



O-153 - ESTUDIO DE LAS RECIDIVAS DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA

Pinillos Somalo, Ana; Escartín Arias, Alfredo; Cuello Guzmán, Elena; González Duaigès, Marta; Mestres Petit, Nuria; Muriel Álvarez, Pablo; Merichal Resina, Mireia; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

Resumen

Objetivos: Aunque en nuestro centro la colecistectomía urgente es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda litiásica (CAL), hay ocasiones en las que por comorbilidad del paciente, sospecha o presencia de coledocolitiasis, cuestiones logísticas o negativa del paciente, se opta por el tratamiento antibiótico sin intervención. Una vez resuelto el cuadro se programará la colecistectomía dos meses después, aunque esto no siempre es posible por la aparición de nuevos episodios de CAL. Nuestro objetivo es analizar a los pacientes con CAL no intervenida que precisaron nuevo ingreso por recidiva de su colecistitis.

Métodos: En el periodo comprendido entre junio de 2010 y abril de 2015 hemos ingresado de forma consecutiva a un total de 998 pacientes con diagnóstico de CAL, de los cuales han sido intervenidos 582 (58,3%) y fallecido 20 (2,0%), quedando 409 pacientes que, habiendo sido dados de alta sin sintomatología y con normalización analítica, presentan riesgo de recidiva biliar. Hemos considerado recidiva precoz la ocurrida antes de las 6 semanas, que es el tiempo mínimo que se recomienda esperar para intervenir a los pacientes. Hemos analizado edad, sexo, diabetes, antecedentes biliares, coledocolitiasis concomitante, grado colecistitis (según guías de Tokyo), riesgo ASA, colecistostomía previa, hemocultivos, estancia, duración del tratamiento antibiótico, morbilidad y mortalidad (escala Clavien).

Resultados: De los 409 pacientes, presentaron un nuevo episodio de CAL 83 (20,3%); de los factores analizados, tan solo los antecedentes biliares previos al primer episodio de CAL (17 casos-35,4% vs 66 casos-18,3%; $p = 0,006$) se relacionaron con la recidiva de la colecistitis. Al comparar las características nuestra serie de 988 CAL con el grupo de 83 recidivas, vemos que en las recidivas hay más pacientes ASA III/IV (42 (50,6%) vs 363 (36,4%); $p = 0,01$) más CAL graves (15 (18,1%) vs 93 (9,3%); $p = 0,01$), y un mayor número de hemocultivos positivos (12 (52%) vs 66 (26,3%); $p = 0,008$). Al comparar el primer y segundo episodio de CAL hemos observado en el grupo de recidivas más CAL graves (15 (18,1%) vs 6 (7,2%); $p = 0,03$), mayor morbilidad (17 (20,6%) vs 8 (9,6%); $p = 0,04$), y mayor mortalidad (4 (4,8%) vs 0; $p = 0,04$). La recidiva fue precoz en 48 casos (57,8%) y tardía en 35 (42,2%). Favorecieron la aparición de recidivas precoces la edad menor (precoz $73,8 \pm 15$ vs tardía $81,3 \pm 15$; $p = 0,03$) con un corte a los 80 años (< 80 : 26 (76,5%) vs > 80 : 22 (44,9%); $p = 0,006$). En el segundo episodio de CAL se han intervenido más pacientes con recidiva precoz que tardía (56,3% vs 34,3%; $p = 0,04$). No hemos visto diferencias en cuanto a CAL graves o evolución entre ambos tipos de recidiva.

Conclusiones: El 20% de las CAL no operadas presentarán una recidiva y más de la mitad lo harán en las primeras 6 semanas tras el alta, antes de poder haber sido intervenidas de forma electiva. La recidiva será más frecuente en menores de 80 años y presentarán mayor gravedad, complicaciones y mortalidad que el primer episodio, además del coste sanitario que conlleva un nuevo ingreso. Todo esto refuerza la idea de que todas las CAL deberían ser intervenidas de forma urgente en el primer episodio si no existe contraindicación.