



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-285 - ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO EN LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA

González Castillo, Ana María; Sancho Insenser, Joan; de Miguel Palacio, Maite; Ruiz Artola, Víctor; Membrilla Fernández, Estela; Lorente Poch, Leyre; Pons Fragero, María José; Grande Posa, Luis

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda litiásica (CAL) es la segunda patología quirúrgica urgente más frecuente. La controversia se centra en el tratamiento de los pacientes graves. Las guías internacionales de Tokio (TG) aconsejan tratamientos iniciales distintos en función de factores de riesgo y no existe clara evidencia de que todos los pacientes se beneficien del tratamiento inicial aconsejado. La tasa de complicaciones oscila entre el 20-55% y la mortalidad varía entre el 0,5 y 3,5% en series recientes.

Objetivos: Analizar los factores de riesgo asociados a la morbilidad y mortalidad en los pacientes con CAL tratados en nuestro centro y la relación con la escala de gravedad de las TG.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva de 807 pacientes con colecistitis aguda en 4 años. Se seleccionaron 602 CAL "puras" para análisis de 166 variables, incluyendo las escalas de Charlson, Büchler y TG. Se analizó la correlación entre la mortalidad y complicaciones con el tratamiento, quirúrgico (T-QUIR) o conservador (T-CON).

Resultados: La población incluía 282 mujeres y 320 hombres, con una media de edad de 66 ± 16 años. El 24,6% fueron Grado TG-I, el 47,3% Grado TG-II y el 28,1% Grado TG-III. El tratamiento inicial fue T-QUIR en 94,5% de pacientes, colecistostomía en 1,8% y antibioterapia en 3,7%, en clara discrepancia con las recomendaciones de las TG. Un 11,1% de colecistectomías fueron abiertas, mayoritariamente pacientes TG-Grado III y un 11% de los procedimientos laparoscópicos precisaron conversión. No se hallaron diferencias entre los grados de TG en la conversión, no obstante, sí en el abordaje quirúrgico. Los T-CON tenían peores ASA e índice de Charlson ($p = 0,001$); las fosfatasas alcalinas más elevadas ($p < 0,001$) y más leucocitosis ($p = 0,002$). El 43,7% de los pacientes complicaron, con tasas significativamente menores para los grados TG-I y TG-II respecto al grado TG-III (33% y 36% vs 67%; $p < 0,001$). Las complicaciones fueron más frecuentes en pacientes con insuficiencia renal (OR: 24,5; IC95%: 10,4-46,9), GOT > 40 mg/dL (OR: 4,1; IC95% 2,4 - 7) o PCR > 3 mg/dL (OR: 3,9; IC95% 2-7,7) y laparotomía subcostal inicial (OR: 8,4; IC95% 3-22,7). El 4,5% de las CAL se reintervinieron, sobretudo en pacientes con insuficiencia renal (OR: 5,2; IC95% 1,5-18,1) y shock séptico (OR: 6,4; IC95% 1,7-23,9). La mortalidad global fue del 3,8%, significativamente mayor para Grupo III que para Grupos II y I (8,9% vs 2,1%-0,7%; $p 0,001$) y mayor tras T-CON que tras T-QUIR (18,2% vs 2,8%; $p = 0,001$). No se hallaron diferencias de mortalidad entre sexos ($p =$

0,460) pero los exitus tenían mayores edades ($65,4 \pm 16$ vs $82,5 \pm 8$; $p = 0,001$), índices de Charlson ($4,1 \pm 0,7$ vs $1,2 \pm 0,1$; $p = 0,001$) y puntuaciones de Büchler (76 ± 3 vs $5,1 \pm 0,2$; $p = 0,001$). La mortalidad fue significativamente mayor a partir de ASA III ($p = 0,001$) y estuvo asociada a diabetes con daño tisular (OR: 7,73; IC95%: 1,3-43,2) y a insuficiencia renal (OR: 9,8; IC95%: 2,1-45,1).

Conclusiones: El tratamiento inicial de las CAL fue mayoritariamente quirúrgico, divergiendo de las TG pero con tasas de complicaciones y mortalidad competitivas. El estudio meticuloso de los factores de riesgo en poblaciones mayores permitirá generar unas nuevas guías clínicas alternativas a las TG.