

Infección abdominal (colecistitis y diverticulitis)

VIII Curso ALMA, Cartagena - Colombia
3 al 6 de agosto de 2009

González Moro Alina María
González Tobón Ligia Yarelis
Henríquez Molina Margarita
Kmaid Riccetto Ana
Kulzer Homann Katrin
Penas Maure Dolores

Etiología de la infección intra abdominal

(Cooper 1994)

- > 65 años

- Apendicitis 28%
- **Diverticulitis 28%**
- **Colecistitis 12%**
- Colangitis 12%
- Abscesos 9%

- < 65 años

- **Apendicitis 61%**
- Abscesos 14%
- Colangitis 8%
- **Diverticulitis 6%**
- Cancer colón, vólvulo, isquemia mesentérica 9%
- **Colecistitis 2%**

Consideraciones Diagnósticas

- La presentación diferente a la adulto mas joven
- Diagnóstico primario: causas extraperitoneales o desconocido
- AM presentan menos nauseas, vómitos y fiebre
- Fiebre 33 % comparado con más jóvenes 60 %
- Hipotermia 14 %
- Duración de los síntomas hasta el diagnóstico es más prolongada
- Frecuente recuento leucocitario normal o bajo
- Comorbilidad incide en el diagnóstico y el pronóstico

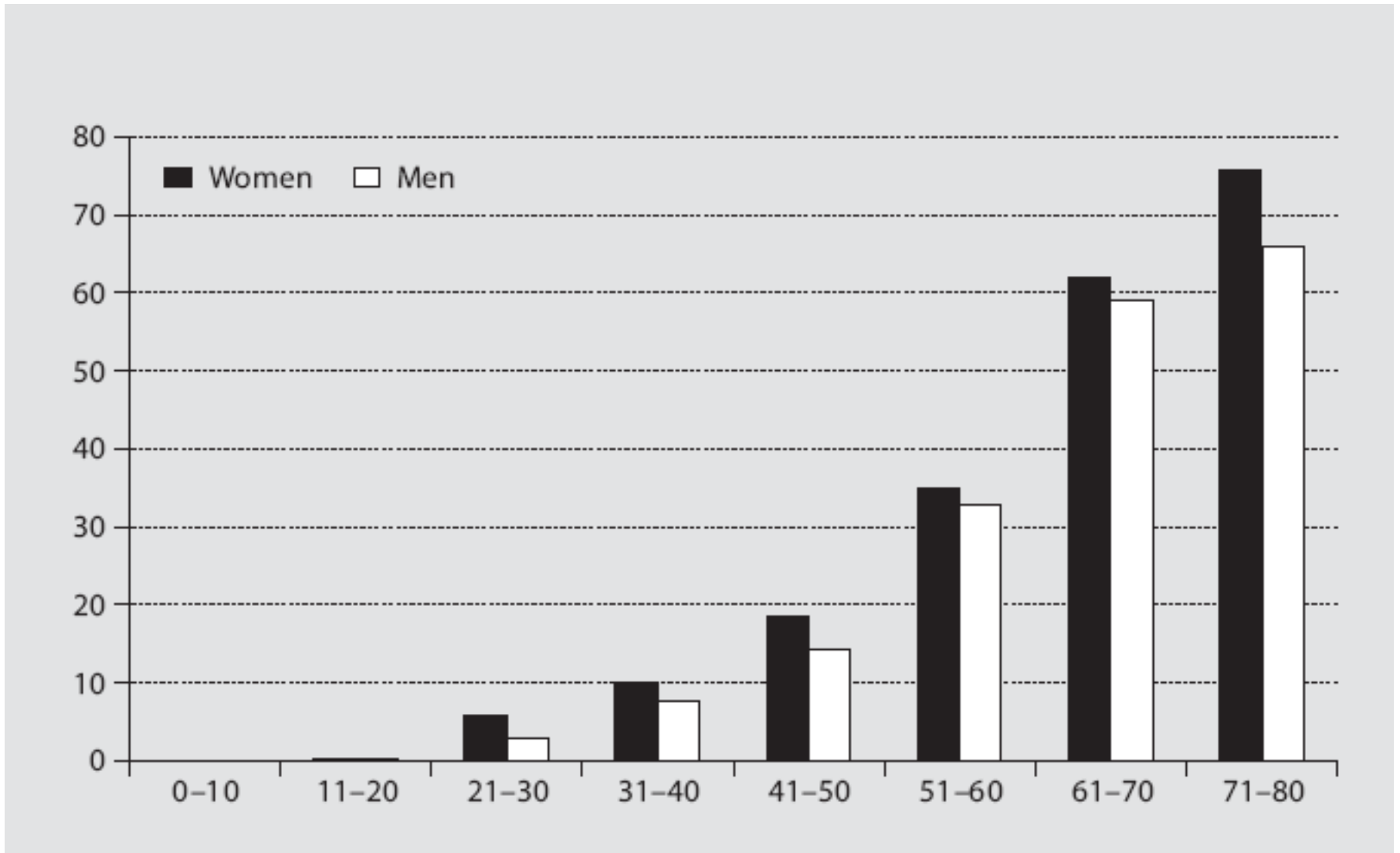
Diverticulosis Colónica

- Alta prevalencia, 65% en mayores de 65 años
- 80–85% permanecen asintomáticos
- 15–20% desarrollan enfermedad sintomática
- Diverticulitis es la complicación clínica más frecuente: 10 – 25%.
- Mayoría de los pacientes responden al tratamiento médico conservador
- 15–30% requieren cirugía

Diverticular Disease in the Elderly Dig Dis 2007;25:151–159

Hendrickson, M. Emerg Med Clin N Am. 2003.(21):937-969

Antibiotic Therapy for Geriatric Patients THOMAS T. YOSHIKAWA Published in 2006 by Taylor & Francis Group

