

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda biliar (PAB) presenta un riesgo significativo de recurrencia de hasta 33% cuando no se realiza la colecistectomía durante el mismo internamiento. Por lo tanto, es primordial eliminar el factor etiológico de la enfermedad lo antes posible y proponer una colecistectomía temprana (CT) para reducir el riesgo de ataques recurrentes.¹

El ensayo PONCHO (Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis) reforzó el concepto de que la CT en el mismo internamiento para pacientes con pancreatitis aguda leve de origen biliar no sólo era segura y factible, sino que también redujo la morbilidad y readmisión relacionadas con la litiasis. ²

Lo que sigue sin estar claro es el papel de la colecistectomía en el manejo de pancreatitis aguda moderada y pancreatitis aguda grave de origen biliar. En el entorno de la pancreatitis necrotizante con colecciones líquidas peripancreáticas asociadas, el tiempo de la colecistectomía es más desafiante. Hay estudios que recomiendan aplazar la colecistectomía hasta la resolución de las colecciones, 6 semanas desde el inicio de las colecciones persistentes y/o una mejoría general de la inflamación local y sistémica.³ Un estudio reciente de Hallensleben et. al, evaluó el momento óptimo de la colecistectomía en pancreatitis biliar necrozante con colecciones peripancreáticas, encontró que el riesgo de pancreatitis recurrente y eventos biliares aumentó cuando la colecistectomía se retrasa más de 8 semanas.⁴

Aproximadamente el 20% de todos los ingresos hospitalarios de pancreatitis son pacientes con enfermedad grave, la literatura publicada no especifica cuándo se debe realizar la colecistectomía en pancreatitis aguda de origen biliar moderada y grave.⁵

OBJETIVO

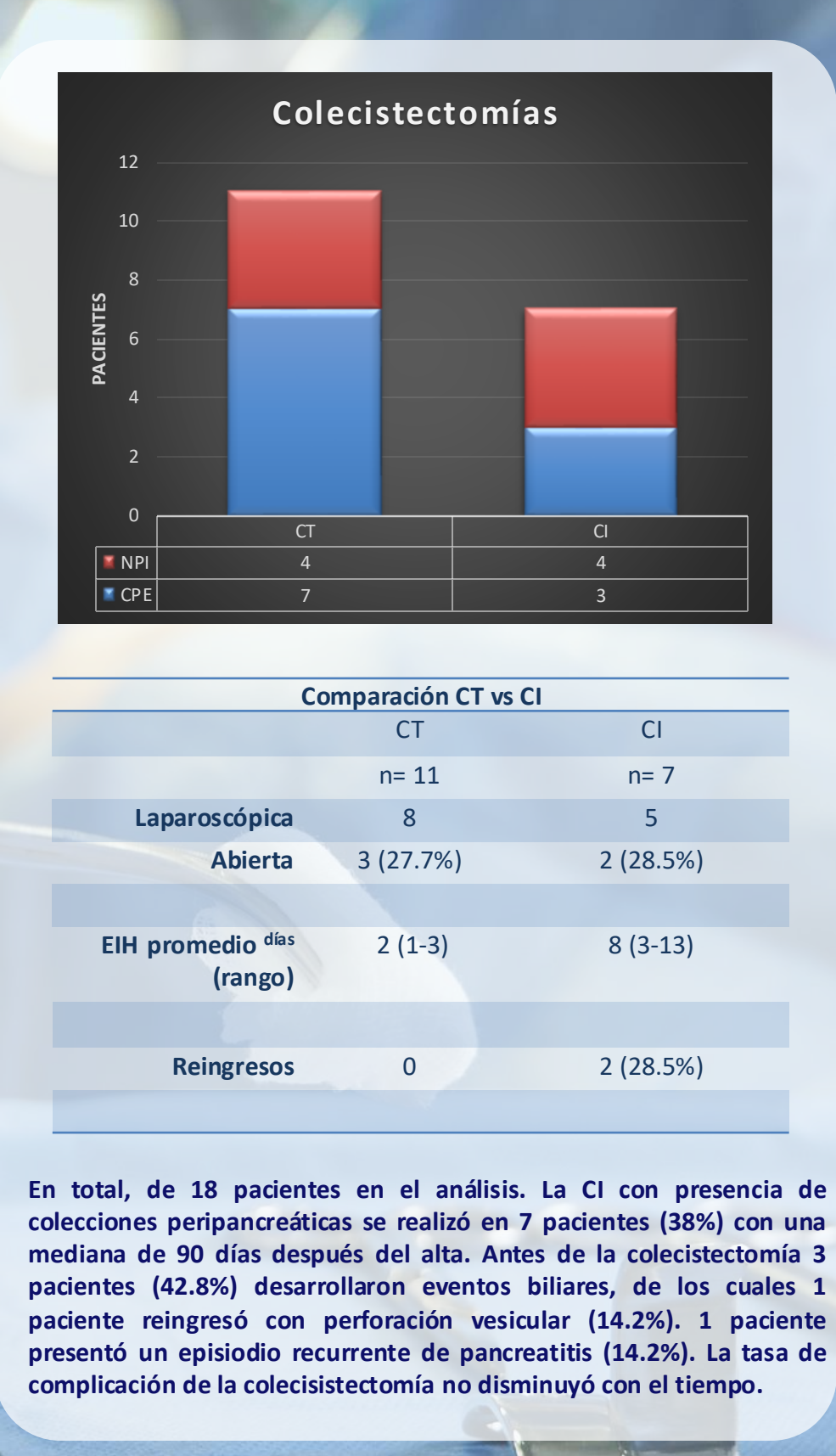
Determinar cuál es el mejor momento para realizar la colecistectomia en pacientes con complicaciones locales de PAB

