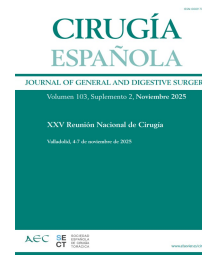




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-139 - TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LA COLECISTITIS AGUDA: FACTORES CLAVE PARA PREDECIR EL FRACASO TERAPÉUTICO

Alonso Sebastián, María Jose; Madroñal Escribano, Patricia Josefina; Ron García, Alicia; Serantes Gómez, Ángela; Serradilla Martín, Mario; Mogollón González, Mónica; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: La colecistitis aguda litiásica (CAL) es una causa frecuente de ingreso hospitalario en los servicios de Cirugía General. Las Guías de Tokio 2018 (TG18) establecen criterios claros para el tratamiento conservador en pacientes seleccionados, aunque la evolución clínica puede ser variable. El objetivo del estudio será identificar los factores asociados con una peor evolución clínica definida como ingreso hospitalario prolongado, aparición de complicaciones mayores y reingreso hospitalario en pacientes con colecistitis aguda litiásica tratados de forma conservadora mediante antibioterapia intravenosa, con o sin colecistostomía percutánea.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda litiásica tratados de manera conservadora entre el 1 de enero de 2020 y el 30 de septiembre de 2024, de acuerdo con los criterios establecidos por las TG18. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. Se consideró significativo una $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 241 pacientes, en 193 (80,1%) se propuso tratamiento inicial con antibioterapia intravenosa y en 48 (19,9%) se realizó colecistostomía percutánea de forma adicional. La mediana de duración de ingreso hospitalario fue de 7 (5-11) días. El 26,1% de los pacientes presentaron complicaciones mayores (Clavien-Dindo #1 IIIa), precisando un 28% de los mismos colecistectomía durante el ingreso por empeoramiento clínico. La mortalidad a 30 días fue del 13,3% (32 casos), atribuida principalmente a la descompensación de comorbilidades previas. La tasa de reingreso a 90 días fue del 10%. Tras el alta hospitalaria, 45 pacientes fueron sometidos a colecistectomía diferida, 31 de manera programada y 14 de forma urgente. Se observó asociación significativa entre la estancia hospitalaria prolongada y el Índice de Comorbilidad de Charlson (ICC) > 6 ($p = 0,049$), el uso de anticoagulantes orales ($p = 0,020$) y una mayor puntuación en el Chole-Risk Score ($p = 0,076$). Los factores asociados con un mayor riesgo de complicaciones mayores incluyeron un ICC > 6 ($p = 0,096$), el grado de colecistitis (#1 II) ($p = 0,048$), presencia de cardiopatía ($p = 0,023$), puntuación elevada en el Modified Frailty Index (MFI) ($p = 0,069$) y leucocitosis ($p = 0,046$). Por último, la presencia de colecistitis evolucionada en prueba de imagen (absceso o necrosis parietal, $p = 0,003$) y la leucocitosis ($p = 0,015$) se asociaron significativamente

con una mayor tasa de reingreso hospitalario.

Conclusiones: El tratamiento conservador de la CAL, de acuerdo con las recomendaciones de las TG18, puede ofrecer una evolución clínica aceptable. No obstante, requiere especial atención debido a la considerable tasa de complicaciones mayores y reingreso hospitalario. La identificación precoz de los factores asociados a una evolución desfavorable tras el inicio del tratamiento, junto con la integración de escalas de riesgo validadas, permitiría una selección más adecuada de los pacientes candidatos a tratamiento conservador y estimar con mayor precisión la probabilidad de complicaciones, lo que contribuiría a optimizar la toma de decisiones clínicas.