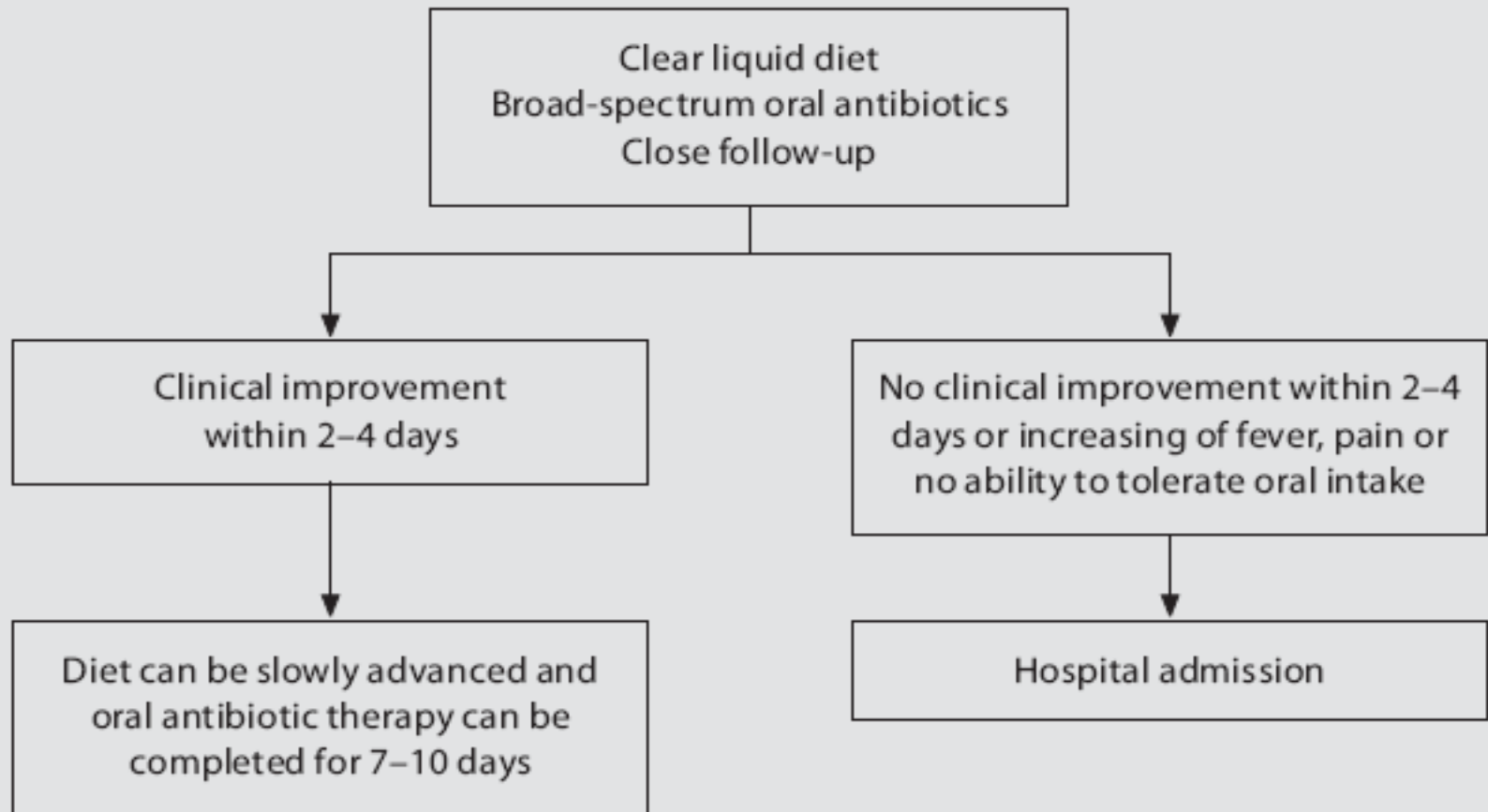


Diverticular Disease in the Elderly Dig Dis 2007;25:151-159

Flujograma de manejo

Outpatients

- No severe symptoms
- Ability to tolerate oral intake
- Adequate outpatient support
- No significant comorbidity



a

Flujograma de manejo

Inpatients

- Severe symptoms
- No ability to tolerate oral intake
- No adequate outpatient support
- Important comorbidity

Intravenous liquid
Intravenous antibiotics
Monitoring electrolytic balance

Clinical improvement
within 2–4 days

Diet can be slowly advanced and
oral antibiotic therapy can be
completed for 7–10 days

No clinical improvement
within 2–4 days

Surgical visit differential diagnosis
and complications should
be excluded

b

Salzman H, Lillie D: Diverticular disease: diagnosis and treatment. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1229–1234.
Stollman N, Raskin JB: Diverticular disease of the colon. *Lancet* 2004; 363: 631–639.
Diverticular Disease in the Elderly *Dig Dis* 2007;25:151–159

Colecistitis Aguda

- Aumenta la prevalencia de la litiasis biliar con la edad:
 - <40 8%
 - 70 años 50%
- Causa quirúrgica mas frecuente de dolor abdominal agudo
- Constituye el 30 % de las cirugías de abdomen en el AM
- Incidencia de colecistitis aguda en ancianos 12-23%, mayor a adulto mas joven
