



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

## O-347 - EL NUEVO ÍNDICE DE RIESGO DE MORTALIDAD ACME PUEDE GUIAR EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA

González Castillo, Ana María; de Miguel Palacio, Maite; Morera Casaponsa, Ricard; Membrilla Fernández, Estela; Pons Fragero, María José; Grande Posa, Luis; Pera Román, Miguel; Sancho Insenser, Juan José

Hospital del Mar, Barcelona.

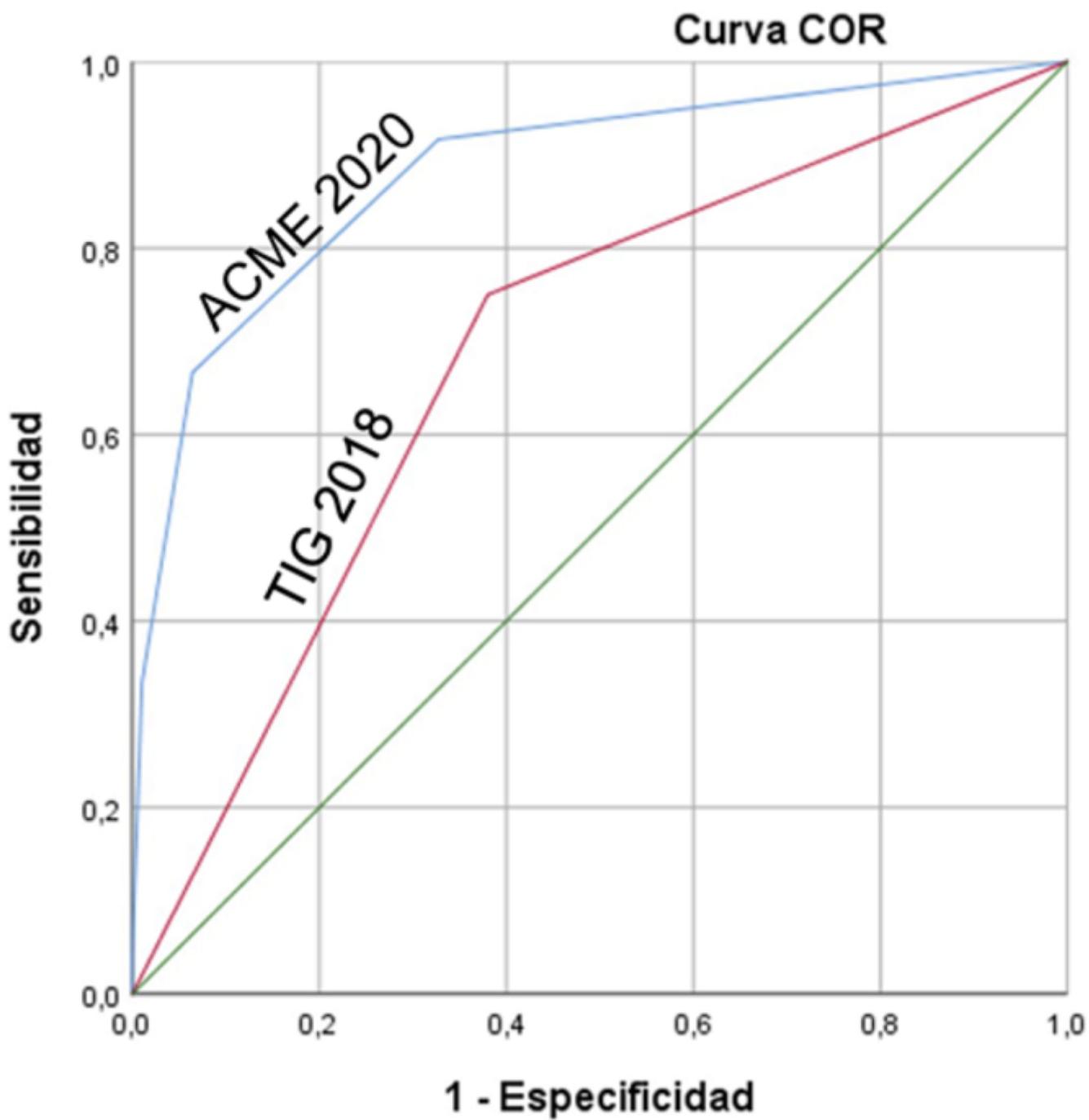
### Resumen

**Introducción:** La colecistitis aguda litiásica (CAL) es la segunda patología quirúrgica urgente más frecuente. Persiste la controversia sobre el mejor tratamiento para los pacientes más graves. Las guías internacionales de Tokio (TG18) 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.

**Objetivos:** Analizar la mortalidad de la CAL, su relación con la escala de gravedad de las TG18 el índice de Charlson y el tratamiento realizado. Creación de un índice de mortalidad simplificado para el tratamiento de la colecistitis aguda litiásica (ACME: Acute Cholecystitis Mortality Estimation).

**Métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo sobre base de datos prospectiva de 963 pacientes con colecistitis aguda en 5 años. Se seleccionaron 725 CAL “puras” para análisis de 166 variables, incluyendo las escalas Charlson y TG18. Se estudió el motivo de 36 exitus; su correlación al grupo de tratamiento realizado (colecistectomía, ST o conservador, CT) mediante Propensity Score Matching (PSM), con la clasificación de TG18 y las complicaciones (Clavien).

**Resultados:** La edad media fue de 65 años ( $\pm 0,6$  EEM). Clasificadas según las TG18, el 21% de las CA fueron Grado I, el 39% Grado II y el 40% Grado III. El tratamiento inicial fue ST en 95% de pacientes, colecistostomía en 2,2% y antibioterapia en 2,8%, en clara discordancia con las TG18. Los CT tenían mayores puntuaciones de ASA e índice de Charlson ( $p = 0,001$ ). El 43% de los pacientes sufrieron alguna complicación, tasa significativamente menor para las CAL grupo I-II respecto al grupo III ( $p = 0,004$ ). La mortalidad global fue del 3,5%, significativamente mayor para grupo III (8,9%) en comparación con grupos I (0,7%) y II (2,1%;  $p = 0,001$ ). En CT fueron exitus un 18,2% respecto al ST 2,8% ( $p = 0,001$ ). El modelo de regresión logística binaria consiguió identificar cuatro parámetros EPOC (OR 4,66;  $p = 0,001$ ), demencia (OR 4,12;  $p = 0,013$ ), edad > 80 años (OR 1,12;  $p = 0,001$ ) y la necesidad de noradrenalina (OR 9,9;  $p = 0,001$ ) para obtener una predicción de la mortalidad del 92%. El análisis mediante curva ROC con estos 4 factores obtiene un área bajo la curva del 0,87 en comparación al 0,67 que ofrecen las TG18. Mediante el PSM comparando CT y ST en subgrupos con equiparable comorbilidad, edad y grado TG18, la mortalidad es significativamente mayor en los pacientes no intervenidos (26,5% vs 10,5%,  $p = 0,248$ ).



**Conclusiones:** La mortalidad en la CAL es globalmente mayor en los pacientes con tratamiento no quirúrgico. El análisis mediante PSM muestra una mortalidad inferior en los pacientes operados, con idéntica comorbilidad. El índice ACME nos permitirá identificar a los pacientes con más riesgo de mortalidad. La validación del índice de mortalidad nos permitirá crear unas guías clínicas alternativas a las TG18 en el tratamiento de la colecistitis aguda.