



www.elsevier.es/cirugia

O-026 - FACTORES PREDICTIVOS DE MORBIMORTALIDAD Y DE FRACASO DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Krystek, Nicolás; Planells Roig, Manuel; Ponce Villar, Úrsula; Peiró, Fabián; Bañuls, Ángela; Orozco, Natalia; Reinaldo, Dietmar; Caro, Federico

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores predictivos de morbimortalidad en pacientes intervenidos por colecistitis aguda y abordaje mediante colecistectomía laparoscópica urgente.

Métodos: Estudio retrospectivo de 200 pacientes consecutivos sometidos a colecistectomía laparoscópica en el mismo ingreso de un episodio de colecistitis aguda litiasica durante periodo de 4 años. Se definió como colecistitis aguda, la asociación de dolor abdominal en cuadrante superior derecho, asociado a hallazgos ecográficos sugestivos de colecistitis (distensión vesicular, calculo infundibular, engrosamiento de pared con o sin edema e imagen de doble carril). Se excluyeron del análisis los pacientes con colecistopancreatitis y aquellos con elevación de bilirrubina o enzimas colestásicas sugestivas de potencial coledocolitiasis asociada. Los pacientes fueron sometidos a un periodo inicial de tratamiento antibiótico y fluidoterapia siendo intervenidos en las primeras 48 horas de ingreso o bien en diferido si no hubo respuesta al tratamiento médico inicial. Las complicaciones se clasificaron según el sistema de Clavien Dindo (Ann Surg 2004;240:205-13) y se utilizó como sistema de clasificación de pacientes el ICCQ (Índice de clasificación de complejidad quirúrgica (Cir Esp. 2008;84:37-43).

Resultados: En la tabla se muestra el análisis univariante de las variables incluidas. De los 199 pacientes validos para el análisis 143 (71,9%) fueron intervenidos en las primeras 48 horas y los restantes 56 en diferido tras fracaso del tratamiento médico y empeoramiento clínico (28,1). La tasa de conversión fue de 9% (N = 18) y la tasa de reingreso tras el alta del 5,5% (n = 11). La incidencia de complicaciones grado III de Clavien y superior no se correlaciono con la conversión (1/14 casos o 6,7%, Chi S = 0,156, p = 0,569), pero si con los reingresos 6 de 11 casos (54,5%, Chi S 27,5 p = 0,001). La segmentación del ICCQT en intervalos sí mostró correlación con el deterioro clínico y fracaso del tratamiento médico (Chi S 13,9, p = 0,003) pero no con el índice de conversión, la tasa de reingreso ni el desarrollo de complicaciones graves Clavien III o superior.

Variable	Clavien III-IV y V (N = 19)	No complicaciones o Clavien I-II N = 180	IC95%	p

Edad	68,3(17,8)	62,3(15,9)	-2,842;14,851	0,123
T. clin	3,0(4,3)	2,1(1,9)	-0,1834;1,96;503	0,104
ICCQ clínico	10,8(4,8)	9,8(4,1)	-0,930;2,998	0,300
ICCQ ecográfico	6,9(4,1)	7,5(3,3)	-2,180;0,997	0,464
ICCQ morbilidad	5,7(5,5)	3,9(4,5)	-0,453;3,949	0,119
ICCQ total	22,1(8,4)	21,2(6,8)	-2,438;4,177	0,605
Estancia postop	17,4(14,7)	4,3(2,9)	10,591;15,611	0,001

Conclusiones: Aun con las limitaciones de tratarse de un estudio retrospectivo el ICCQT se muestra como un sistema de selección útil para identificar pacientes en los que hay una alta probabilidad de fracaso del tratamiento conservador y por tanto se beneficiarían de la cirugía temprana. Del análisis descriptivo global de la serie se desprende que dada la ausencia clara de factores predictivos de morbimortalidad en estos pacientes, la variable cirujano/experiencia en cirugía HBP sea relevante.