

## Colecistitis aguda: análisis de las distintas actitudes terapéuticas en un servicio de cirugía general durante los años 1994-1996

J. Ariceta, J.V. Ferrer, L. Blázquez, E. Balen, J. Herrera, J.M. Lera

### RESUMEN

**Introducción:** La actitud comúnmente aceptada en el tratamiento de la colecistitis aguda es la colecistectomía urgente. La laparoscopia ha renovado el interés por la opción del "enfriamiento" del proceso inflamatorio, para posteriormente realizar colecistectomía programada mediante dicha técnica. Presentamos el análisis de los datos recogidos, sobre estancia hospitalaria y complicaciones médico-quirúrgicas en ambas opciones terapéuticas. El objetivo de este trabajo es reflexionar sobre los resultados obtenidos en el tratamiento de la colecistitis aguda y valorar los resultados de la aplicación de la colecistectomía laparoscópica en el área de urgencias.

**Material y métodos:** Se estudian 152 pacientes diagnosticados de colecistitis aguda. Se distribuyen en 3 grupos, analizando la estancia hospitalaria simple y acumulada, el índice de complicaciones médicas y quirúrgicas y la mortalidad.

**Resultados:** De 152 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, 91 (59,8%) se intervienen en el primer ingreso, 47 (30,9%) se tratan mediante "enfriamiento" del proceso para intervención en un segundo ingreso y 14 (9,3%) mediante colecistostomía percutánea. Reingresan un total de 29 pacientes, 4 por recidiva de la colecistitis aguda y 25 para intervención programada. La colecistectomía convencional de urgencia presenta una mayor tasa de infecciones. La colecistectomía en un segundo ingreso supone un moderado incremento de la estancia media acumulada. El 17% de estos pacientes son intervenidos por cirugía abierta.

**Conclusiones:** La cirugía de urgencia parece la actitud más adecuada en la colecistitis aguda. La utilización de la cirugía laparoscópica en estos casos, probablemente disminuya la tasa de complicaciones médicas y quirúrgicas que tiene la laparotomía en patología aguda infecciosa, y mejore el confort del paciente.

**Palabras clave:** Colecistitis. Colecistectomía. Colecistostomía.

ANALES Sis San Navarra 1997; 20 (3): 319-324.

### ABSTRACT

**Introduction:** The commonly accepted approach in the treatment of acute cholecystitis is urgent cholecystectomy. Laparoscopy has renewed interest in the option of "cooling" the inflammatory process, in order to subsequently carry out a programmed cholecystectomy through the technique mentioned. We present an analysis of the data collected on hospital stay and medico-surgical complications in both therapeutic options. The aim of this work is to reflect on the results obtained in the treatment of acute cholecystitis and to evaluate the results of the application of laparoscopic cholecystectomy in the emergency area.

**Material and methods:** 152 patients diagnosed with acute cholecystitis are studied. They are distributed in 3 groups, analysing the simple and accumulated hospital stay, the index of medical and surgical complications and mortality.

**Results:** Of the 152 patients with a diagnosis of acute cholecystitis, 91 (59.8%) were operated on in their first admission, 47 (30.9%) were treated using "cooling" of the process to be operated on in a second admission and 14 (9.3%) by means of percutaneous cholecystostomy. A total of 29 patients were readmitted, 4 for relapse of acute cholecystitis and 25 for programmed operations. Urgent conventional cholecystectomy shows a greater rate of infections. The cholecystectomy on second admission supposes a moderate increase of the accumulated average stay. 17% of these patients were operated on using open surgery.

**Conclusions:** Urgent surgery seems the most suitable approach in acute cholecystitis. The employment of laparoscopic surgery in these cases probably reduces the rate of the medical and surgical complications due to laparotomy in infectious acute pathology, and increases the comfort of the patient.

**Key words:** Cholecystitis. Cholecystectomy. Cholecystostomy.

Servicio Cirugía General y Digestiva. Hospital de Navarra.

