

Colecistectomía temprana comparada con Colecistectomía tardía en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve

Eduardo E. Luna-Madrid, ^{*a,b} Martha E. Quiñonez-Meza, ^{a,b} Felipe Peraza-Garay^a

^aCentro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. UAS, Sinaloa, México.

^bDepartamento de Cirugía General del Hospital Civil de Culiacán. Sinaloa, México.

Recibido 09 septiembre 2013; aceptado 22 noviembre 2013

Objetivo: Comparar el tiempo de estancia hospitalaria, colecistectomía difícil y complicaciones postoperatorias en colecistectomía temprana y colecistectomía tardía en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve. **Material y Métodos:** La población investigada fueron pacientes con pancreatitis aguda biliar leve (PABL). Se realizó un estudio observacional, ambispectivo y comparativo entre dos grupos. El Grupo 1 fue el de colecistectomía temprana y el Grupo 2 fue el de colecistectomía tardía. Las variables evaluadas fueron los días de estancia intrahospitalaria, la frecuencia de colecistectomía difícil y complicaciones postoperatorias. Para comparar los grupos se utilizaron las pruebas t-Student, chi-cuadrada y U de Mann-Whitney. **Resultados:** Se estudiaron 33 pacientes con PABL, 16 del Grupo 1 y 17 del Grupo 2. Se observó diferencia significativa ($p=.000$) entre ambos grupos en los días de estancia intrahospitalaria, pero no en la incidencia de colecistectomía difícil ($p=0.72$). No se encontraron complicaciones postoperatorias en el Grupo 1 y en el grupo 2 solo hubo una complicación. **Conclusiones:** La colecistectomía temprana disminuye los días de estancia intrahospitalaria. No se observaron diferencias significativas en colecistectomía difícil y complicaciones postoperatorias entre ambos grupos. **Palabras clave:** colecistectomía temprana, colecistectomía tardía, pancreatitis aguda biliar leve.

Objective: compare hospital stay time, difficult cholecystectomy and postoperative complications in early and late cholecystectomy in patients with acute mild gallstone pancreatitis. **Material and Methods:** researched population were patients with acute mild gallstone pancreatitis (AMGP). A observational and comparative study was conducted between two groups. Group 1 was early cholecystectomy and Group 2 was late cholecystectomy. The evaluated variables were hospital stay time, cholecystectomy frequency and postoperative complications, in order to compare results the t-student, chi-squared and U by Mann-whitney trials were used. **Results:** 33 patients with AMGP were studied, 16 from Group 1 and 17 from Group 2. A significant difference was observed among both groups in the hospital stay times ($p=.000$) but not in the difficult cholecystectomy incidence ($p=0.72$). No postoperative complications were found in Group 1, Group 2 had only one complication. **Conclusion:** early cholecystectomy decreases the hospital stay days. No significant differences were found in difficult cholecystectomy and postoperative complications between groups **Keywords:** early cholecystectomy, delayed cholecystectomy, mild acute biliary pancreatitis.

1. Introducción

La pancreatitis aguda leve está asociada con disfunción orgánica mínima y una recuperación sin complicaciones, cuya característica macroscópica e histológica es el edema intersticial. La causa más común de pancreatitis es la biliar (49%), que es la octava causa de los ingresos a urgencias.¹

En el Hospital Civil de Culiacán se realizó un estudio epidemiológico sobre pancreatitis aguda en el periodo de 2005 al 2009; la frecuencia encontrada fue

de 116 casos, la etiología biliar fue la más común con 76 casos (67.9%).²

Con un aumento en la incidencia los últimos tres años, el rango de recurrencia puede llegar hasta el 63% (11) y puede ocurrir dentro de las dos primeras semanas de iniciado el cuadro, de tal manera que es recomendable realizar la colecistectomía durante la hospitalización inicial.

