



Gastroenterología y Hepatología



<https://www.elsevier.es/gastroenterologia>

188 - PATRONES DE RECURRENCIA TRAS UN PRIMER EPISODIO DE LITIASIS BILIAR SINTOMÁTICA QUE PRECISA INGRESO ¿A QUIÉN PRIORIZAR EN LA LISTA DE ESPERA DE COLECISTECTOMÍA? PROYECTO GRUPO JOVEN AEG-RELAPSTONE

R. Velamazán Sandalinas¹, P. López Guillén², S.J. Martínez Domínguez, D. Abad Baroja³, L. Ruiz Belmonte⁴, R. Zapater López⁵, D. Oyón Lara⁶, N. Martín Vicente⁶, P.J. Fernández Esparcia⁷, A.B. Julián Gomara⁸, V. Sastre Lozano⁹, J.J. Manzanares García⁹, J. Tejedor Tejada¹⁰, I. Chivato Martín-Falquina¹¹, L. Andrés Pascual¹¹, N. Torres Monclús¹², N. Zaragoza Velasco¹³, E. Rojo Aldama¹⁴, B. Lapeña Muñoz¹⁵, N. García-Morales¹⁶, V. Flores Fernández¹⁷, A. Díaz Gómez¹⁷, P. Cañamares Orbis¹⁸, I. Vinzo Abizanda¹⁹, G. García-Rayado¹, J. Millastre Bocos¹, A. García García de Paredes²⁰, P. Parada Vázquez²¹, M. Vaamonde Lorenzo²², A. Izagirre Arostegui²², E.E. Lozada Hernández²³, J.A. Velarde-Ruiz Velasco²⁴ y E. de-Madaria²

¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, IIS Aragón, Zaragoza. ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, ISABIAL, Alicante. ³Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza. ⁴Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. ⁵Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Servicio de Digestivo, Hospital de Galdakao, Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces, Bizkaia. ⁷Universidad Miguel Hernández, Elche. ⁸Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza. ⁹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena. ¹⁰Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ¹¹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario de Burgos. ¹²Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ¹³Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida. ¹⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid. ¹⁵Servicio de Digestivo, Hospital San Pedro de Logroño. ¹⁶Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, IIS Galicia Sur, Vigo. ¹⁷Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁸Servicio de Digestivo, Hospital Universitario San Jorge, IIS Aragón, Huesca. ¹⁹Servicio de Digestivo, Hospital Universitario San Jorge, Huesca. ²⁰Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Universidad de Alcalá, IRYCIS, Madrid. ²¹Servicio de Digestivo, Complejo Hospitalario de Pontevedra. ²²Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Donostia. ²³Servicio de Cirugía General, Hospital regional de alta especialidad del Bajío, México (México). ²⁴Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, México (México).

Resumen

Introducción: La colelitiasis es muy prevalente y sus complicaciones son la principal causa digestiva de ingreso hospitalario. La colecistectomía precoz es el tratamiento profiláctico eficaz de nuevos episodios, pero raramente se practica por falta de disponibilidad de quirófanos, por lo que se demora exponiendo al paciente a recidiva de problemas biliares.

Objetivos: Analizar variables que predigan el riesgo de recurrencia de patología biliar para decidir a qué pacientes priorizar en la lista de espera para colecistectomía.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico (19 centros). Se incluyeron los pacientes que ingresaron en 2018 y 2019 a causa de un primer episodio de complicaciones asociadas con la presencia de colelitiasis (pancreatitis aguda (PA), colecistitis aguda (CCA), colangitis aguda (CA), coledocolitiasis sintomática (CD) o cólico biliar (CB)), analizando las variables de dicho episodio inicial y realizando un seguimiento para analizar las recurrencias y sus características.

Resultados: Se recogieron 2.158 pacientes con un seguimiento medio de 224 días. De ellos, recurrieron 738 (34%), la 1^a recurrencia en forma de PA en 34%, CCA 29%, CA 17%, CD 24% y CB 40% (hubo pacientes con combinaciones de ellas). En la tabla 1 se muestran las características basales y del episodio inicial. El tiempo mediano hasta la recurrencia fue de 80 (30-187) días. La gravedad del cuadro, la toma de ursodeoxicólico y los valores de la bioquímica hepática no se relacionaron con la recidiva. En análisis multivariante con factores relacionados con recidiva con $p < 0,1$; la menor edad, la no realización de CPRE y un menor nivel máximo de leucocitos en ingreso inicial se relacionaron de forma independiente a más recidivas.

Tabla 1. Características basales y recidiva de patología biliar en función de la ausencia o presencia de recidiva.

| | Pacientes sin recidiva n= 1420 | Pacientes con recidiva n=738 | p |
|--|---|---|---------|
| Edad Q2 (Q1-Q3) | 74 (61-83) | 73 (55-83) | 0,01* |
| Mujer | 50% | 52% | 0,5 |
| Índice de comorbilidad de Charlson sin edad Q2 (Q1-Q3) | 1 (0-2) | 1 (0-2) | 0,8 |
| Consumo de alcohol | Nunca 56% Ex-consumidor 3% Consumidor 13% Missing 28% | Nunca 59% Ex-consumidor 4% Consumidor 12% Missing 25% | 0,4 |
| Consumo de tabaco | Nunca 50% Ex-consumidor 17% Consumidor 9% Missing 24% | Nunca 51% Ex-consumidor 16% Consumidor 11% Missing 21% | 0,3 |
| Pancreatitis aguda | 38% | 41% | 0,2 |
| Colecistitis aguda | 32% | 35% | 0,2 |
| Colangitis aguda | 17% | 14% | 0,04* |
| Coledocolitiasis | No 69% En imagen pero no en CPRE 7% En CPRE o cirugía 25% | No 78% En imagen pero no en CPRE 6% En CPRE o cirugía 17% | <0,001* |
| Cólico biliar | 7% | 7% | 0,7 |
| CPRE en ingreso inicial | 31% | 20% | <0,001* |
| Leucocitos nivel mayor durante ingreso inicial Q2 (Q1-Q3) | 12.360 (9.400-16.400) /mm ³ | 11.790 (8.890-15.670) /mm ³ | 0,006* |
| Urea peor nivel durante ingreso Q2 (Q1-Q3) | 44 (33-61) mg/dl | 43 (33-59) mg/dl | 0,025* |

Q: cuartil. * Estadísticamente significativo. Missing: datos perdidos.

Conclusiones: Un tercio de los pacientes con patología por litiasis biliar recurren. La menor edad, la no realización de CPRE y un menor nivel máximo de leucocitos en ingreso inicial se relacionaron de forma independiente a más recidivas.