Aceptado para su publicación el 14 de julio de 1997.

### Correspondencia

Dr. Jon Ariceta  
Lur Gorri 28, 2º C  
31010 Barañain. Navarra

## INTRODUCCIÓN

La renovación tecnológica en cirugía obliga a una reflexión continuada sobre el abordaje terapéutico de muchas patologías. La colecistectomía laparoscópica (CL) ha pasado a ser la alternativa de elección frente a la colecistectomía convencional, en el tratamiento de la litiasis biliar no complicada<sup>1</sup>. En nuestro hospital, tras quedar asentadas las técnicas e indicaciones de la CL en la cirugía programada, se está introduciendo la laparoscopia en la cirugía de urgencia.

Uno de los procesos que más puede beneficiarse del uso de la laparoscopia en urgencias, es la colecistitis aguda (CA). Hasta ahora el tratamiento más aceptado de la CA ha sido la cirugía abierta urgente, siempre que la situación del paciente lo permitiera y el tiempo de evolución de la colecistitis no fuese excesivo. El advenimiento de la cirugía laparoscópica ha reactualizado, en los casos de colecistitis leves y moderadas, la dicotomía entre intervenir de urgencia o aplicar tratamiento médico y una vez pasado el episodio agudo realizar la CL programada. La elección de una actitud conservadora se veía reforzada, no sólo por la menor incidencia de morbilidad en la cirugía programada y en ausencia de proceso infeccioso<sup>2</sup>, sino por el mayor confort que supone para el paciente la vía laparoscópica. Algunos cirujanos incluso, han contraindicado la CL en la CA<sup>3</sup>. Sin embargo, la tendencia actual parece dirigirse hacia la colecistectomía laparoscópica durante el episodio de colecistitis, con la única limitación derivada de la imposibilidad técnica (casos con cirugía abdominal previa, tiempo de evolución de la enfermedad excesivo...) o complicaciones médicas asociadas que la contraindiquen<sup>4</sup>.

El objetivo de este trabajo es reflexionar acerca de los resultados obtenidos hasta ahora en el tratamiento de la CA, comparando entre cirugía urgente convencional y la opción del "enfriamiento" para posterior intervención programada. Ello nos puede servir de referencia, para valorar los resultados de la aplicación de la colecistectomía laparoscópica en el área de urgencias.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro Servicio de Cirugía General con diagnóstico de CA, procedentes de urgencias entre enero de 1994 y diciembre de 1996 (36 meses), que ascendieron a un total de 152 casos.

Al ingreso todos los pacientes fueron sometidos a estudio analítico y ecográfico en el mismo servicio de urgencias.

El tratamiento de las CA se pudo encauzar de tres maneras diferentes, por lo que agrupamos los pacientes en tres grupos:

*Grupo A:* Pacientes que fueron colecistectomizados en la fase aguda de la enfermedad.

*Grupo B:* Pacientes que por su edad y/o patología asociada, se consideraron de alto riesgo para una anestesia general y a los que se practicó una colecistostomía percutánea asistida por ecografía, para controlar el episodio agudo de la enfermedad.

*Grupo C:* Pacientes a los que se trató en la fase aguda con antibióticos endovenosos y que fueron intervenidos en un segundo ingreso mediante técnica laparoscópica.

Los criterios de ingreso en el grupo C fueron: pacientes con colecistitis leves o moderadas y sin factores de riesgo que desaconsejasen la intervención y sin cirugía abdominal previa; pacientes con una evolución satisfactoria de la enfermedad mayor de 4 días y pacientes con descompensación de problemas médicos asociados (insuficiencia cardíaca, respiratoria...) o que tomaran medicamentos que alterasen la coagulación.

Los pacientes podían pasar del Grupo C al A, cuando la evolución clínica no era favorable.

En la inclusión de los pacientes del Grupo A, ha influido ocasionalmente la preferencia del cirujano responsable, lo que podría representar un sesgo a la hora de interpretar los datos.

