



Gastroenterología y Hepatología



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

157 - CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON COLECISTOANCREATITIS EN NUESTRO MEDIO - PROYECTO GRUPO JOVEN AEG-RELAPSTONE

R. Velamazán Sandalinas^{1,2}, P. López Guillén³, S.J. Martínez Domínguez¹, D. Abad Baroja⁴, L. Ruiz Belmonte⁵, R. Zapater López⁶, D. Oyón Lara⁷, N. Martín Vicente⁷, P.J. Fernández Esparcia⁸, A.B. Julián Gomara⁹, V. Sastre Lozano¹⁰, J.J. Manzanares García¹⁰, J. Tejedor Tejada¹¹, I. Chivato Martín-Falquina¹², L. Andrés Pascual¹², N. Torres Monclus¹³, N. Zaragoza Velasco¹⁴, E. Rojo Aldama¹⁵, B. Lapeña Muñoz¹⁶, V. Flores Fernández¹⁷, A. Díaz Gómez¹⁷, P. Cañamares Orbis¹⁸, I. Vinzo Abizanda¹⁹, L. Pardo Grau²⁰, N. Marcos Carrasco⁶, G. García-Rayado¹, J. Millastre Bocos¹, A. García García de Paredes²¹, M. Vaamonde Lorenzo²², A. Izagirre Arostegi²², E.E. Lozada Hernández²³, J.A. Velarde-Ruiz Velasco²⁴ y E. de-Madaria³

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

Resumen

Introducción: La colecistopancreatitis (CCP) es un cuadro biliar clásico basado en la coexistencia de una colecistitis aguda (CCA) y una pancreatitis aguda (PA). Existe muy poca evidencia sobre su frecuencia y características.

Objetivos: Analizar la frecuencia real de las CCP, sus características y compararlas con las de los pacientes con CCA y PA aisladas.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico (18 centros). Se incluyeron los pacientes hospitalizados en 2018-2019 a causa de un primer episodio de complicaciones asociadas a la presencia de colelitiasis y no colecistectomizados durante dicho ingreso. Se recogieron, analizaron y compararon variables demográficas, analíticas y de gravedad de los pacientes con CCP, CCA y PA.

Resultados: Se recogieron un total de 3.072 pacientes, 144 (4,6%) presentaron CCP. Del total de PA (1.159), las CCP supusieron un 12,4% y del total de las CCA (893) un 13,9%. Los pacientes con CCP (mujeres: 57,6%) presentaron un perfil de comorbilidad y edad (77 (68-85)) similar a los pacientes con CCA aislada, con un índice de Charlson ligeramente mayor (1 (0-3)) y más tendencia a presentar comorbilidades metabólico- vasculares que los pacientes con PA. Mostraron cifras de colestasis ligeramente más elevadas que los pacientes con PA y CCA, no hubo diferencias en el caso de los reactantes de fase aguda. No hubo

diferencias en cuanto a la gravedad de los cuadros ni a la necesidad de ingreso en UCI, aunque los pacientes con CCP tuvieron mayor tendencia a presentar fallo orgánico, menor presencia de complicaciones locales y necesidad de colecistectomía que los pacientes con PA y CCA (tabla).

Tabla 1.

		1 CCP N=144	2 PA N=1015	3 CCA N= 893	p
GRAVEDAD PA	LEVE	78,5%	76,6%		0,758
	MODERADA	16,7%	17%		
	GRAVE	4,9%	6,4%		
GRAVEDAD CCA	LEVE	70,8%		67,2%	
	MODERADA	24,3%		26,7%	0,648
	GRAVE	4,9%		6,2%	
ESTANCIA MEDIA		8 (6-12)	6 (4-10)	8 (5-11)	1-2: 0,00 1-3: 0,82 2-3: 0,00
COLEDOCOLITIASIS ASOCIADA		17,4%	14,5%	16%	1-2: 0,373 1-3: 0,772 2-3: 0,275
COLECCION PANCREATICA		12,5%	19,4%	-	1-2: 0,032 1-3: 2-3:
COLECCION PERIVESICULAR		13,2%	-	14,7%	1-2: 1-3: 0,641 2-3:
ABSCESOS HEPATICOS		0,07%	0,05%	2%	1-2: 0,752 1-3: 0,272 2-3: 0,02
FALLO RENAL		10,4%	6,9%	8,3%	1-2: 0,130 1-3: 0,400 2-3: 0,249
FALLO RESPIRATORIO		4,2%	3,3%	1,3%	1-2: 0,569 1-3: 0,016 2-3: 0,006
FALLO CARDIO-VASCULAR		6,3%	2,5%	2,7%	1-2: 0,01 1-3: 0,024 2-3: 0,075
BACTERIEMIA		10,4%	4,9%	10%	1-2: 0,07 1-3: 0,871 2-3: 0,00
NECESIDAD DE UCI		2,1%	3%	1,7%	1-2: 0,555 1-3: 0,732 2-3: 0,067
COLECISTOSTOMIA		8,3%	-	25%	1-3: 0,00
COMPLICACIONES COLECISTECTOMIA PROGRAMADA		2,6%	3,7%	10,4%	1-2: 0,629 1-3: 0,032 2-3: 0,00
RECURRENCIA		30,6%	35,6%	34,5%	1-2: 0,232 1-3: 0,350 2-3: 0,06

CCP: Colecisto-pancreatitis. PA: Pancreatitis aguda. CCA: Colecistitis Aguda.

*Gravedad de Pancreatitis aguda según Clasificación Revisada de Atlanta (2012).

*Gravedad de Colecistitis aguda según Clasificación de Tokio (2018)

*Significación Estadística: p=0,017 (Corrección de Bonferroni)

Conclusiones: La CCP es una patología relativamente frecuente (12,4% de las PA y 13,9% de las CCA). Se presenta en pacientes con un perfil de comorbilidad y edad similar a la CCA aunque es más frecuente en mujeres. No parece suponer un cuadro más grave que la CCA o PA aisladas, aunque presenta ligera mayor tendencia al fracaso orgánico.