La pancreatitis biliar es una indicación clara para realizar un procedimiento definitivo en el aparato biliar, destinado a reducir el riesgo de ataques recurrentes de pancreatitis; por lo cual esta entidad requiere manejo quirúrgico (colecistectomía laparoscópica o abierta), misma que en diferentes estu-

*Dr. Eduardo Esau Luna Madrid. Eustaquio Buelna No.91 Col. Gabriel Leyva, CP: 80030, Culiacán, Sinaloa, México. Tel-fax: (667)7137978. E-mail: esau36@hotmail.com

dios se ha evaluado su intervención temprana o tardía, por la recurrencia y cambios en la morbilidad de los pacientes.³

El propósito de este estudio fue comparar el tiempo de estancia hospitalaria, asociación con colecistectomía difícil y la incidencia de complicaciones postoperatorias en colecistectomía temprana (cirugía realizada en las primeras 72 horas de la admisión) y colecistectomía tardía (cirugía realizada posterior a las 72 horas a la admisión), en pacientes con pancreatitis aguda biliar leve, en el servicio de cirugía del Hospital Civil de Culiacán.

2. Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, ambiespectivo y comparativo observacional, prolectivo y longitudinal de noviembre de 2012 a diciembre de 2013 en pacientes sometidos a colecistectomía temprana, los cuales se compararon con los resultados de pacientes sometidos a colecistectomía tardía en el periodo de enero de 2006 a septiembre de 2012.

Se incluyeron 33 pacientes; 16 en el grupo de colecistectomía temprana y 17 en el de colecistectomía tardía. El diagnóstico de pancreatitis aguda biliar leve se realizó con el cuadro clínico, elevación de 3-4 veces los niveles de amilasa y lipasa con respecto a su valor normal; los valores de referencia de amilasa y lipasa fueron de 0-95 U/L y 0-190 U/L, respectivamente. (Vitros 250, Ortho-Clinical Diagnostics 2005, a Johnson-Johnson Company, Rochester, New York, USA. Amersham, Bukcs, UK).

La etiología biliar se corroboró por ultrasonido de hígado y vía biliar, el cual se realizó en la sala de ultrasonografía del CIDOCS o del Hospital Civil de Culiacán (Ultrasonido marca Siemens Sonoline G50).

La pancreatitis aguda biliar se clasificó en leve mediante los criterios de Ranson (Menor de 3) y Apache II (Menor de 8) en ambos grupos durante el ingreso al servicio de urgencias. Los pacientes se programaron para colecistectomía temprana (dentro de las primeras 72 horas de su admisión) y colecistectomía tardía (posterior a las 72 horas de su admisión). Se analizaron las siguientes variables: días de estancia intrahospitalaria, complicaciones postoperatorias e incidencia de colecistectomía difícil.

Para el análisis estadístico las variables categóricas se describen con frecuencias y porcentajes y las

numéricas con medias y desviación estándar. Las variables numéricas se comparan con pruebas t-student y las categóricas con pruebas chi-cuadrada, mientras que las variables ordinales con la prueba U de Mann - Whitney. Los datos fueron analizados en SPSS v15, un valor de probabilidad menor a 0.05 se consideró estadísticamente significativo.

3. Resultados

Se estudiaron un total de 33 pacientes, 16 en el grupo de colecistectomía temprana y 17 en el grupo de colecistectomía tardía.

Con respecto a la edad se observaron diferencias significativas ($p=0.09$): la edad promedio en el grupo de colecistectomía temprana fue de 41.6 ± 13 años, y de 50.2 ± 23 años en el grupo de colecistectomía tardía. Con respecto a la ocupación de los pacientes, la más frecuente fue el hogar con un 57.6%, seguido por el de una actividad profesional con un 15.2%. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Distribución por ocupación

Ocupación	Colecistectomía	
	Temprana	Tardía
Ama de casa	9 (56.3%)	10 (58.8%)
Profesionista	4 (25.0%)	1 (5.9%)
Empleado	1 (6.3%)	3 (17.6%)
Desempleado	2 (12.5%)	1 (5.9%)
Estudiante	0 (0%)	2 (11.8%)

También se analizó la distribución por género entre los dos grupos, encontrándose en el grupo de colecistectomía temprana 5 pacientes (31.3%) del género masculino y 11 pacientes (68.8%) del género femenino. En el grupo de colecistectomía tardía hubo 5 pacientes (29.4%) del género masculino y 12 pacientes (70.6%) del género femenino.