Se ha recogido la estancia media, las complicaciones médicas asociadas, y la morbi-mortalidad de todos los grupos. Hemos considerado estancia simple, al tiempo del primer ingreso de los pacien-

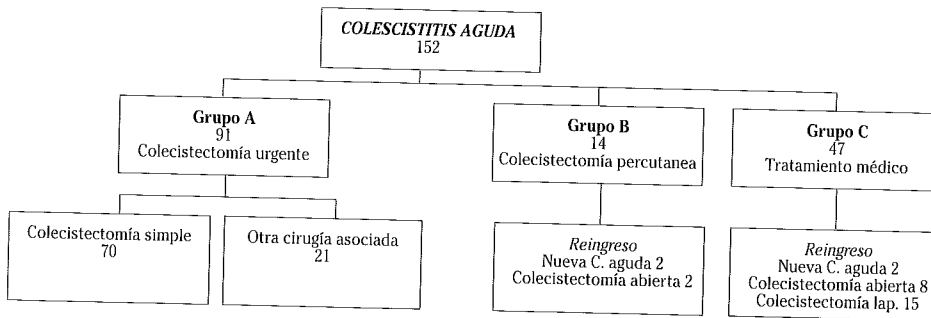
tes, y estancia acumulada, al tiempo resultante de la suma de un segundo ingreso, ya sea por nuevo brote colecistítico o por intervención programada. Las complicaciones se han dividido en médicas (cardíacas, renales, respiratorias o hemorragia digestiva) e infecciosas relacionadas con la cirugía (infección de la herida quirúrgica, intraabdominales, urinarias o respiratorias). También se computaron los éxitos en relación con los tres grupos. Los datos

fueron analizados con un paquete estadístico "SPSS".

### RESULTADOS

En el periodo comprendido entre enero de 1994 y diciembre de 1995 ingresaron en nuestro Servicio 152 pacientes con diagnóstico probable de CA.

En el siguiente algoritmo, se muestra la distribución así como la evolución de los tres grupos:



La edad media de los tres grupos se muestra en la tabla 1. La del grupo B es claramente mayor que la del A y el C.

La estancia media hospitalaria de los tres grupos, simple y acumulada, se muestra en la tabla 2, en la que se diferencia el

motivo y actitud terapéutica del reingreso. La mayor estancia acumulada corresponde al grupo B, bien sea cuando el reingreso se produce por un nuevo episodio de colecistitis (17,35 días), o para realizar una colecistectomía programada (16,6 días).

**Tabla 1.** Edad media y distribución de los pacientes por grupos.

	Nº pacientes y %	Edad media
Grupo A	91 (59,8%)	69,1
Grupo B	14 (9,2%)	80,6
Grupo C	47 (30,9%)	67,3
Total	152	

**Tabla 2.** Estancia media y acumulada tras segundo ingreso.

	Estancia media	Estancia acumulada en 2º ingreso por Colecistitis aguda	Estancia acumulada en 2º ingreso por colecistectomía
Grupo A	11	-	-
Grupo B	10,6	17,35	16,6 (C.abierta)
Grupo C	7,8	13,8	15,8 (C.abierta) 14,6 (C.laparoscópica)

Las complicaciones médicas son mucho más frecuentes en el grupo B (42,8%), destacando las de origen cardíaco

y respiratorio (Tabla 3). La mortalidad se muestra en la tabla 4, e incluye la de cualquiera de los ingresos, se haya intervenido

**Tabla 3.** Complicaciones médicas.

	Nº Complicaciones médicas y %	Cardíacas	Respiratorias	Renales	Hemorragia digestiva alta
Grupo A	22/91 (24,1%)	4	9	7	2
Grupo B	6/14 (42,8%)	2	1	3	0
Grupo C	10/47 (21,2%)	3	1	6	0

**Tabla 4.** Complicaciones infecciosas relacionadas con la cirugía y ubicación.

	Nº de infecciones	Herida quirúrgica	Abdominal	Urinaria	Respiratoria
Grupo A	9/91 (9,8%)	5	1	1	2
Grupo B	3/14 (21,4%)	0	0	1	2
Grupo C	2/47 (4,2%)	0	0	0	2

o no. En el grupo 3 la mortalidad fue claramente superior a la de los otros grupos (Tabla 5).

