



O-277 - FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA POR COLECISTITIS AGUDA MODERADA-SEVERA (TOKIO G II Y III). ANÁLISIS DE LA RATIO NEUTRÓFILO/LINFOCITO

Planells Roig, Manuel Vicente; Krystek Galdós-Tanguis, Nicolás; Ponce Villar, Úrsula; Peiró Monzó, Fabián; Reinaldo Baliño, Dietmar; Sánchez Aparisi, Eugenio

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La colecistitis aguda moderada-severa, Tokio II-III (CAM-S) es una condición de difícil manejo sobre todo en presencia de comorbilidad asociada, lo que ha convertido a la colecistostomía percutánea (CTP) en una opción terapéutica, definitiva o transitoria. Revisamos nuestra experiencia en pacientes con CAM-S sometidos a CTP, evaluando las indicaciones, efectividad terapéutica, manejo de la enfermedad biliar, factores de riesgo de complicaciones y la necesidad de colecistectomía laparoscópica (CL).

Métodos: Estudio retrospectivo de 35 pacientes consecutivos sometidos a CTP por CAM-S. Se determinaron: proteína C reactiva (PCR), recuento leucocitario, ratio neutrófilo/linfocito (RNL) en 3 puntos secuenciales evolutivos: 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 clasificación de complejidad quirúrgica con sus tres parámetros: clínico (ICCQ CLI), ecográfico (ICCQ US) y de morbilidad (ICCQ M), agrupados en su total (ICCQ T) evaluando la gravedad. Como variables dependientes: intervalo ingreso-CTP, estancia prolongada (post drenaje > 15 días), CL posterior.

Resultados: La indicación de CTP fue: colecistitis complicada (CTTS C) en 20 casos (3 por sepsis biliar, 12 con absceso vesicular y 5 por no respuesta a tratamiento médico). En otros 15 casos, por colecistitis no complicada en pacientes ASA III. La estancia fue mayor en CTTS C con 70% superando los 15 días de estancia post-CTP ($p = 0,034$). Los pacientes con CTTS C no mostraron diferencias en $RNL > 8,4$ ni en los 3 puntos de determinación. De los 35 pacientes, 16 fueron sometidos a CL, mostrando diferencias en cuanto a ICCQ M, 11,3 vs 7,6, $p = 0,028$. Hubo complicaciones en 9/25 pacientes, con un intervalo ingreso-CTP mayor 4,7 vs 8,4, $p = 0,045$. Los pacientes con RNL al ingreso patológica ($> 8,4$, $N = 25$) presentaron diferencias significativas con los RNL normal ($N = 10$) en ICCQ M 11,1 vs 5,8, $p = 0,003$ y el ICCQ T 33,7 vs 27,1, $p = 0,027$. El análisis de la RNL previo a CTP mostró variables significativas: recuento leucocitario al ingreso 18,180 vs 10,173, $p = 0,002$, recuento leucocitario previo a la CTP 17.780 vs 8.833, $p = 0,001$ y la PCR pre CTP, 243,5 vs 125,4, $p = 0,007$.

Conclusiones: La RNL muestra una 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. Los pacientes con CTTS complicada no muestran RNL diferentes. La CL se realiza en pacientes con menor morbilidad tras CTP. Existe una elevada variabilidad en cuanto al manejo de los pacientes con CTTS sometidos a CTP en relación al tratamiento definitivo de la enfermedad biliar lo que hace necesario establecer pautas de tratamiento evolutivo de estos pacientes. En el caso de presumir la necesidad de CTP debe practicarse lo antes posible y no como recurso de fracaso del tratamiento médico.