Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):991

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-136. - ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE LAS COLECISTITIS AGUDAS LITIáSICAS INGRESADAS EN UN AÑO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE MADRID

G. Araujo Espinoza, M. Ramón Berenguel, P. Sabio Repiso, A. Grimón Yánez, C. Gómez Sánchez- Biezma, M. Cuervo Molinero, J. Pedrajas Navas, A. Molino González

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: Descripción epidemiológica y procesual de los episodios de colecistitis. Se exploraran las diferencias clínicas y de resultados entre los pacientes con abordaje quirúrgico precoz (menos de 72 horas) y diferido.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Fuente documental: CMBD, se recogieron todos los casos de colecistitis aguda litiásica (CIE-9-MC 575.*) ingresados en nuestro centro durante 2012. Se revisaron las historias clínicas de los registros seleccionados. Se recogieron los datos en una tabla Excel y se hicieron los cálculos con el programa SPSS 15.0.

Resultados: Hubo un total de 115 ingresos por colecistitis aguda litiásica, n (%) 69 (60) fueron hombres, con edad -media (DE)- de 63,2 (19,3) años. Los síntomas estaban presentes más de 72 horas en 61 (53), 24-72 horas en 26 (22,6) y menos de 24 en 26 (22,6). Comorbilidad: 25 (21,7) de los pacientes eran diabéticos, 17 (14,8) presentaba cardiopatía, 9 (7,8) eran EPOC, 7 (6,1) tenían IRC y 4 (3,5) hepatopatía crónica. Datos analíticos: Leucocitos 12866 (5674), PCR 11,7 (9,4), Creatinina 1,12 (0,7), ALT 122 (205), AST 106 (164), GGT 178 (214,2), FA 157 (123), Bilirrubina total 1,6 (1,6). En las pruebas de imagen no presentaban complicaciones 90 (78,3) pacientes, había alguna complicación en 25 (21,7): cálculo enclavado 9 (7,8), perforación 7 (6,1), absceso perivesicular 6 (5,2), colecistitis enfisematosa 1 (0,9), y colecistitis gangrenosa 2 (1,7). Se operaron en las primeras 72 horas 51 (44,3), de los que 38 (74,5) fueron laparoscópicos, 14 (27,5) fueron a laparotomía (1 paciente se convirtió). 15 (23,4) pacientes fueron intervenidos durante el ingreso después de las 72 primeras horas (10 (66,6) por vía laparoscópica y 5 (33,3) por laparotomía). Fueron tratados médicamente 49 (42,6), los antibióticos más utilizados fueron ertapenem (44,4), piperacilina-tazobactam (23,6) y amoxicilina-clavulánico (11,1), 2 de los pacientes fueron tratados además con drenaje percutáneo. 2 pacientes reingresaron con colecistitis, uno de ellos falleció. 8 (7,8) pacientes requirieron ingreso en UVI, la mortalidad fue de 5 (4,3). La EM fue de 11,7 (11) días. 16 (13,9) fueron programados para cirugía, 15 (93,7) laparoscópicos y 1 laparotomía. No hubo exitus ni estancias en UCI. La demora quirúrgica fue de 79,3 (69,9) días y la estancia media fue de 2,7 (1,7) días. No hubo diferencias significativas en la presencia de complicaciones al ingreso en los pacientes sometidos a cirugía precoz, ni de sexo, ni en la duración de los síntomas, ni estancias en UCI, ni en mortalidad, ni en el tipo de cirugía, respecto a comorbilidad no hubo diferencias en presencia de

diabetes ni hepatopatía, pero sí en cardiopatía (3 (5,9%) vs 14 (21,9%)), EPOC (0 vs 9 (14,1%)) e IRC (0 vs 7 (10,9%), $p < 0,05$, también las hubo en edad (58,6 (18,3) vs 66,9 (19,4) y en perfil analítico: leucocitos (14.849 (5.822) vs 11.286 (5.064), ALT (51 (79) vs 173 (249)), AST (41 (43) vs 152 (199), GGT (89 (161) vs 238 (226)) y bilirrubina (1,9 (1,9) vs 1 (0,6)), $p < 0,05$, la EM fue de 8,4 (6,6) vs 14,3 (13), $p < 0,001$.

Discusión: La indicación del tiempo quirúrgico es controvertida. El retraso en el tratamiento quirúrgico se ha relacionado con una estancia mayor y mayor mortalidad. En nuestro estudio el porcentaje de cirugía precoz es superior a otras comunicadas, los pacientes son más jóvenes, con menos comorbilidad y menos afectación del perfil hepático, no hay sin embargo diferencias en la presencia de complicaciones al diagnóstico, en la mortalidad y se confirma una menor estancia.

Conclusiones: Se continúa realizando un porcentaje alto de cirugías "demoradas" aplicando tratamiento conservador lo que supone un aumento de la estancia media y explica todos los reingresos observados. La laparoscopia es la técnica elegida con baja tasa de conversión.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.