Por lo que se refiere al tipo de colecistectomía realizada, la cirugía laparoscópica fue la más frecuente con 22 casos (12 en el grupo temprano y 10 en el grupo tardío).

En los días de estancia intrahospitalaria se observó una diferencia significativa ($p=.000$), siendo menor en el grupo de colecistectomía temprana con una media de 4.2 ± 1.3 días, comparada con 8.3 ± 2.9 días en el grupo de colecistectomía tardía.

En lo que respecta a la colecistectomía difícil, en el grupo de colecistectomía temprana estos casos se ob-

servaron en un 6.3%, mientras que en grupo de colecistectomía tardía en un 5.9%, no encontrando diferencia significativa ($p=0.72$). La incidencia de colecistectomía difícil encontrada fue de 0.6 casos por cada 10 para colecistectomía temprana y de 0.5 casos por cada 10 para colecistectomía tardía

Para estimar el riesgo de desarrollar colecistectomía difícil entre los dos grupos se realizó un análisis de regresión logística, encontrándose un RR de .938 (IC 95%: 0.07-15.59).

Además se analizó la frecuencia de complicaciones postoperatorias en ambos grupos, no presentándose complicaciones en el grupo de colecistectomía temprana, mientras que en el grupo de colecistectomía tardía se presentó un caso con complicaciones (5.9%; $p=0.51$).

Las tasas de incidencia de complicaciones postoperatorias encontradas para colecistectomía temprana fueron de cero casos, y para colecistectomía tardía 0.5 casos por cada 10. Para estimar el riesgo de desarrollar complicaciones postoperatorias entre los dos grupos se realizó un análisis de regresión logística, encontrándose un RR de 1.06 (IC 95%: 0.94-1.19). Cuadro 2.

Cuadro 2. Colecistectomía difícil y complicaciones por tipo de colecistectomía

	Colecistectomía		Sig.	RR
	Temprana	Tardía		
Colecistectomía difícil	1 (6.8%)	1 (5.9%)	.720	.938
Complicaciones posquirúrgicas	0 (0%)	1 (5.9%)	.510	1.06

4. Discusión

Los principales factores tomados en cuenta en los estudios epidemiológicos de las enfermedades digestivas son la edad y el género. Los resultados de estas variables demográficas no coinciden con las publicadas en la literatura nacional, ya que se considera que la pancreatitis biliar se presenta principalmente en los hombres jóvenes, con mayor frecuencia en la tercera década de la vida. Pero resultan contradictorios si consideramos que la etiología de casi la mitad de la población fue la biliar, siendo que las enfermedades biliares predominan en las mujeres, por lo que se es-

peraría una mayor frecuencia en dicho sexo.¹ En nuestro estudio la frecuencia en mujeres fue más alta, 68% en colecistectomía temprana y 70.6% en colecistectomía tardía, con una media de presentación en la cuarta década de la vida.

Es importante señalar que el número de casos de pancreatitis aguda de cualquier etiología que se atendió en el Hospital Civil en los últimos tres años (41, 47 y 40 casos por año) registró un aumento considerable, comparado con la frecuencia encontrada de 2005 a 2009, con una media de 24 casos por año.²

La colecistectomía laparoscópica es aceptada como el procedimiento estándar para pancreatitis aguda biliar, pero el tiempo para la intervención quirúrgica continúa siendo controversial.

El retraso en la colecistectomía tardía o de intervalo está asociado a un ataque recurrente de pancreatitis aguda biliar en el 25-61% en las primeras dos semanas posterior a la remisión del cuadro. La colecistectomía tardía no muestra ventaja en complicaciones transoperatorias sobre la temprana y posiblemente aumente el riesgo de morbilidad en el paciente al prolongar su estancia intrahospitalaria.

Durante varias décadas, los cirujanos han legitimado la elección de la colecistectomía tardía o de intervalo por la creencia de que durante la admisión inicial, la colecistectomía podría asociarse con diseción difícil por el edema causado por la pancreatitis, lo que podría llevar a más complicaciones quirúrgicas y en consecuencia, una estancia intrahospitalaria más prolongada.⁴

Conviene precisar que debido a los aspectos mencionados se propuso el desarrollo de la presente investigación: comparar la colecistectomía temprana con la colecistectomía tardía con el objetivo de evaluar tres variables principales: la estancia intrahospitalaria, la posibilidad de presentación de la colecistectomía difícil y la presentación de complicaciones postoperatorias.

