



## 727 - COLECISTITIS AGUDA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE MAYOR CON FRACTURA DE CADERA

Rubén Díaz Díaz, María Ángeles Tejero Delgado, Carmen Alonso Llada, Loreto González-Lamuño Sanchís, Leonor Andreu Irioste, María Martínez Sela, Noelia Morán Suárez y Carmen Palomo Antequera

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

### Resumen

**Objetivos:** Nuestro objetivo es analizar la incidencia de la colecistitis aguda perioperatoria como complicación en pacientes mayores ingresados por fractura de cadera en un hospital de tercer nivel, así como describir las características de estos pacientes, su manejo terapéutico y la mortalidad.

**Métodos:** Para ello hemos realizado una búsqueda sistemática desde enero de 2018 hasta diciembre de 2023 de paciente ingresados por fractura de cadera en el Servicio de Traumatología de nuestro hospital que sufrieron colecistitis en los 30 días siguientes a la fractura. Se analizaron los datos epidemiológicos, clínicos y analíticos, así como el manejo terapéutico y la mortalidad. Se usaron frecuencias y porcentajes para el análisis de variables cualitativas, así como con medianas y rangos para las cuantitativas.

**Resultados:** De 1.615 pacientes con fractura de cadera ingresados en este periodo de tiempo, solo 6 (0,37%) presentaron colecistitis aguda. La relación hombre:mujer fue 1:2. La mediana de edad fue 84 años (73-99 años). Los antecedentes y las características clínico-analíticas se recogen en las tablas. Todos fueron intervenidos de cirugía ortopédica salvo uno. La mediana de tiempo de diagnóstico de colecistitis fue de 20 días (2-30 días) tras la fractura y de 10 días (2-30 días) tras la intervención quirúrgica. El diagnóstico se realizó mediante TAC abdominal, siendo en 4 casos (67%) colecistitis litiásica. Se trasladaron 4 (67%) pacientes al servicio de Cirugía general, uno (17%) a Digestivo y uno (17%) permaneció en Traumatología con seguimiento por Medicina Interna. En 5 (83%) pacientes se realizó colecistostomía percutánea, uno (16%) requirió CPRE y ninguno se operó. En todos se inició antibiótico de amplio espectro. Solo un paciente (16%) fue *exitus*.

Total de pacientes: 6	Frecuencia (%)
Índice de Barthel < 30	5 (83%)
Índice de Barthel 30-90	0 (-)
Índice de Barthel 100	1 (17%)
Hipertensión arterial	4 (67%)
Diabetes mellitus	5 (83%)
Tratamiento anticoagulante	1 (17%)
Tratamiento antiagregante	0 (-)
Fractura de cadera extracapsular	3 (50%)

<b>Fractura de cadera intracapsular</b>	<b>3 (50%)</b>
---	----------------

<b>Total de pacientes: 6</b>	<b>Frecuencia (%)</b>
<b>Dolor abdominal</b>	2 (33%)
<b>Fiebre</b>	1 (17%)
<b>Desorientación</b>	2 (33%)
<b>Ictericia</b>	0 (-)
<b>Alteración de prueba de función hepática</b>	5 (83%)
<b>Alteración de prueba de función hepática leve</b>	2 (33%)
<b>Alteración de prueba de función hepática grave</b>	3 (50%)

*Discusión:* La colecistitis aguda es una complicación poco frecuente en pacientes con fracturas de cadera (0,2%-0,74% dependiendo de la serie), pero es grave y con una mortalidad no desdeñable (10-11% según la serie). La literatura sobre la incidencia y las características de esta patología en este tipo de pacientes es escasa y no hay series publicadas hasta el momento en nuestro país. La incidencia en nuestro hospital fue del 0,37%, siendo más frecuente en mujeres, similar a lo descrito en la literatura. Respecto al diagnóstico en nuestra serie fue poco frecuente el dolor abdominal y la fiebre, siendo las alteraciones analíticas mucho más frecuentes. El método de diagnóstico fue la TAC. La mayoría se trataron con técnica percutánea, probablemente por el perfil dependiente y frágil de estos pacientes. La mortalidad en nuestro estudio fue mayor (16%) que en otras series (10-11%), quizás sesgado por el pequeño tamaño muestral y el perfil de nuestros pacientes.

*Conclusiones:* La colecistitis aguda es una complicación rara en pacientes mayores hospitalizados por fractura de cadera. Tiene una presentación clínica atípica, diferente a las colecistitis primarias donde el síntoma guía es el dolor abdominal. Esto dificulta el diagnóstico. Dada la alta morbimortalidad de este tipo de pacientes los clínicos debemos estar atentos a esta posibilidad diagnóstica, resaltando la importancia de la asistencia compartida médico-quirúrgica. No hemos encontrado series similares a la nuestra publicadas en nuestro país.