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo aleatorizado de 18 pacientes con PAB moderada y grave en donde se realiza colecistectomía temprana vs de intervalo de forma aleatorizada en un período comprendido entre el ene 2022 – dic 2023 en el Hospital General de México. La colecistectomía temprana (CT) se definió como una colecistectomía realizada durante el mismo internamiento, una vez remitido el cuadro de pancreatitis, mientras que la colecistectomía de intervalo (CI) se definió como una colecistectomía realizada 6 semanas posteriores a la remisión del cuadro de pancreatitis. Los pacientes fueron clasificados como PAB moderada o grave según la clasificación de Atlanta.⁶

RESULTADOS

Características demográficas			
No.	PAM		PAG
	n= 13		n= 5
Tipo FOM (%)		Respiratoria	Renal
		4 (80%)	1 (20%)
Sexo			
Hombre	5 (38.46%)	2 (40%)	
Mujer	8 (61.53%)	3 (60%)	
Total	13	5	
Edad promedio años (rango)		39 (22 – 53)	36 (19-53)
EIH promedio días (rango)		28 (12-45)	32 (18-46)
NPI	6	2	
CPE	7	3	
Drenaje	5	2	
Pancreatitis aguda moderada (PAM), pancreatitis aguda grave (PAG), falla orgánica múltiple (FOM), días de estancia hospitalaria (EIH), necrosis pancreática infectada (NPI), colección peripancreática estéril (CPE)			



DISCUSIÓN

Aunque el momento en sí de la colecistectomía no pareció aumentar el riesgo de complicación peripancreática en este estudio, observamos que los pacientes que son sometidos a colecistectomía posterior a los 8 semanas incrementan el riesgo de presentar un nuevo episodio biliar (14.2%) o un cuadro de pancreatitis recurrente (14.2%), también observamos que la colecistectomía después de un episodio de pancreatitis necrozante se asociaba frecuentemente con la conversión a una técnica abierta (27.7% – 28.5%). Con una estancia hospitalaria más prolongada para la CI vs CT (8 vs 2 días).

CONCLUSIÓN

Este estudio podemos concluir que la CI en PAB moderadamente grave o grave incurre en el riesgo de recurrencia episodio biliar y/o recurrencia de pancreatitis (28.5%). Es evidente que el porcentaje de conversión tanto de la CT como la CI es mayor (28.5%) cuando la comparamos con la colecistectomía electiva no relacionada a pancreatitis. En este grupo de pacientes la CT parece no haber modificado la evolución de la complicaciones locales de la pancreatitis. Finalmente aunque no es el objetivo de este estudio podríamos suponer que los pacientes con PAG sin complicaciones locales también pueden ser sometidos a CT una vez remitida la falla orgánica, disminuyendo con ello la morbilidad de un episodio de recurrencia.

REFERENCIAS

- Al Taweel B, Tzedakis S, Panaro F. Early cholecystectomy cannot be regarded as a mortality risk factor in moderate and severe acute biliary pancreatitis. Hepatobiliary Surg Nutr. 2024;13(1):109-111. doi: 10.21037/hbsn-23-59
- Da Costa, David W et al. "Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial." Lancet (London, England) vol. 386,10000 (2015): 1261-1268. doi:10.1016/S0140-6736(15)00271-3
- Hughes DL, Morris-Stiff G. Determining the optimal time interval for cholecystectomy in moderate to severe gallstone pancreatitis: A systematic review of published evidence. Int J Surg. 2020;84:171-179. doi:10.1016/j.ijsu.2020.11.016
- Hallensleben, Nora, et al. "Optimal timing of cholecystectomy after necrotising biliary pancreatitis". Gut, vol. 71, no. 5, May 2022, pp. 974-982. doi: 10.1136/gutjnl-2021-324239.
- Di Martino, Marcello et al. "Timing of Cholecystectomy After Moderate and Severe Acute Biliary Pancreatitis." JAMA surgery vol. 158,10 (2023): e233660. doi:10.1001/jama.2023.3660
- Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut 2013;62:102-11. 10.1136/gutjnl-2012-302779