



O-107 - EXITUS LETALIS TRAS DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA LITIÁSICA. ¿REALIZAMOS EL TRATAMIENTO ADECUADO?

González Castillo, Ana María; Sancho Insenser, Joan; de Miguel Palacio, Maite; Ruiz Artola, Víctor; Membrilla Fernández, Estela; Lorente Poch, Leyre; Pons Fragero, María José; Grande Posa, Luis

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda litiásica (CAL) es la segunda patología quirúrgica urgente más frecuente. La controversia se centra en el tratamiento de los pacientes graves. Las guías internacionales de Tokio (TG) aconsejan tratamientos iniciales distintos en función de factores de riesgo y no existe clara evidencia de que todos los pacientes se beneficien del tratamiento inicial aconsejado. La tasa de complicaciones oscila entre el 20-55% y la mortalidad varía entre el 0,5 y 3,5% en series recientes.

Objetivos: Analizar la mortalidad en pacientes con CAL tratados en nuestro centro, la relación con la escala de gravedad según las TG, comorbilidades preoperatorias y el tratamiento realizado.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva de 807 pacientes con Colecistitis Aguda en 4 años. Se seleccionaron 602 CAL “puras” para análisis de 166 variables, incluyendo las escalas de Charlson, de Büchler y TG. Se analizó la correlación entre mortalidad y complicaciones con el tratamiento, quirúrgico (T-QUIR) o conservador (T-CON). Se seleccionó además una subpoblación óptima para comparar mediante *Propensity Score Matching* (PSM) tomando como variable de control la clasificación según TG.

Resultados: La población incluía 282 mujeres y 320 hombres, con una media de edad de 66 ± 16 años. El 24,6% fueron Grado TG-I, el 47,3% Grado TG-II y el 28,1% Grado TG-III. El tratamiento inicial fue T-QUIR en 94,5% de pacientes, colecistostomía en 1,8% y antibioterapia en 3,7%, en clara discrepancia con las recomendaciones de las TG. Los T-CON tenían peores ASA e índice de Charlson ($p = 0,001$). El 43,7% de los pacientes sufrieron alguna complicación, con tasas significativamente menores para los grados TG-I y TG-II respecto al grado TG-III (33% y 36% vs 67%; $p = 0,001$). La mortalidad global fue del 3,8%, significativamente mayor para Grupo III que para Grupos II y I (8,9% vs 2,1-0,7%; $p = 0,001$) y mayor tras T-CON que tras T-QUIR (18,2% vs 2,8%; $p = 0,001$). No se hallaron diferencias de mortalidad entre sexos ($p = 0,460$) pero los exitus tenían mayores edades ($65,4 \pm 16$ vs $82,5 \pm 8$; $p = 0,001$), índices de Charlson ($4,1 \pm 0,7$ vs $1,2 \pm 0,1$; $p = 0,001$) y puntuaciones de Büchler (76 ± 3 vs $5,1 \pm 0,2$; $p = 0,001$). La mortalidad fue significativamente mayor a partir de ASA III ($p = 0,001$) y estuvo asociada a diabetes con daño tisular (OR: 7,73; IC95%: 1,3-43,2) y a insuficiencia renal (OR: 9,8; IC95%: 2,1-45,1). Mediante PSM se emparejaron 28 pacientes de T-CON a 28 pacientes T-QUIR con la misma puntuación TG. Respecto a los T-QUIR, los T-CON seleccionados tenían similares puntuaciones Charlson ($3,1 \pm 0,5$ vs $2,9 \pm 0,6$; $p = 0,784$) y similar tasa de complicaciones (71,4% vs 50%; $p = 0,200$), aunque éstas fueron más graves ($p = 0,001$) y sufrieron una mortalidad cuatro veces mayor (57,0% vs 14,3%; $p = 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad en la CAL es globalmente mayor en los pacientes tratados de forma conservadora pero el análisis mediante PSM asigna una mortalidad superior en los pacientes graves colecistectomizados respecto a los tratados conservadoramente con comorbilidad similar. El tratamiento inicial para las CAL fue mayoritariamente quirúrgico, divergiendo de las TG y acarreando una mortalidad significativamente mayor. El análisis meticuloso de factores de riesgo en los pacientes más graves permitirá formular guías clínicas alternativas.