



# Cirugía Española



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

## O-023 - MORBIMORTALIDAD DEL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA: ANÁLISIS DE 998 CASOS

Muriel Álvarez, Pablo; Escartín Arias, Alfredo; Tur Martínez, Jaume; González Duaigües, Marta Lourdes; Santamaria Gómez, Maite; Merichal Resina, Mireia; Pinillos Somalo, Ana; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** Las tasas de morbilidad y mortalidad del tratamiento quirúrgico de la literatura se basan en resultados de colecistectomía programada, estos no deberían usarse de referencia para el tratamiento urgente puesto que las condiciones son diferentes.

**Objetivos:** Analizar la incidencia de la morbilidad del tratamiento de la colecistitis aguda urgente.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una base de 998 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda mantenida de forma prospectiva entre 2010 y 2015. Se analizan datos demográficos, estancia hospitalaria, clasificación Clavien Dindo, mortalidad, recidiva y reingreso. Se utiliza  $\chi^2$  para variables cualitativas y t Student para cuantitativas, análisis mediante SPSS v21.

**Resultados:** Se analizan 998 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, según las Guías de Tokio 2013. El 57,5% eran hombres. 338 (33,9%) se clasificaron como leves, 567 (56,8%) como moderadas y 93 (9,3%) como graves. El 36,5% eran ASA  $\geq 3$  con una morbilidad global Clavien  $> II$  del 7,3% siendo exitus 20 pacientes (2%). Se analiza la morbilidad por gravedad y tratamiento de elección (tabla). En nuestra serie global observamos un 2% de lesiones de vía, siendo la mayoría (1,4%) Tipo A e inferior al 1% la incidencia de lesiones tipo E y tipo D de Strasberg. Törquen publica una incidencia del 1,9% en una serie de colecistectomía por colecistitis aguda de más de 8.000 pacientes. Por otro lado vemos que el manejo conservador presenta mayor estancia y una tasa de recidiva del 20-25%. La morbilidad derivada de la colecistectomía es baja y no incrementa la mortalidad, por ello creemos que la colecistectomía debe ser el tratamiento de elección, siempre que el paciente pueda afrontar una cirugía urgente como marca las Guías de Tokio 2018. Basados en la morbilidad preoperatoria con índice ASA 3, en nuestra serie un 50% de los pacientes no operados debería haberse planteado la colecistectomía como tratamiento de entrada.

Colecistectomía: n: 567

Antibiótico N: 402

p

Leve n: 338

N: 153

N: 185

Edad media	59,09	76,67	
ASA ? 3	29 (18,9%)	76 (40,08%)	0,05
Clavien> 2	4 (2,6%)	0 (0%)	0,05
Lesión vía*	1 (0,6%)		
Estancia	3,73 ± 3,7	4,63 ± 2,7	0,05
Reingreso	4 (2,6%)	0 (0%)	0,05
Recidiva 30d		34 (18,3%)	
Mortalidad	0 (0%)	0 0 (%)	> 0,05
Moderada n:567	N: 368	N:199	
Edad media	65,9	76,2	
ASA ? 3	91 (24,7%)	101 (50,7%)	0,05
Clavien> 2	11 (2,9%)	10 (5%)	0,05
Lesión de vía*	8 (2,1%)		
Estancia	5,33 ± 4,47	5,9 ± 4,59	> 0,05
Reingreso	12 (3,2%)	9 (4,5%)	> 0,05
Recidiva		43 (21,6%)	
Mortalidad	3 (0,8%)	0	> 0,05
Grave n:93	N:60	N: 33	

Edad media	75,02	81,34	> 0,05
ASA ? 3	42 (70%)	22 (66,7%)	0,05
Clavien> 2	7 (11,6%)	1 (3%)	0,05
Lesión de vía*	3 (5%)		
Estancia	12,7 ± 13,45	12,3 ± 12,3	> 0,05
Reingreso	4 (6,6%)	0 (0%)	> 0,05
Recidiva		6 (18,1%)	
Mortalidad	10 (16%)	7 (22,1%)	0,05

\*Strasberg: A: 8 (1,4%); D.: 3 (0,5%); E: 1 (0,1%).

**Conclusiones:** La colecistectomía urgente es segura con bajo porcentaje de morbilidad y mortalidad aceptable, por lo que siempre que el paciente presente buenas condiciones para afrontar una cirugía debe ser el tratamiento de elección.