



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-172 - COLECISTITIS AGUDA: ¿PODEMOS PREDECIR MEJOR LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES LOCALES?

Renau González, Guillermo; García Durán, María Alejandra; Lobo, Nicolak; Haupt Arabia, Stephanie; Sabench Pereferer, Fàtima; Sánchez Marín, Antonio; Domenech Calvet, Joan; Morales Tugues, Carla

Hospital Universitari Sant Joan, Reus.

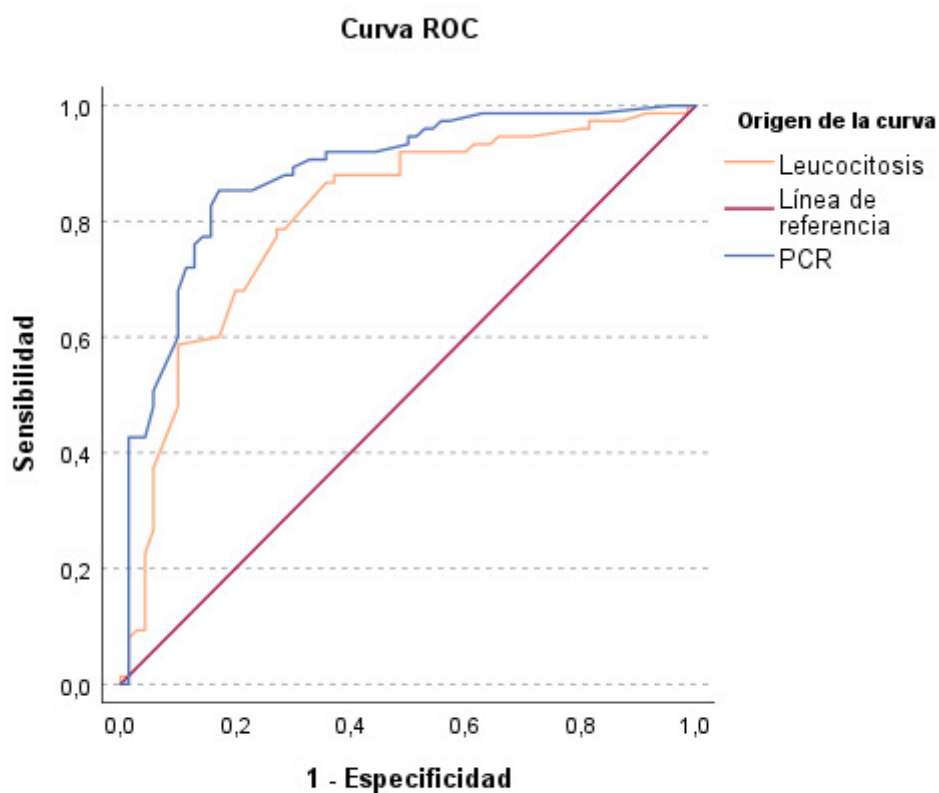
Resumen

Introducción: La colecistitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes. La colecistectomía urgente es el tratamiento de elección si las condiciones clínicas del paciente lo permiten y su grado de gravedad está relacionado con la morbilidad.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue determinar qué parámetro analítico en las colecistitis agudas intervenidas de urgencia ofrecía mayor capacidad predictiva con respecto al grado de complicación local (gangrena, perforación, absceso o enfisema). Secundariamente, se ha estudiado la flora bacteriana presente en los cultivos del líquido biliar obtenidos durante la intervención, analizando su sensibilidad antibiótica con respecto a los protocolos vigentes en el centro.

Métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, en el que se han estudiado 145 pacientes intervenidos de colecistectomía laparoscópica urgente desde junio de 2021 hasta diciembre de 2022. Se analizaron las variables edad, Índice de Comorbilidad de Charlson (CCI), tiempo de evolución, colecistitis agudas con complicación local (CACL), grado de gravedad (Tokyo Guidelines), proteína C reactiva (PCR) al ingreso, leucocitosis, cultivos de bilis (positividad, número y tipo de microorganismos).

Resultados: De los 145 pacientes, la edad media fue de 61 años, un 53% fueron varones, 75 casos presentaron CACL y 70 fueron no complicadas. Se obtuvieron cultivos de bilis en 104 casos (71%), de los cuales 58 (55%) fueron positivos. De estos cultivos positivos, en el 55% se objetivó 1 microorganismo (MO), el 33% 2 de ellos y en el 12% 3 o más. *Escherichia coli* fue el MO más frecuente (27%), seguido de *Streptococcus* spp. (19%), *E. faecalis* (13%), *Klebsiella* spp (12%), *E. faecium* (8,5%), *Enterobacter cloacae* (8,5%), anaerobios (8,5%), *Staphylococcus* spp (1%), *Citrobacter* (1%). Realizamos un análisis multivariante en el que se asoció la elevación de la PCR (OR 1,12, p 72 h), el CCI ≥ 6, género y crecimiento de microorganismos en los cultivos no se asociaron con la presencia de CACL. La negatividad en los cultivos se presentó como factor protector para CACL (OR 0,19, p = 0,11). Establecimos un análisis ROC para estudiar la capacidad predictiva de la PCR con respecto a la CACL en nuestra muestra, en el que se obtuvo un área bajo la curva de 0,88 (IC95% 0,82-0,93), con un punto de corte de 40 mg/dL que ofrece una sensibilidad del 88% y una especificidad del 71%. El estudio de resistencias de los MO obtenidos en la bilis mostró una buena sensibilidad a cefalosporinas de 3ª generación y a piperazilina/tazobactam para enterobacterias, con una baja tasa de B-lactamasas de espectro extendido. Otros antibióticos estudiados como amoxicilina/clavulánico y ciprofloxacino mostraron resistencias para algunas cepas de *Enterobacter* y enterococos.



Conclusiones: Como muestran estudios anteriores, la PCR (aunque inespecífica) podría ser un biomarcador sensible para predecir CACL e incluso superior a la leucocitosis. Requerirá ampliar el análisis al respecto. Con los resultados obtenidos del estudio microbiológico de sensibilidad local, se usarán para evaluar los protocolos presentes y ajustar de manera adecuada el tratamiento antibiótico.