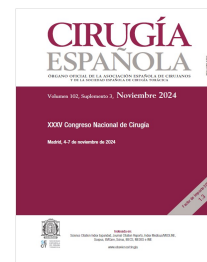




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-212 - ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL IMPACTO DE LAS GUÍAS TOKYO 2018 EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL SEVERO OCHOA DESDE SU IMPLANTACIÓN HASTA LA ACTUALIDAD (2018-2023)

Cancelas Felgueras, M.<sup>a</sup> Dolores; Ramos Bonilla, Antonio; Mañaricua Arnaiz, Asier; García Domínguez, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Castro Lara, Ricardo Jesús; Martín Ramiro, Javier

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

### Resumen

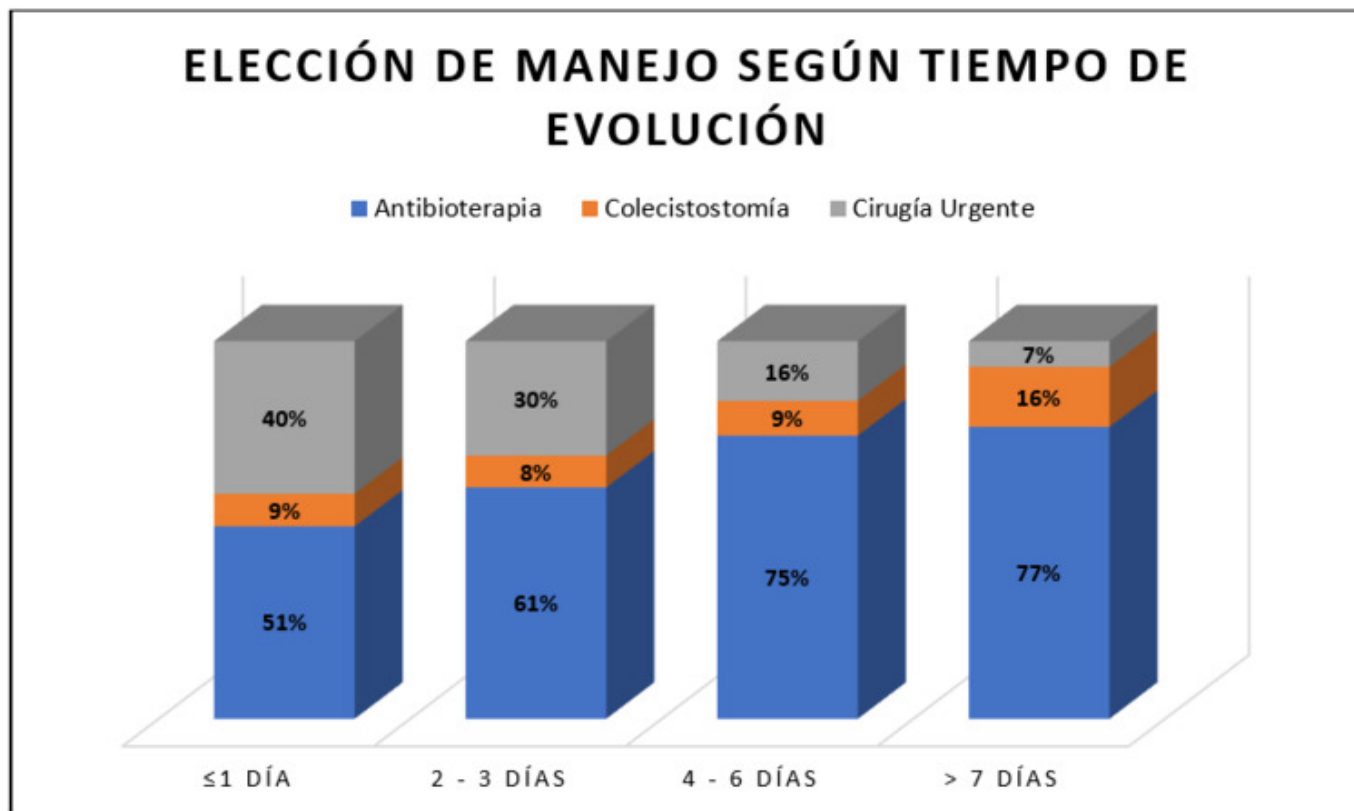
**Introducción:** La colecistitis aguda (CA) puede manejarse con antibioterapia, colecistostomía percutánea (CP) o cirugía urgente (CU) aunque, a pesar de las “Tokyo Guidelines” de 2018 (TG18), siguen sin estar bien implantados el momento de indicación quirúrgica o la selección de pacientes para cada tratamiento. Nuestro centro observó variaciones de manejo tras las recomendaciones de consenso, sin embargo, estas no se habían analizado en profundidad, por lo que se planteó un estudio retrospectivo para clarificar los resultados desde la implantación de las TG18.

**Objetivos:** El objetivo principal fue conocer los tratamientos empleados en los pacientes con CA durante los últimos años en nuestro servicio de Cirugía. Como objetivos secundarios se estudiaron: epidemiología y gravedad de CA, resultados y complicaciones tras cada tratamiento, tasa de lesión de vía biliar (LVB) y tiempo quirúrgico tras CU y diferida.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo de pacientes que ingresaron en nuestro servicio con diagnóstico de CA entre 2018 y 2023. Se excluyeron: < 16 años, CA alitiásica o diagnóstico de pancreatitis, colangitis y/o coledocolitiasis al ingreso.

**Resultados:** Se incluyeron 366 pacientes con 70 años de mediana (57% hombres y 43% mujeres) y 28,29 Kg/m<sup>2</sup> de mediana de IMC. Según la clasificación de gravedad propuesta por TG18, la mayoría de CA (66%) fueron moderadas (Grado II) y el manejo “conservador” con antibioterapia fue la decisión más elegida en todos los grados (57% grado I, 65% grado II y 64% grado III). La decisión de CU pareció condicionada por la gravedad (37% grado I, 24% grado II y 0% grado III) y el tiempo de evolución (gráfico), existiendo una tendencia contraria para la CP de entrada (6% grado I, 10% grado II y 36% grado III) y la antibioterapia (57% grado I, 65% grado II y 64% grado III). La antibioterapia presentó un 37% de fracasos, precisando rescate con CP como herramienta preferida (60%). El 63% presentó éxito del manejo “conservador”, siendo 27% del total no operados posteriormente y 40% intervenidos en 2.º tiempo. Los tiempos medios de ingreso fueron de 9, 5 y 14 días en los grupos de antibioterapia, CU y CP de entrada respectivamente, con una tasa de reingreso global del 15%. Independientemente del grado, la CU presentó menos complicaciones (30%) que la diferida (38%). El 75% de CU no tuvieron complicaciones (grado 0 Clavien-Dindo), siendo complicaciones menores (grado I) en el porcentaje restante. La tasa global de LVB fue 2,25% y la

mortalidad del 1,64%. El menor tiempo quirúrgico medio se obtuvo en CU grado I (98,46'), y el mayor en cirugías programadas tras CA grado III con CP previa (164').



**Conclusiones:** El tratamiento mayoritario fue antibioterapia, sobre todo en CA con evolución  $\geq 3$  días; sin embargo, el porcentaje de fracaso en esos casos fue importante y aumentaron las complicaciones con respecto al grupo de CU. La CU controló eficazmente el foco infeccioso con menos complicaciones, misma tasa de LVB que en cirugía diferida (que además fue similar a la descrita en la literatura tanto para CU como diferida), y menor mortalidad.