- Mayor morbi-mortalidad:
 - colecistitis no complicadas 80%
 - colecistitis gangrenosa 7%
 - Enfisema de la vesícula 6% colecistitis enfisematosa 0.5%
 - perforación biliar 3%
- Complicaciones sépticas aumentan con la edad
- Mortalidad aumenta con cirugía de emergencia: 4 a 12%

Colecistitis Aguda

- Presentación clínica
 - 56 % sin fiebre
 - 84% sin dolor en HD o epigastrio
 - 5% No dolor
 - Baja sensibilidad del signo de Murphy
 - Hiperbilirrubinemia frecuente 40 %

Tratamiento

En los AM la cirugía debe ser precoz dados los síntomas vagos, la comorbilidad y la mayor frecuencia de complicaciones

Systematic review of cholecystostomy as a treatment option in acute cholecystitis

Anders Winbladh, Per Gullstrand, Joar Svanvik & Per Sandström

Department of Surgery, Faculty of Clinical and Experimental Medicine, Linköping University Hospital, Linköping, Sweden

Abstract

Objectives: Percutaneous cholecystostomy (PC) is an established low-mortality treatment option for elderly and critically ill patients with acute cholecystitis. The primary aim of this review is to find out if there is any evidence in the literature to recommend PC rather than cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly population.

