



O-148 - ESTRATEGIA TERAPÉUTICA EN COLECISTITIS AGUDA

I. Alberdi San Román, F.J. Ibáñez Aguirre, S. Mateo Sainz, A. Landaluce Olavarria, B. Ugarte Sierra, I. Badiola Bergara, E. Las Navas Muro y A. Sanz Larraínzar

Hospital de Galdakao-Usansolo, Galdakao.

Resumen

Introducción: Con el triple objetivo de 1) Disminuir la variabilidad, 2) Conseguir los mejores resultados posibles en términos de mortalidad y morbilidad, y 3) Maximizar el porcentaje de colecistectomía laparoscópica, el Servicio de Cirugía del Hospital de Galdakao ha diseñado un protocolo de actuación en los pacientes con colecistitis aguda (CA), diseñamos el siguiente plan terapéutico.

Métodos: Nuestro protocolo de actuación incluye tres posibilidades de actuación a) colecistectomía precoz, preferentemente laparoscópica, b) colecistostomía percutánea para solventar el episodio agudo en los casos de operabilidad muy reducida y realizar la colecistectomía 6 semanas después del episodio agudo y c) excepcionalmente, sólo tratamiento médico. Analizamos los 139 pacientes que durante los últimos doce meses tratados según esta estrategia. Los pacientes fueron asignados a estas opciones terapéuticas según la edad, calidad de vida según clasificación WHO, la gravedad de la CA (guía Tokio) y riesgo ASA. Analizamos la morbilidad, resultados del tratamiento, P-Possum, estancia hospitalaria. Los resultados fueron contrastados y resultaron significativos para un nivel del 5% de significación. Para el grupo que recibió sólo tratamiento médico, se realizó un análisis descriptivo.

Resultados: La edad media fue de 71 años (27-97), 52% hombres, estancia media 6,4 días. Riesgo ASA: ASA-I (24%), ASA-II (37%), ASA-III (27%) y ASA IV (12%). Gravedad de colecistitis: Tokio I (50%), Tokio II (38%), y Tokio III (6%). Colecistectomía urgente en 97 pacientes (70%), 72 laparoscópicas (74%). Hubo 13 reconversiones (13%), 10 pacientes cirugía abierta (10%). Estancia media 5,4 días. Fallecieron dos pacientes (2%), Se reintervinieron tres pacientes. Tres pacientes coledocolitiasis residual. Un absceso abdominal y una eventración en un orificio de trocar. La media de P-Possum fue de 2,4%. La colecistostomía fue la primera opción de tratamiento en 26 pacientes (19%), 23 percutáneas y 3 quirúrgicas. La edad media fue de 79 años (31-91). Estancia media 10,4 días. Control radiológico a los 6,8 días de media, 7 pacientes (27%) tenían coledocolitiasis, se trató mediante CPRE, y se realizó colecistectomía en el plazo de dos meses a 4 pacientes, 2 laparoscópica y 2 abierta. Mortalidad 3 pacientes (12%) ASA IV-Tokio III. En 16 pacientes (12%) el tratamiento recibido fue solo médico.

Conclusiones: La tasa y los resultados de la colecistectomía pueden considerarse aceptables con un índice de cirugía laparoscópica alto (74%) y un índice de reconversión bajo (13%), lo mismo se puede argumentar de las complicaciones y mortalidad (2%) por debajo del índice P-Possum (2,84%). Tenemos una alta proporción de colecistostomía percutánea (19%), y podemos afirmar que eran el grupo de pacientes de mayor riesgo quirúrgico, pero nuestra intención de realizar la colecistectomía en un plazo de dos meses en mejores condiciones de operabilidad no se ha cumplido. Solo hemos operado posteriormente en el plazo de dos meses

a 4 pacientes de 26 (8%). Aún utilizando modernas clasificaciones y scores, en ocasiones varias opciones terapéuticas son posibles en un paciente concreto. Además, en nuestro estudio existe una variabilidad cirujano dependiente y la aplicación de un protocolo multidisciplinar requiere de la máxima disponibilidad de los agentes implicados.