aguilera, José; Socías Seco, María; Pros Ribas, Imma; Salvador Civil, Raymond; Gil Goñi, Antonio

Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Resumen

Introducción: El tratamiento de elección de la colecistitis aguda (CA) es la colecistectomía laparoscópica (CL) precoz. Sin embargo, diferentes circunstancias obligan en algunos casos a la realización de la cirugía de forma diferida en un posterior ingreso.

Objetivos: 1. Evaluar si el riesgo de complicaciones entre la cirugía urgente (CAU) y la diferida (CAD) es diferente. 2. Determinar los factores predictivos de complicaciones en ambos grupos. 3. Determinar si existe mayor riesgo de complicación en la CAU transcurridos > 3 días desde el inicio de los síntomas.

Métodos: Revisamos los pacientes sometidos a CL de los últimos 5 años bajo el diagnóstico de CA. Determinamos las complicaciones postoperatorias en cada grupo. Analizamos las siguientes variables como posibles factores predictores de morbilidad: edad, sexo, riesgo quirúrgico según escala ASA, factor cirujano, trimestre del año en que se realizó la cirugía, realización de CREP previo a la cirugía, histología necrohemorrágica (HNH) y tasa de reconversión. Revisamos el índice de complicaciones en el grupo de CAU según los días desde el inicio de los síntomas (≤ 3 días o > 3). Las complicaciones se han recogido según la clasificación de Clavien Dindo (CD). Se aplicaron el test de chi cuadrado para variables categóricas y la t de Student para variables cuantitativas. Posteriormente se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística para obtener factores predictores de la aparición de complicaciones.

Resultados: Desde enero del 2010 hasta diciembre del 2014 hemos intervenido 162 casos de CA, CAU en 92 (56,8%) y CAD en 70 (43,2%) con una edad media de 60 años. La distribución por sexos fue 99 hombres (61,1%) y 63 mujeres (38,9%). Hubo 53 (32%) complicaciones globales y 25 (15%) complicaciones graves. La tasa de reconversión fue del 16%. No observamos diferencias significativas en cuanto al riesgo de complicaciones en la CAU (34,7%) respecto a la CAD (30%). La variable ASA elevado [OR 1,87 (IC95% 1-3,65), $p = 0,04$] y reconversión [OR 2,12 (IC95% 0,8-5,23), $p = 0,02$] han mostrado mayor riesgo de complicación grave. En el grupo CAU aumenta el riesgo de complicaciones cuando el paciente se opera después de los 3 días ($p = 0,03$).

Conclusiones: La estrategia quirúrgica de diferir la CA no se asocia a un aumento de las complicaciones; sin embargo, si se decide intervenir de forma urgente, ésta debe realizarse de forma precoz. El ASA elevado y la reconversión, aparecen como factores predictores de morbilidad tanto

en la cirugía urgente como en la diferida.