Con respecto a la estancia intrahospitalaria, en nuestro estudio se observó una diferencia significativa ($p=.000$) en los pacientes con colecistectomía temprana, con una estancia de 4.2 días, mientras que en la colecistectomía tardía fue más prolongada, de 8.3 días. Estos resultados son similares a los encontrados por Aboulian⁵ y Nebiker⁶, quienes demuestran en sus estudios una corta estancia para los pacientes con colecistectomía temprana.

Por lo que se refiere a la frecuencia de “colecistectomía difícil”, ésta se evaluó de acuerdo a los criterios transoperatorias publicados por Ruiz Patiño.⁷ Se cree que la disección en el triángulo de Calot es más difícil en la colecistectomía temprana por la presencia de un proceso inflamatorio que impide las maniobras adecuadas; sin embargo, Sinha⁸ se opone a estas consideraciones, debido a que considera que el edema inicial facilita la disección, ya que posteriormente, cuando el edema es reemplazado por adherencias densas, dicha disección se hace más difícil, aunque debemos precisar que en su investigación la colecistectomía tardía la realizaba a las seis semanas del diagnóstico. Hay que destacar que en nuestro estudio de 33 pacientes solo se encontró un caso catalogado como “colecistectomía difícil” en ambos grupos (6.8% para colecistectomía temprana y 5.9% para colecistectomía tardía) no observándose diferencia significativa.

En cuanto a la presencia de complicaciones postoperatorias, hay estudios previos donde no hay diferencias significativas entre una técnica y otra.^{5,8} Similares resultados se obtuvieron en el presente estudio, ya que se observó solo una complicación postoperatoria de los 17 pacientes a quienes se les realizó colecistectomía tardía.

Acerca de considerar a la colecistectomía temprana o a la colecistectomía tardía como factores de riesgo para que se presente una disección difícil en el transoperatorio,⁶ o bien, la presencia de complicaciones en el postoperatorio, hay que destacar que los resultados obtenidos fueron para la primera un RR de .938 IC 95% (0.07-15.59) y para la segunda un RR de 1.06, IC 95% (0.94-1.19).

Referencias

1. Sánchez LR, Camacho HM, Vega CR, Garza FJ, Campos CC, Gutiérrez VR. Pancreatitis Aguda: Experiencia de cinco años en el Hospital General De México. *Gac Med Mex* 2005; 141 (2).

2. Basil DG, Quiñonez MM, Ortiz BJ, Bolívar RM, Peraza GF. - Resultados Clínicos En Pancreatitis Aguda, Experiencia Institucional En El Hospital Civil De Culiacán, Febrero 2010.
3. UK Working Party On Acute Pancreatitis.- UK Guidelines For The Management Of Acute Pancreatitis.- *Gut* 2005; 54; 1-9.
4. Van BM, Besselink MG. - Timing of Cholecystectomy after Mild Biliary Pancreatitis: A Systematic Review. *Ann Surg* 2012; 255 (5):860-866.
5. Aboulian A, Chan T, Yaghoubian A, Kaji A, Putnam B, Neville A. - Early Cholecystectomy Safely Decreases Hospital Stay In Patients With Mild Galsstone Pancreatitis.- *Ann Surg* 2010; 251 (4).
6. Nebiker Christian A., Frey M. Daniel, Hamel Christian T.- Early Versus Delayed Cholecystectomy In Patients With Biliary Acute Pancreatitis. *Surgery* Vol. 145, No. 3.
7. Ruiz AC, Cázarez MJ, Muñís CM, García RA. - Dificultades Técnicas En La Colecistectomía Laparoscópica. La “colecistectomía difícil”. Vol. II, No. 2, Abr-Jun. 2010.
8. Sinha R. Early laparoscopic cholecystectomy in acute biliary pancreatitis: the optimal choice? *HPB (Oxford)*. 2008; 10:332-335.