Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):816

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

V-223 - MANEJO DE LAS COLECISTITIS AGUDAS: TRATAMIENTO CONSERVADOR VERSUS QUIRÚRGICO. EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS CINCO AÑOS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SEVERO OCHOA

G. Candela Ganoza, P. Moreira Escriche, M. Delgado Heredia, C. Peiró Villalba, C. de Juan Álvarez, M. Corbacho Loarte, G. Eroles Vega

Servicio de Medicina Interna. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

Resumen

Objetivos: Conocer el enfoque actual de los pacientes con colecistitis agudas en nuestro Hospital; los beneficios del tratamiento conservador y del quirúrgico así como sus complicaciones y mortalidad respectivamente.

Métodos: A través de un estudio descriptivo, observacional y transversal, revisamos todas las historias clínicas con casos de colecistitis aguda diagnosticados en un periodo de cinco años, desde enero del 2010 a diciembre del 2014. Se obtuvieron datos epidemiológicos de los pacientes con dicho diagnóstico, así mismo el riesgo quirúrgico empleando el Sistema de Clasificación del American Society of Aneshesiologists (ASA) y principalmente el enfoque terapéutico que recibieron, es decir de qué manera fueron tratados inicialmente ya sea con un tratamiento conservador que incluye antibióticos y colecistostomías frente a una cirugía. Valoramos así sus complicaciones y mortalidad de ambas actitudes posterior al diagnóstico. Realizamos una base de datos y una análisis estadístico empleando los programas Excel 2013 y SPSS versión 20.0.

Resultados: Un total de 395 historias clínicas fueron revisadas, de los cuales varones eran 209 (52,9%) y mujeres 186 (47,1%) con una edad media de 67,8 años. Dichos pacientes según su estado general y comorbilidad presentaban un riesgo quirúrgico de ASA I el 18%, ASA II 48,1%, ASA III 29,1% y ASA IV 4,8%. Los pacientes con fiebre fueron 124 (31,4%) y con leucocitosis 284 (71,9%). Del total de pacientes se intervinieron 192 (48,6%) mientras que 203 (51,4%) fueron tratados de manera conservadora. No existe una relación lineal entre el número de episodios y la indicación quirúrgica; además el 95,2% de los pacientes tenían ASA I, II o III al momento del diagnóstico que no parece influir en la actitud terapéutica. Ingresaron a UVI solo un 3% del total de pacientes. Se realizaron hemocultivos a 134 (33,9%) resultando positivos solo 35 muestras y se aisló E. coli en el 54,3% de estas. El drenaje biliar se realizó a 88 pacientes y el 27,3% creció E. coli en dicha muestra. Los pacientes que fueron intervenidos de manera Urgente presentaron mayor número complicaciones 25,6%, así mismo los que evolucionaron favorablemente no precisaron de un tratamiento antibiótico mayor de 7 de días, como sí lo precisaba el tratamiento conservador, siendo el antibiótico más empleado la piperacilina tazobactam. No parece existir diferencias con respecto a la supervivencia a 6 meses entre los operados y no intervenidos sin embargo la mortalidad es mayor en este último grupo.

Discusión: Apreciamos que en el total de pacientes estudiados no existe un claro beneficio de tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento conservador, así mismo hay que tener en cuenta la condición del paciente, sus

comorbilidades. El número de episodios no parece influir en la gravedad del paciente y su necesidad intervenirse. Para ello se utilizan distintas herramientas como el sistema de clasificación ASA que nos aporta información en la estimación del riesgo quirúrgico así como en la predicción de morbilidad y mortalidad, hemos visto que en nuestros pacientes, aquellos con ASA I, II y III fueron tratados indistintamente según la necesidad por su patología aguda. Así también hemos visto que los intervenidos tienen la ventaja de precisar por menos tiempo tratamiento antibiótico. No apreciamos mayor diferencia con respecto a la mortalidad ni a la supervivencia en ambos grupos.

Conclusiones: El enfoque terapéutico de la colecistitis aguda va a depender del estado general, las comorbilidades y el riesgo quirúrgico que esté presente para optar por la mejor terapia, minimizando sus complicaciones. No parece existir un mayor beneficio quirúrgico sobre el manejo conservador, y la mejor opción será individualizar a cada paciente.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.