



O-152 - FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR COLECISTITIS AGUDA MODERADA-grave (TOKIO G II y III). ANÁLISIS DE LA RATIO NEUTRÓFILO/LINFOCITO

Planells Roig, Manuel¹; Krystek, Nicolas¹; Reinaldo Baliño, Dietmar¹; Peiró, Fabián²; Ponce Villar, Úrsula¹; Sánchez, Eugenio¹

¹Hospital Francisco de Borja, Gandía; ²Hospital de Gandía, Gandía.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda moderada-grave, Tokio II-III (CAM-S) es una condición de difícil manejo en presencia de comorbilidad asociada, lo que ha convertido a la colecistostomía percutánea (CTP) en una opción terapéutica, bien definitiva, bien puente para los pacientes con CAM-S.

Objetivos: Revisar la experiencia de nuestra unidad en pacientes con CAM-S sometidos a CTP, evaluando las indicaciones, efectividad, manejo ulterior de la enfermedad biliar, factores de riesgo en relación al desarrollo de complicaciones y la necesidad ulterior de cirugía (colecistectomía laparoscópica CL).

Métodos: Estudio retrospectivo de 35 pacientes consecutivos sometidos a CTP por CAM-S. Se determinaron los valores analíticos de proteína C reactiva (PCR), recuento leucocitario, ratio neutrófilo/linfocito (RNL) al ingreso, previo al drenaje radiológico y a las 72 horas del mismo (T1, T2 y T3). La RNL se segmentó en 3 intervalos, $\leq 8,4$, $8,5$ a 18 y > 18 . Se utilizó el ICCQ como sistema de clasificación de complejidad quirúrgica con sus parámetros clínico (ICCQ CLI) ecográfico ICCQ US y morbilidad ICCQ M, agrupados en ICCQ T (total) evaluando la gravedad del cuadro de CA en función del mismo. Como variables dependientes se analizaron: intervalo ingreso-CTP, estancia post drenaje > 15 días, necesidad de colecistectomía laparoscópica (CL) posterior.

Resultados: La indicación de CTP fue: colecistitis complicada (CTTS C) en 20 casos y en 15 pacientes la de alto riesgo para cirugía ASA III e-i. La estancia fue mayor en el grupo de CTTS C 70% superando los 15 días post CTP (Chis S 4,644, $p = 0,034$). Los pacientes con CTTS C no mostraron diferencias en los porcentajes de RNL $> 8,4$ y la RNL no mostró diferencias significativas en los 3 puntos de determinación: 20,6 vs 16,4 T1, 14,7 vs 11,2 T2 y 11,01 vs 6,1 en T3.. De los 35 pacientes, 16 fueron sometidos a CL, no mostrando diferencias en cuanto a edad, estancia, ICCQ C, ICCQ US e ICCQ T. Sin embargo si hubo diferencias en cuanto a morbilidad (ICCQ M), 11,3 vs 7,6, $p = 0,028$ (0,375, 6,902). Las complicaciones ocurrieron en 9/25 pacientes correlacionándose con un intervalo ingreso-CTP mayor 4,7 vs 8,4, $p = 0,045$. Los pacientes con RNL al ingreso patológica ($> 8,4$, N = 25) mostraron diferencias en cuanto a ICCQ M 11,1 vs 5,8, $p = 0,003$ (1,941, 8,699) y el ICCQ T 33,7 vs 27,1, $p = 0,027$ (0,794; 12,366). El análisis de la RNL preCTP obtuvo diferencias en

el recuento leucocitario al ingreso 18,180 vs 10,173, $p = 0,002$, el previo a la CTP 17.780 vs 8.833, $p = 0,001$ y el valor de PCR pre CTP, 243,5 vs 125,4, $p = 0,007$.

Conclusiones: La RNL muestra correlación con el ICCQ M/ICCQ T en los pacientes con CTTS aguda TG II-III lo que refuerza la utilidad del ICCQ como guía de manejo de estos pacientes. La incidencia de complicaciones es superior en los pacientes en los que se retrasa la CTP. En el caso de presumir la necesidad de CTP esta debe practicarse lo antes posible y no como recurso de fracaso del tratamiento médico.