



P-246 - CORRELACIÓN DE LA NUEVA GUÍA TOKIO (TG13) Y ANÁLISIS BACTERIOLÓGICO DE LA BILIS EN COLECISTITIS AGUDA

M.L. García-García, D.A. Martínez Gómez, A. Campillo Soto, J.A. García Marín, J. Miguel Perelló, M.A. Verdú Fernández, M.A. Jiménez Ballester y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer, Murcia.

Resumen

Introducción: Las colecistitis agudas (CA) representan 10% abdomen agudo por lo que requieren un tratamiento adecuado en la fase aguda. Existe mucha variabilidad clínica en el manejo de la infección biliar. Hasta 2007, no había criterios diagnósticos ni una clasificación de severidad basados en la evidencia por lo que se crearon las Guías Tokio (TG07). En el 2013 se ha realizado un análisis multicéntrico retrospectivo, revisando nuevos criterios diagnósticos y de severidad según nivel de evidencia y grado de recomendación según el sistema grade GRADE. Nuestro estudio correlaciona los resultados del cultivo biliar con el grado de severidad con las nuevas guías Tokio.

Métodos: Realizamos un primer estudio con 124 pacientes intervenidos de urgencia por CA y se correlacionaron los resultados del cultivo biliar con el grado de severidad de los pacientes con colecistitis agudas de acuerdo con las guías Tokio 2007. Con la nueva publicación se revisan esos pacientes y se añaden nuevos casos (total 200 pacientes) a los que se tomó cultivo de la bilis mediante aspirado de la vesícula biliar en el momento de la colecistectomía a fin de practicar aislamiento e identificación de gérmenes, cultivo y antibiograma. Fueron analizados las siguientes variables: edad, sexo, resultados de los cultivos y tasa de resistencias. Se clasificaron las CA según el grado de severidad de la clasificación de Tokio 2013 (TG13).

Resultados: El origen de la colecistitis aguda fue litiasico el 97% y alitiásico el 3%. El 56% eran varones y 44% mujeres (49) con una edad media de $64,88 \pm 16,48$ años. Se clasificaron como leves en 70 casos (35,2%), moderadas 101 (50,3%) y graves 29 (14,6%). Las clasificadas como graves, mostraron a una mayor edad, mayor tiempo de evolución preoperatorio y una mayor estancia media hospitalaria ($p < 0,001$). En cuanto al análisis bacteriológico fue positivo en 58,3% y negativo en 41,7%. Los cultivos positivos fueron monomicrobianos en 65 casos y polimicrobianos en 51 casos. La tasa de cultivos positivos fue muy similar en las leves (54,3%) y en las moderadas (56%) y mucho más alto en las graves (75,9%) ($p: 0,09$). Sin encontrar diferencias en cuanto a la tasa de cultivos polimicrobianos aunque la presencia de 3 o 4 gérmenes mucho más frecuente en las formas graves. No se encontró diferencias significativas en el perfil microbiológico de los tres grupos (gram positivos y negativos). Según el aislamiento de gérmenes resistentes, se objetivaron en 21% de las leves, 23% de las moderadas y 40,9% de las graves.

Conclusiones: No hay diferencias significativas en los resultados de los grados leves y moderados (I y II) en cuanto a tipo de bacteria, aislamiento polimicrobiano y frecuencia de resistencia. Por el contrario, en las formas de CA graves (III) mostraron a una mayor edad, mayor tiempo de evolución preoperatorio y una mayor estancia media hospitalaria además los cultivos son más frecuentemente positivos, más

frecuentemente polimicrobianos y con mayor tasa de resistencias.