



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-300 - COLECISTECTOMÍA EN EL INGRESO ÍNDICE POR COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTES CON CHARLSON ≥ 6 . ¿SE PODRÍA AMPLIAR EL LÍMITE DE LAS GUÍAS DE TOKIO?

Robledo Casas, Silvia; Córcoles Córcoles, Marta; Parra Muñoz, Ana María; Álvarez Morera, Ana; Navarro Martínez, Sergio; Domingo del Pozo, Carlos

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda es una de las urgencias quirúrgicas más frecuentes, siendo considerada la colecistectomía urgente el tratamiento de elección, sin embargo, no todos los pacientes son intervenidos en el ingreso índice. Las Guías de Tokio se publicaron con el objetivo de facilitar la toma de decisiones con respecto al tratamiento de la colecistitis aguda. Estas guías clasifican a los pacientes en base a su comorbilidad (índice de Charlson) en pacientes de bajo y alto riesgo y recomiendan que en pacientes con alto riesgo (Charlson ≥ 6) el tratamiento sea conservador, incluyéndose dentro de esta opción terapéutica el drenaje percutáneo.

Objetivos: Comparar la eficacia y seguridad de la colecistectomía urgente frente al tratamiento conservador (antibioticoterapia \pm drenaje percutáneo) en el ingreso índice por colecistitis aguda en pacientes de alto riesgo, definido por un índice de Charlson ≥ 6 .

Métodos: Estudio observacional analítico sobre una base de datos retrospectiva, que incluye a todos los pacientes ingresados con diagnóstico de primer episodio de colecistitis aguda con un índice de Charlson ≥ 6 , entre enero de 2020 y diciembre de 2022. Los pacientes se clasificaron en dos grupos en función de la actuación terapéutica: grupo A (colecistectomía) y grupo B (antibioticoterapia \pm drenaje percutáneo). Las variables que se evaluaron fueron la duración de la estancia hospitalaria, los reingresos en el plazo de un mes, las complicaciones mayores (médicas, quirúrgicas y relacionadas con el drenaje percutáneo) en el plazo de un mes, la recurrencia de enfermedad biliar y reintervención (quirúrgica, radiológica o endoscópica) a los 2 años, y la mortalidad al año.

Resultados: En el estudio se incluyeron 137 pacientes, el grupo A compuesto por 48 pacientes y el grupo B por 89. La edad media del grupo A fue de 81 años mientras que la del grupo B fue de 82 años. En cuanto a la comorbilidad según el índice de Charlson, ambos grupos presentaron diferencias significativas ($p = 0,14$). La duración media de la estancia hospitalaria fue mayor en el grupo B (7 días vs. 4, $p = 0,011$) en 11 pacientes (23%) del grupo A y en 28 pacientes (31,5%) del grupo B ($p < 0,055$), sin embargo, la tasa de mortalidad que presentó el grupo B fue mayor (2,1 vs. 23,6%, $p < 0,001$). En el grupo B, 17 pacientes (22,7%) requirieron una reintervención en comparación con 2 pacientes (4,3%) en el grupo A ($p < 0,009$). La tasa de reingresos no difirió entre ambos grupos (8,5

vs. 21,3%, $p = 0,83$). La enfermedad biliar recurrente ocurrió con mayor frecuencia en el grupo B (47,1 vs. 4,3%, $p < 0,0001$).

Conclusiones: Los resultados obtenidos en los pacientes de alto riesgo según las guías de Tokio (Charlson ≥ 6) colecistectomizados son aceptables en cuanto a seguridad e incluso mejoran aspectos como la estancia media, recurrencia, reintervenciones y reingresos. Dentro del grupo de pacientes de alto riesgo según estas guías hay un subgrupo que se beneficiaría del tratamiento quirúrgico en el ingreso índice por colecistitis aguda, por lo que la decisión debe ser individualizada.