**Tabla 5.** Complicaciones infecciosas relacionadas con la cirugía y ubicación.

	Nº de Éxitus y %
Grupo A	1/91 (1%)
Grupo B	3/14 (22%)
Grupo C	1/47 (2%)

## DISCUSIÓN

Antes del advenimiento de la cirugía laparoscópica, el tratamiento de la colecistitis aguda generalmente se planteaba de dos formas diferentes: realizar la intervención de urgencia, conforme el paciente ingresaba en el hospital<sup>5,6</sup>, o en pacientes con patología asociada que implicase un alto riesgo para la anestesia general, realizar una colecistostomía percutánea, habitualmente guiada por ecografía, para controlar el episodio agudo de la enfermedad<sup>7,8</sup>. Sólo en contadas ocasiones se ins-

tauraba tratamiento médico con el fin de "enfriar" el proceso, demorar la intervención y efectuarla de forma programada.

El desarrollo de la cirugía laparoscópica facilitó la aparición de una nueva actitud que proponía el tratamiento de la fase aguda con antibióticos endovenosos para, en un segundo ingreso y una vez resuelto el proceso inflamatorio agudo, realizar la colecistectomía asistida por laparoscopia. En realidad esta última opción vendría a representar la actitud de algunos grupos de realizar tratamiento conservador y posteriormente colecistectomía programada convencional, en pacientes con colecistitis leves o moderadas, actitud defendida en base a criterios de menor morbilidad de la cirugía programada<sup>9,10</sup>.

Ante la opción de intervenir a un paciente con colecistitis aguda en un primer o segundo ingreso, observamos en nuestro estudio una gran diferencia entre el número de pacientes operados de urgencia y los sometidos a tratamiento médico (91 y 47 casos respectivamente). Esto parece plasmar la mentalidad de los cirujanos de resolver el problema con un solo ingreso, en consonancia con la literatura al uso<sup>5,6</sup>; ya el hecho, de que 21 de los 91

pacientes intervenidos en las 24 primeras horas del ingreso (23 %), requirieran algún gesto quirúrgico asociado (coledocotomía + extracción de cálculos, colédocoduodenostomía, esfinterotomía, ...) justificaría la inclusión de estos pacientes en el primer grupo fuera de cualquier otra consideración.

Si se contabiliza sólo el primer ingreso, la mayor estancia hospitalaria fue la del grupo A (pacientes intervenidos de urgencia). Sin embargo, la estancia acumulada fue mayor cuando los pacientes reingresaron por un nuevo brote de CA (17,3 y 13,8 días en los grupos B y C respectivamente). Los pacientes en los que se decidió diferir la cirugía, también tuvieron una estancia acumulada mayor (16,6 y 15,2 días en los grupos B y C respectivamente) aunque el número de complicaciones médicas y sobre todo quirúrgicas asociadas, fue menor. La inexistencia de infecciones de la herida o intrabdominales en el grupo C, respecto al grupo A (5 y 1 caso respectivamente), representaría un motivo que justificase realizar la intervención cuando no existe infección aguda.

La tasa de morbilidad y mortalidad generalmente aceptadas no superan el 15% y 1-2% respectivamente<sup>9,11</sup>. La alta incidencia de complicaciones médicas asociadas en los tres grupos, especialmente en el grupo B, se explica fundamentalmente por la edad.

De 5 pacientes fallecidos en esta serie, dos casos fueron tras colecistectomía abierta, en un paciente de 86 años con coledocolitiasis e insuficiencia cardíaca asociados a la CA e intervenido en el primer ingreso y en otro, tras recidiva de CA asociada a empeoramiento de su enfermedad coronaria, al mes de ser tratado mediante colecistostomía. El paciente del grupo C falleció en el primer ingreso por EPOC e insuficiencia cardíaca severos. Los otros dos pacientes se habían tratado mediante colecistostomía, y fallecieron por complicaciones no relacionadas con la misma.

