



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-580 - COLECISTITIS AGUDA: ¿DEBEMOS SEGUIR REALIZANDO CIRUGÍA DIFERIDA?

Carmona Agúndez, María; Jaén Torrejimenó, Isabel; López Guerra, Diego; Fernández Pérez, Juana María; Botello Martínez, Francisco; López Sánchez, Octavio; Galeano Díaz, Francisco; Blanco Fernández, Gerardo

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Resumen

Objetivos: La actitud terapéutica ante la colecistitis aguda ha ido variando a lo largo de los años pasando de un tratamiento conservador con cirugía diferida a la colecistectomía laparoscópica de urgencia cuestionada por aumentar el riesgo de lesiones biliares, complicaciones y tiempo operatorio. El objetivo de este estudio fue revisar el manejo de la colecistitis aguda en nuestro centro analizando los beneficios y riesgos de cada tipo de tratamiento.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestra unidad con diagnóstico de colecistitis aguda entre octubre del 2014 a octubre del 2015.

Resultados: Se incluyeron un total de 92 pacientes, de los cuales 52,2% eran hombres y 47,8% mujeres. La media de edad fue de 67,54 años (28-97 años). El 37% eran diabéticos, 62% hipertensos, 30% cardiopatas y el 21% presentaban patología pulmonar. Un 13% de los pacientes había presentado episodios previos de colecistitis. Todos los pacientes consultaron por dolor abdominal, siendo el tiempo medio de evolución del cuadro de 2,75 días. Cinco pacientes presentaban inestabilidad hemodinámica al diagnóstico. Un 89,1% fue diagnosticado por ecografía, realizándose TAC al resto de pacientes. Fueron diagnosticados por imagen 10 casos de colecistitis alitiásica y se evidenció dilatación de la vía biliar en el 12%. El tratamiento inicial fue cirugía en 43 casos (46,7%), antibioterapia en 37 casos (40,2%) y colecistostomía percutánea en 12 casos (13%). La tasa de éxito con antibioterapia fue del 70,3% precisando cirugía los casos de mala evolución. En este grupo, un 24,3% de los pacientes precisaron reingreso o nueva valoración en el servicio de urgencias. En el grupo quirúrgico, 51,2% de las colecistectomías se realizaron por vía laparoscópica con un índice de conversión del 28,6% de los casos. Surgieron complicaciones postoperatorias en un 23,3% de los pacientes. Al analizar el momento del cuadro en el que realizó la cirugía urgente, no hubo diferencias significativas en el número de complicaciones ($p = 0,22$) ni el riesgo de conversión ($p = 0,24$) entre subgrupos (menos de 24 horas, entre 24 a 48 horas, entre 48 a 72 horas y a partir de 72 horas de evolución). La estancia de los pacientes a los que se realizó colecistectomía fue menor que los que se trataron con antibiótico exclusivamente pero esta diferencia no fue estadísticamente significativa (5,22 días vs 6,54 días, $p = 0,42$).

Conclusiones: La cirugía precoz de la colecistitis aguda, a pesar de tener una morbilidad asociada, no aumenta los días de estancia hospitalaria disminuyendo la tasa de reingresos por recurrencia de la clínica. Las horas de evolución del cuadro no debe ser un motivo para no realizar tratamiento quirúrgico dado que la intervención tardía (a partir de las 72 horas) no se asocia a un mayor riesgo de complicaciones ni de conversión. A la vista de los resultados de este estudio y metanálisis publicados, pensamos que las colecistitis

agudas deben ser operadas de urgencia y en el momento del diagnóstico, aunque otras opciones terapéuticas como la colecistostomía percutánea pueden ser consideradas en pacientes de alto riesgo quirúrgico.