



183 - FACTORES PREDICTORES DE GRAVEDAD EN LAS COLANGITIS AGUDAS, ¿A QUIÉN DEBEMOS PRIORIZAR EL DRENAJE DE LA VÍA BILIAR?

Guillem Font Ordeig¹, Diego Larrea Leiva¹, Lucas Ilzarbe Sánchez^{1,2}, Cristina Álvarez-Urturi^{1,2}, Lucía Márquez-Mosquera^{1,2}, Xavier Bessa Caserras^{1,2}, Laura Carot Bastard^{1,2} y Maria González-Vivó^{1,2}

¹Servicio de Digestivo, Hospital del Mar, Barcelona. ²IMIM (Instituto Hospital del Mar de Investigaciones Médicas), Barcelona.

Resumen

Introducción: De acuerdo con la guía de manejo de las colangitis agudas (Tokio 2018), el drenaje precoz de la vía biliar está indicado en los casos moderados-graves. No obstante, no contempla factores como la bacteriemia o comorbilidades del paciente. Además, la disponibilidad de drenaje biliar inmediato está limitada en algunos centros. El objetivo del estudio fue evaluar las características de las colangitis agudas en nuestro entorno e identificar posibles factores predictores de gravedad.

Métodos: Estudio retrospectivo de variables clínicas y analíticas al ingreso de 331 pacientes con diagnóstico de colangitis aguda en el Hospital del Mar (2018-2021). Análisis de factores predictores de mortalidad durante el ingreso y a los 30 días mediante regresión logística.

Resultados: La edad media fue 76,2 años, un 53% fueron hombres y el 32,4% presentaban algún grado de dependencia para las actividades básicas. Como antecedentes relevantes presentaban: diabetes (32,1%), insuficiencia cardíaca (16,9%), EPOC (11,5%) y cardiopatía isquémica (10,3%). Las causas de colangitis fueron: coledocolitiasis (48,3%) y estenosis (24,9%), tanto benignas como malignas. En el 26,8% de colangitis no se identificó causa exacta. Se diagnosticó coledocolitiasis por ecoendoscopia (41,7%), TAC (23,7%), colangioRM (19,9%) o ecografía (14,7%). Respecto a la gravedad según las guías de Tokio, un 36,6% de las colangitis fueron leves, 43,2% moderadas y 20,2% graves. Un 6,7% de los pacientes ingresó en UCI. Requirieron drenaje biliar 197 pacientes, con una mediana de tiempo hasta el drenaje de 5 días. La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días. La mortalidad fue de 4,23% durante el ingreso y 3,34% a los 30 días. La mortalidad intraingreso incrementaba de forma estadísticamente significativa con la gravedad según las guías de Tokio (mortalidad en colangitis leves vs. moderadas vs. graves: 0,83 vs. 5,59 vs. 7,46%, $p = 0,03$). Ningún caso de colangitis moderada o grave drenado en las primeras 48 horas fue *exitus*, aunque no se alcanzó la diferencia estadísticamente significativa. La mortalidad intraingreso se relacionó con la dependencia para las ABVD, con la etiología de la colangitis, niveles bajos de albúmina y niveles elevados de fosfatasa alcalina (FA), PCR y leucocitos. La mortalidad a los 30 días se asoció con los niveles bajos de albúmina y elevados de FA y PCR. En el análisis multivariado, ser independiente para las ABVD fue un factor protector (OR 0,14, IC95% 0,03 -0,65), y la FA mayor de 300 U/L y PCR mayor de 8 mg/dl fueron factores predictores de mortalidad intraingreso (OR 6,61, IC95% 1,34-32,56; OR 5,9, IC95% 1,18-29,41, respectivamente). No se encontraron factores predictores de

mortalidad a los 30 días.

Conclusiones: Los pacientes dependientes, con FA inicial > 300 U/L o PCR inicial > 8 mg/dl tienen mayor riesgo de mortalidad y, por tanto, se deberían considerar como factores para priorizar el drenaje biliar.