La morbilidad quirúrgica (infección de herida o intraabdominal), más elevada en el grupo de pacientes colecistectomizados al ingreso, sería el principal factor para

apoyar la laparoscopia de urgencia. Luján y cols.<sup>5</sup>, presentan una morbilidad del 8% en un grupo de pacientes con CA, a los que se les practicó CL de urgencia y sugieren que la ausencia de laparotomía reduciría probablemente las complicaciones cardiorespiratorias además de facilitar la recuperación postoperatoria en enfermos de edad avanzada.

La opción de la cirugía precoz (grupo A) ha aportado una serie de ventajas tales como disminuir la estancia hospitalaria global de forma notable y evitar la recurrencia de la enfermedad, con el incremento de la morbilidad que ello supone (nuevos episodios de CA, coledocolitiasis, pancreatitis de origen biliar...). Por el contrario, la incidencia de complicaciones infecciosas relacionadas con la cirugía, así como de complicaciones médicas (cardíacas, respiratorias y renales) fue mayor en este grupo. Todo ello sugiere que la colecistectomía de urgencia, realizada mediante abordaje laparoscópico, puede representar la opción terapéutica más segura y barata de la colecistitis aguda, siempre y cuando la laparoscopia no represente un aumento de la morbi-mortalidad relacionado con dicha técnica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CUSCHIERE A, DUBOIS F, MOUIEL J, MOURET P, BECKER H, BUSS G. The European experience with laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1991; 161: 385-387.
2. CAMERON JC, GADACZ TR. Laparoscopic cholecystectomy (Editorial). *Ann Surg* 1991; 214: 251.
3. DUBOIS F, ICARD P, BERTHELOT G, LEVARD H. Coelioscopic cholecystectomy. *Ann Surg* 1990; 211: 60-62.
4. MARTÍNEZ GÓMEZ DA, AGUAYO ALBASINI JL, MARTÍN DÍAZ L, LÓPEZ CONESA A, MANSILLA MOLINA D, GARCÍA LOZANO A. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico precoces en la colecistitis aguda. Uso selectivo de la colecistostomía con anestesia local. *Cir Esp* 1992; 2: 126-130.
5. LUJÁN JA, PARRILLA P, ROBLES R, TORRALBA JA, GARCÍA J, LIRÓN J. Colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la colecistitis aguda. *Cir Esp* 1994; 6: 482-484.
6. TOCCHI A, LEPRE L, COSTA G, LIOTTA G, MAONI G, AGOSTINI N. Acute cholecystitis: ele-

- ments for diagnosis and therapy. *G Chir* 1994;15: 524-528.
7. MILLER SS. Early cholecystectomy for acute cholecystitis. *Am J Surg* 1994; 167: 552.
  8. MELIN MM, SARR MG, BENDER CE, VAN HEERDEN JA. Percutaneous cholecystostomy: a valuable technique in high-risk patients with presumed acute cholecystitis. *Br J Surg* 1995; 82: 1274-1277.
  9. NORRBY S, HERLIN P, HOLMIN T, SJODAHL R, TAGESSON C. Early or delayed cholecystectomy in acute cholecystitis? A clinical trial. *Br J Surg* 1983; 70: 163-165.
  10. HERMANN RE. Surgery for acute and chronic cholecystitis. *Surg Clin North Am* 1990; 70: 1263-1275.
  11. GARCÍA-AYLLÓN J, SÁNCHEZ-BUENO F, PARRILLA P, LUJÁN JA, ROBLES R, RAMÍREZ P *et al.* Momento operatorio en las colecistitis agudas. Estudio prospectivo y randomizado de 300 casos separados en tres series: cirugía precoz, diferida y tardía. *Cir Esp* 1990; 48: 647-652.