Methods: In April 2007, a systematic electronic database search was performed on the subject of PC and cholecystectomy in the elderly population. After exclusions, 53 studies remained, comprising 1918 patients. Three papers described randomized controlled trials (RCTs), but none compared the outcomes of PC and cholecystectomy. A total of 19 papers on mortality after cholecystectomy in patients aged >65 years were identified.

Results: Successful intervention was seen in 85.6% of patients with acute cholecystitis. A total of 40% of patients treated with PC were later cholecystectomized, with a mortality rate of 1.96%. Procedure mortality was 0.36%, but 30-day mortality rates were 15.4 % in patients treated with PC and 4.5% in those treated with acute cholecystectomy ($P < 0.001$).

Conclusions: There are no controlled studies evaluating the outcome of PC vs. cholecystectomy and the papers reviewed are of evidence grade C. It is not possible to make definitive recommendations regarding treatment by PC or cholecystectomy in elderly or critically ill patients with acute cholecystitis. Low mortality rates after cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis have been reported in recent years and therefore we believe it is time to launch an RCT to address this issue.

Colecistectomía laparoscópica en octogenarios

Introducción. *En el presente artículo analizamos los resultados y complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en pacientes octogenarios. El objetivo es establecer si la cirugía endoscópica, programada o urgente, es el tratamiento electivo de la colelitiasis en edades extremas.*

Materiales y métodos. *Realizamos un estudio retrospectivo sobre pacientes con edad igual o superior a 80 años, sometidos a una colecistectomía laparoscópica entre enero de 2002 y junio de 2008. Los principales parámetros analizados fueron: epidemiología, forma de presentación, valoración del estado general y del riesgo anestésico, tasa de conversión, morbilidad y estancia hospitalaria.*

Resultados. *En el periodo estudiado se intervinieron 75 pacientes, 46 mujeres (61%) y 29 hombres con una edad media de 84,1 años (máxima, 94). La cirugía fue programada en 48 casos (64%) y urgente en 27. La tasa de conversión a colecistectomía abierta fue de 9,3% y, la estancia hospitalaria media, de 3,8 días. Dos enfermos precisaron de una reintervención y se contabilizaron dos decesos.*

Conclusiones. *La colecistectomía laparoscópica es la técnica de elección para el tratamiento de la colelitiasis sintomática en octogenarios. La colecistitis aguda del anciano debe ser tratada mediante abordaje laparoscópico, salvo contraindicación, preferentemente antes de aparezcan complicaciones.*

Early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials.

CONCLUSIONES:

LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA TEMPRANA PERMITE UNA ESTANCIA HOSPITALARIA MENOR SIN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS EN LAS TASAS DE CONVERSIÓN O COMPLICACIONES

Table 1 Recommended Treatment of Community Acquired Intra-abdominal Infections (Infectious Diseases Society of America Guidelines)

Antimicrobial drug	Mild–moderate infections	High severity infections
<i>Single agent</i>		
β-Lactam/β-Lactamase inhibitor	Ticarcillin/clavulanic acid	Piperacillin/tazobactam
Carbapenems	Ertapenem	Imipenem/cilastatin, meropenem
<i>Combination regimens</i>		
Cephalosporin + metronidazole	Cefazolin or cefuroxime + metronidazole	Third-/fourth-generation cephalosporin (cefotaxime, ceftriaxone, ceftizoxime, ceftazidime, cefepime) + metronidazole
Fluoroquinolone + metronidazole	Ciprofloxacin, levofloxacin, moxifloxacin, or gatifloxacin, each in combination with metronidazole ^a	Ciprofloxacin + metronidazole
Monobactam		Aztreonam + metronidazole

Solomkin JS, Mazuski JE, Baron EJ, Sawyer RG, Nathens AB, DiPiro JT, Buchman T, Dellinger EP, Jernigan J, Gorbach S, Chow AW, Bartlett J. Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the selection of anti-infective agents for complicated intra-abdominal infections. Clin Infect Dis 2003; 37:997–1005.

Conclusiones

- Las infecciones intraabdominales conllevan una alta morbimortalidad
- Las manifestaciones clínicas sutiles pueden retrasar el diagnostico
- El tratamiento antibiótico y de soporte debe ser precoz
- Manejo interdisciplinario entre cirujanos y geriatras en la atención de estos pacientes
- La cirugía geriátrica sería una línea de trabajo a desarrollar