



P-564 - COLECISTECTOMÍA URGENTE VERSUS DIFERIDA EN LA COLECISTITIS AGUDA. UN PROBLEMA LOGÍSTICO

G. Sugrañes Naval, C. Ribera Serra, J. Robusté Morell, C. Mercader Bach, J. Rodríguez Aguilera, M. Alarcón Alcaraz, R. Garrone y A. Gil Goñi

Hospital Sant Joan de Déu, Martorell.

Resumen

Introducción: Existe consenso en que el tratamiento de elección para la colecistitis aguda (CA) es la colecistectomía laparoscópica (C x L) precoz, durante las primeras 72h de inicio de los síntomas. Sin embargo, en ocasiones, no es posible realizar el procedimiento debido a motivos diversos (disponibilidad de quirófano, recursos humanos adecuados, retraso en el diagnóstico, etc.).

Objetivos: Revisamos nuestra casuística retrospectivamente, identificando variables que indiquen si la colecistectomía precoz produce mejores resultados que la cirugía diferida. Revisamos la morbilidad y mortalidad de nuestra serie.

Métodos: Desde enero de 2010 hasta diciembre de 2013 (4 años) hemos atendido un total de 136 casos de CA. De ellos, 7 no fueron intervenidos por causas diversas (avanzada edad, comorbilidad...) y han sido descartados del estudio. Hemos intervenido un total de 129 CA, definida por criterios clínicos (dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy, fiebre, leucocitosis...), y ecográficos (engrosamiento de la pared vesicular, distensión vesicular, líquido perivesicular, Murphy ecográfico, gas intraparietal...).

Resultados: Hemos clasificado las 129 colecistitis en dos grupos: Grupo 1: colecistitis aguda operada en el mismo ingreso (n = 59, 45%), Grupo 2: colecistitis aguda operada de forma diferida (n = 70, 55%). Comparamos las siguientes variables: edad, sexo, estancia hospitalaria, complicaciones postoperatorias globales (grados I, II, III, IV y V de Clavien-Dindo), complicaciones graves (grupos III, IV y V), índice de reconversión, índice de reintervención y revisamos los datos anatómo-patológicos, así como la mortalidad postoperatoria.

	Grupo 1 (n = 59)	Grupo 2 (n = 70)	p
Edad media (años)	63 ± 15	60 ± 15	p = 0,2
Estancia media (días)	6,3 ± 3	10,04 ± 5	p = 0,002
Sexo masculino (%)	71	51	p = 0,02

Complicaciones globales (%)	27	31	p = 0,59
Complicaciones grados III-IV (%)	16	17	p = 0,97
Reconversión (%)	20	10	p = 0,09
Reintervención (%)	3,3	8,5	p = 0,22
Necrohemorrágicas (%)	56	22	p = 0,0001
Mortalidad (%)	1,6	0	p = 0,27

Conclusiones: 1. En nuestra serie, la colecistitis aguda operada durante el ingreso tiene una estancia media significativamente inferior a la operada de forma diferida y la proporción de histología necrohemorrágica es muy superior. 2. En la estrategia quirúrgica de diferir el 55% de las colecistitis agudas no observamos un aumento de las complicaciones, a expensas de una estancia hospitalaria superior y un mayor coste económico. 3. Si se seleccionan correctamente los pacientes para la colecistectomía diferida, no aumenta la tasa de complicaciones y la histología pasa de ser aguda a crónica.