



O-098 - COLECISTITIS AGUDA GRADOS I Y II: UTILIDAD DE LA EXTENSIÓN DE ANTIBIOTERAPIA POSTOPERATORIA TRAS LA COLECISTECTOMÍA URGENTE PRECOZ

Mora Guzmán, Ismael; Di Martino, Marcello; Gancedo Quintana, Álvaro; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Maqueda González, Rocío; Lopesino González, José María; Blanco Terés, Lara; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Las más recientes guías de consenso del manejo de la colecistitis aguda (Tokyo Guidelines 2018) recomiendan la retirada de antibioterapia tras la colecistectomía urgente en los grados I (leve) y II (moderada) con adecuado control del foco. Nuestro objetivo es evaluar la incidencia de infecciones nosocomiales en el postoperatorio de la colecistectomía urgente precoz según la duración del ciclo antibiótico empleado.

Métodos: Revisión de una serie de pacientes consecutivos intervenidos de colecistectomía precoz por colecistitis aguda grados I y II entre enero 2010 y febrero 2018. Se excluyeron los pacientes con otra patología biliar aguda concomitante (colangitis, coledocolitiasis, pancreatitis aguda), peritonitis biliar, abscesos perivesiculares o fuga biliar. Se estudiaron datos demográficos, comorbilidad, grado de severidad, variables perioperatorias, duración de antibioterapia postoperatoria y datos de infecciones tras seguimiento a 30 días postoperatorio. Se clasificó a los pacientes en 3 grupos según la duración de antibioterapia postoperatoria: grupo 1 (G1) con suspensión tras la colecistectomía, grupo 2 (G2) con antibioterapia de 1 a 4 días, grupo 3 (G3) a partir de 5 días. El análisis de las variables cualitativas se realizó mediante el test de chi-cuadrado o test de Fisher y las variables cuantitativas con el test de t de Student para muestras independientes o no paramétricos. Se consideraron significativos valores de p < 0,05 de forma bilateral.

Resultados: Se incluyeron 220 pacientes, con una edad mediana de 59 [42-53] años, siendo 102 (46,4%) mujeres. La distribución de pacientes según antibioterapia postoperatoria fue: 11 en G1 (5%), 66 en G2 (30%) y 143 en G3 (65%). La edad fue significativamente menor en G2 (60 [33-74] años vs 50 [38-66] años vs 65 [46-75] años; p = 0,678), el índice de Charlson resultó mayor en G3 (1 [1-4] vs 1 [1-2] vs 3 [3-4]; p = 0,001), al igual que el porcentaje de pacientes diabéticos (9,1% vs 6,1% vs 18,9%; p = 0,044). Las categorías ASA 3-4 fueron significativamente más prevalentes en G1 y G3: 27,3% vs 6,1% vs 21,7% (p = 0,014). No hubo diferencias significativas en cuanto al grado de severidad, colocación preoperatoria de colecistostomía percutánea, tiempo quirúrgico, tasa de conversión a cirugía abierta, complicaciones intraoperatorias, lesión de vía biliar y reintervenciones. Las complicaciones Clavien-Dindo ≥ 3 fueron superiores G3, sin alcanzar diferencias significativas (0% vs 0% vs 4,9%; p = 0,143); las complicaciones de perfil cardiovascular, respiratorio, renal, bacteriemias asociadas a catéter y mortalidad fueron similares. A 30 días postoperatorio, no se objetivaron diferencias significativas en las tasas de infección de herida quirúrgica (0% vs 0% vs 2,1%; p = 0,441), absceso intrabdominal (0% vs 0% vs 2,1%; p = 0,441), neumonía (0% vs 0% vs 0,7%; p = 0,763), infección de tracto urinario (0% vs 0% vs 0,7%; p = 0,763) y reingreso 0% vs 0% vs 2,8% (p = 0,334). La

estancia postoperatoria fue significativamente menor en G1: 2 [1-2] días vs 3 [2,7-4] días vs 5 [3-7] días ($p < 0,001$).

Conclusiones: La extensión de antibioterapia tras colecistectomía urgente precoz en colecistitis aguda grado I y II con adecuado control del foco aumenta la estancia hospitalaria sin asociar ventajas en la disminución de la incidencia de infecciones postoperatorias.