



ARTÍCULO ORIGINAL

## Resolución quirúrgica de la colecistitis aguda. ¿Influye el tiempo de evolución?

Javier López S. <sup>a,b,\*</sup>, Osvaldo Iribarren B. <sup>a,b</sup>, Ramón Hermosilla V. <sup>b</sup>,  
Tatiana Fuentes M. <sup>b</sup>, Evelyn Astudillo M. <sup>b</sup>, Nicolás López I. <sup>b</sup> y Gabriela González M. <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital San Pablo, Coquimbo, Chile

<sup>b</sup> Facultad de Medicina, Universidad Católica del Norte, Coquimbo, Chile

Recibido el 16 de mayo de 2016; aceptado el 5 de octubre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Colecistitis aguda;  
Colecistectomía  
laparoscópica precoz;  
Complicaciones  
colecistectomía  
laparoscópica;  
Conversión a cirugía  
abierta;  
Lesión de vía biliar

### Resumen

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica precoz es nuestra conducta para el tratamiento de la colecistitis aguda; sin embargo, la consulta tardía y el tratamiento postergado por dificultades de acceso hacen que el tiempo de resolución muchas veces sobrepase los 7 días de iniciados los síntomas.

Nuestro objetivo es comparar los resultados quirúrgicos entre los pacientes operados antes y después de este periodo.

**Material y métodos:** Serie de casos consecutivos de pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda operados entre junio de 2013 y diciembre de 2014 en el Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo. De 358 casos, se excluyen aquellos asociados a colangitis, pancreatitis aguda, ASA  $\geq 4$  y cuadro mayor de 30 días. Consecuentemente se incluyen 233 pacientes que se dividen en «grupo precoz» (GP), operados antes del séptimo día de iniciados los síntomas, y «grupo tardío» (GT), operados después de este periodo. Se analizan la presentación de la serie y la asociación entre variables cualitativas y cuantitativas mediante la prueba de  $\chi^2$  y t de Student, respectivamente.

**Resultados:** El GP presenta una estadía hospitalaria de 3,9 ( $\pm 2,0$ ) días y el GT de 7,2 ( $\pm 5,2$ ), ( $p=0,0001$ ); el periodo postoperatorio es de 1,9 ( $\pm 1,6$ ) y de 2,9 ( $\pm 4,4$ ) días, respectivamente ( $p=0,055$ ). La tasa de conversión en el GP es del 2,1% y en el GT del 9,7% ( $p=0,027$ ); la tasa global de complicaciones postoperatorias es del 3,2 y 10,7%, respectivamente ( $p=0,033$ ).

**Discusión:** Nuestros resultados respaldan la colecistectomía precoz en pacientes con colecistitis aguda. Se pone de manifiesto un problema de gestión, en que la postergación de la resolución quirúrgica empeora los resultados y conlleva mayor riesgo de complicaciones.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [javierlopezsebastian@gmail.com](mailto:javierlopezsebastian@gmail.com) (J. López S.).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rchic.2016.10.002>

0379-3893/© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Acute cholecystitis;  
Early laparoscopic  
cholecystectomy;  
Complications  
laparoscopic  
cholecystectomy;  
Rates conversion;  
Biliary duct injury

## Cholecystectomy for acute cholecystitis. Affect the time of evolution in the outcomes?

### Abstract

**Introduction:** The treatment for acute Cholecystitis should be an early Laparoscopic Cholecystectomy. However, this resolution often exceed 7 days after the clinical symptoms onset. Mainly, for delayed consultation of the patients, access difficulties and delayed surgical resolution in our hospital.

The aim is compare the surgical outcomes of patients that have had a Cholecystectomy before 7 days after the clinical symptoms onset with those operated after this period.

