



P-651 - ESPECTRO MICROBIOLÓGICO DE COLECISTITIS AGUDA TRAS COLECISTOTOMÍA PERCUTÁNEA

Rubio García, Juan Jesús; Velilla Vico, David; Llopis Torremocha, Clara; Ruiz López, Joaquín; Gomis Martín, Álvaro; García, Celia; Villodre Tudela, Celia; Ramírez Ángel, José Manuel

Hospital General Universitario, Alicante.

Resumen

Objetivos: Las colecistitis agudas suponen un 30% de los ingresos urgentes en servicios de cirugía general, siendo además la segunda causa de infección complicada intraabdominal. En pacientes con alto riesgo quirúrgico, comorbilidades o edad avanzada se ha extendido el uso de tratamientos no quirúrgicos. La alternativa habitual a la cirugía es la colecistostomía percutánea, consiste en el drenaje percutáneo de la vesícula y colocación de un drenaje. El líquido biliar puede estar infectado por bacterias provenientes del tracto gastrointestinal en casos de obstrucción por litiasis. La bacteriobilia está asociada a mayor grado de inflamación y mayor tasa de complicaciones posquirúrgicas como infección del lecho quirúrgico, bacteriemia, sepsis. En pacientes con colecistitis es crucial una antibioterapia dirigida. Los hemocultivos y cultivos biliares tienen un papel fundamental en su tratamiento.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional en el Hospital General de Alicante, abarcando un periodo de 5 años (enero 2016-febrero 2021). Criterios de inclusión: pacientes tratados mediante colecistostomía percutánea diagnosticados de colecistitis según criterios diagnósticos de las Tokio Guidelines 2013 y 2018. Criterios de exclusión: colecistostomía por neoplasia, alteraciones de la vía biliar o sin propósito terapéutico. Los resultados clínicos y bacteriológicos de los cultivos de sangre y biliares se recogieron incluyendo la identificación bacteriológica. El objetivo primario es describir los patógenos aislados en cultivos de sangre y bilis obtenidos de pacientes con colecistitis tratados mediante colecistostomía percutánea. Como objetivos secundarios está determinar la tasa de concordancia entre cultivos biliares y hemocultivos positivos y analizar la relación entre la infección polimicrobiana de los cultivos biliares y la gravedad de la enfermedad teniendo en cuenta las guías de Tokio y los días de hospitalización.

Resultados: Recogimos un total de 195 pacientes. 112 hombres (57,4%) y 83 mujeres (42,36), edad media de 74,64 años. ASA I (4,6%), ASA II (35,9%), ASA III (47,2%) y ASA IV (12,3%). CCI medio 5,46. 28% de pacientes anticoagulados. De los 195 pacientes se hizo cultivo biliar en 174 (89,2%) siendo 137 positivos (78,7%) de los cuales 85 (59,9%) un microorganismo aislado, 32 (22,5%) dos microorganismos aislados y 20 (14,1%) más de 2 microorganismos aislados. Hemocultivos en 108 pacientes (55,4%) de los cuales 26 (24%) positivos con una concordancia del 65,38%. El patógeno aislado más frecuente fue *E. coli*. No encontramos evidencia estadísticamente significativa entre microorganismos aislados y estancia hospitalaria ($p = 0,501$) o gravedad ($p = 0,702$).

Conclusiones: De acuerdo con los diferentes estudios, la tasa de cultivos positivos biliares en pacientes con colecistitis varía entre 35-60%, en nuestra serie alcanzamos un 78,8%. La tasa de hemocultivos positivos en

el estudio de Nitzan fue del 30%. En nuestro caso fue del 24%. Se aislaron predominantemente microorganismos gram negativos (*E. coli*), mientras que de los gram positivos, el enterococo fue el más común. La bacteriobilia se ha asociado a complicaciones en otros estudios, sin embargo, la infección biliar polimicrobiana no está asociada a la gravedad o estancia hospitalaria en nuestro estudio. El cultivo microbiológico de la bilis tiene gran valor diagnóstico para seleccionar el tratamiento antibiótico para la colecistitis aguda.