**Material and methods:** Between June 2013 and December 2014, 358 patients were Cholecystectomy for acute Cholecystitis at the Hospital of Coquimbo. Those associated to Cholangitis, Acute Pancreatitis, ASA  $\geq 4$  and Gallbladder Cancer, were excluded; 233 patients were included. They were allocated into two groups according to the treatment timeframe: 'Early Group' (EG) for those operated before the seventh day of symptoms onset and 'Late Group' (LG) for those operated after this period. A retrospective study was used to collect data demographics, clinical and surgical outcomes. All these factors were compared between the two groups.

**Results:** The EG had a hospital stay of 3.9 ( $\pm 2.0$ ) days and the LG 7.2 ( $\pm 5.2$ ) ( $P = .0001$ ); the postoperative stay was 1.9 ( $\pm 1.6$ ) and 2.9 ( $\pm 4.4$ ) ( $P = .055$ ) days, respectively. The conversion rate in the EG was 2.1% and 9.7% in the LT ( $P = .027$ ); the overall rate of postoperative complications was 3.2% and 10.7% ( $P = .033$ ), respectively.

**Conclusions:** The findings support an early Cholecystectomy in patients with acute cholecystitis. There is a management problem in terms of delayed surgical resolution which worsens surgical outcomes and increase morbidity.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

En Chile la prevalencia de coleditiasis es de 13,1% en hombres mayores de 20 años y de 36,7% en mujeres del mismo grupo etario<sup>1,2</sup>. La alta prevalencia, alta incidencia de pacientes sintomáticos y sus complicaciones asociadas hacen que sea una patología de alto impacto socioeconómico para el paciente y las instituciones aseguradoras de salud.

La colecistitis aguda es la complicación más frecuente de la coleditiasis y el tratamiento estándar actual es la colecistectomía laparoscópica; sin embargo, se discute cuál es el mejor momento para su resolución quirúrgica: operar en forma precoz, postergar, o diferir de 6 a 8 semanas la cirugía, para operar teóricamente sin inflamación local. La tendencia predominante es realizar la cirugía precoz; múltiples estudios la muestran como factible y segura<sup>3-13</sup>.

Nuestra conducta es realizar la colecistectomía laparoscópica lo más pronto de iniciado el cuadro. Sin embargo, la consulta tardía, el tratamiento postergado por dificultades de acceso (falta de camas hospitalarias, acceso a ecografía y quirófanos) hacen que el tiempo de resolución quirúrgica, muchas veces sobrepase los 7 días desde que se inician los síntomas. En la literatura existe confusión respecto a la definición de colecistectomía precoz en colecistitis aguda, y las definiciones varían entre 48 h y 7 días<sup>3</sup>. No tenemos evidencia de si la demora en resolver la enfermedad impacta en los resultados quirúrgicos y en el desenlace de los pacientes.

El objetivo del estudio es comparar los resultados de los pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda

intervenidos en forma precoz —los primeros 6 días de iniciado el cuadro—, con los pacientes operados después de una semana de iniciados los síntomas, para medir complicaciones, conversión y estancia de los 2 grupos.

## Material y métodos

### Selección de pacientes

Corresponde a una serie de casos consecutivos de pacientes operados entre junio de 2013 y diciembre de 2014 en el Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo. La base incluye 358 pacientes a quienes se les realizó colecistectomías «no electivas». Se excluyen 74 pacientes que fueron intervenidos por otra causa, principalmente pancreatitis aguda. De los 284 pacientes intervenidos con diagnóstico de colecistitis aguda y corroborados histopatológicamente, se excluyen aquellos que estaban asociados a colangitis aguda, ASA mayor o igual a 4, cuadro clínico mayor de 30 días, pesquisa de cáncer vesicular o con identificación de otra enfermedad en el mismo acto quirúrgico. Consecuentemente se incluyen 233 pacientes con diagnóstico de colecistitis aguda, los cuales se dividen en 2 grupos: por un lado, aquellos intervenidos antes del séptimo día de iniciados los síntomas, los cuales forman el «grupo precoz» (GP), y, por otro lado, aquellos operados después de este periodo, que representan el «grupo tardío» (GT). El diagrama de flujo se muestra en la figura 1.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8836480>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8836480>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)