



## CARTA AL EDITOR

Medellín, Antioquia, 18 de septiembre de 2022

Doctora

**Mónica Bejarano**

Editora

Revista Colombiana de Cirugía

Bogotá, D.C., Colombia

Respetada doctora Bejarano:

Hemos estudiado con gran interés el manuscrito de Gómez-Meléndez et. al.<sup>1</sup> titulado “**Caracterización de la flora bacteriana en los pacientes con colelitiasis y colecistitis atendidos en un centro hospitalario de alta complejidad**” en el cual los autores tuvieron como objetivo caracterizar la población intervenida quirúrgicamente mediante colecistectomía, así como conocer la principal microbiota bacteriana presente en cultivos de líquido biliar y su resistencia microbiana, concluyendo que aunque existe una falta de consenso sobre el uso de la terapia antimicrobiana en pacientes con colecistitis aguda, las guías de manejo Tokio 2018 sugieren el uso profiláctico de antibiótico en pacientes que tengan riesgo moderado de severidad o alta probabilidad de presentar complicaciones.

Cueto-Ramos et. al.<sup>2</sup> mencionan que, a pesar de que las guías Tokio 2018 den recomendaciones respecto a los casos en que se requiere iniciar una terapia antimicrobiana según el grado de severidad (donde se excluye del manejo a los pacientes con un bajo riesgo), aún hay varios parámetros que consideran deberían contemplarse para poder determinar si está indicado o no el inicio de la antibioticoterapia y de ser así, poder precisar cuál es el antibiótico de elección en cada escenario según los perfiles de resistencia y frecuencia de

cultivos polimicrobianos. Así pues, consideran que es fundamental conocer el perfil microbiológico de la bilis según el grado de severidad para seleccionar de manera objetiva el régimen más adecuado y de igual forma, al ser la PCR un importante marcador de severidad e incluso de mortalidad, incluirlo como parte del abordaje del paciente con colecistitis con el fin de que pueda influir en las decisiones clínicas que se tomen a partir de la valoración de la severidad, pudiendo propiciar un manejo adecuado e integral que repercuta en las necesidades terapéuticas del paciente en el postoperatorio.

Las pautas más recientes recomiendan que los antibióticos deben administrarse solo hasta 24 horas después de la cirugía para colecistitis calculosa aguda leve y de 4 a 7 días para formas moderadas o graves. Se sugieren esquemas combinados de  $\beta$ -lactámicos/inhibidores de  $\beta$ -lactamasas como combinaciones eficaces para pacientes con colecistitis calculosa aguda leve y moderada. Sin embargo, la necesidad de tratamiento con antibióticos después de la cirugía sigue estando mal definida debido a la ausencia de evidencia de calidad. Es así como se ha demostrado que la ausencia de un tratamiento prolongado con antibióticos no está asociado a un mayor riesgo de complicaciones infecciosas y de morbilidad<sup>3</sup>.

La morbilidad global reportada en la literatura oscila entre el 15 % y el 30 % siendo la infección del sitio quirúrgico la complicación más frecuente. De Santibañés et. al., encontraron que el uso de antibióticos no redujo la incidencia de infecciones del sitio quirúrgico, dicha incidencia rondó el 5 % siendo esta superior a las reportadas en la literatura.

Dembinski et. al.<sup>4</sup> en su estudio, concluyeron que las directrices de Tokio relativas a los antibióticos postoperatorios después de colecistitis calculosa

**Palabras clave:** Cirugía, Colecistectomía, Profilaxis antibiótica, Colelitiasis, Cuidado posoperatorio

**Keywords:** Surgery, Cholecystectomy, Antibiotic Prophylaxis, Cholelithiasis, Postoperative Care

grave se aplican de forma deficiente en los centros de atención clínica. Hallaron que la tasa de prescripción de antibióticos en 17 centros hospitalarios fue del 64 % a pesar de las recientes recomendaciones de las guías Tokio, de ensayos clínicos aleatorizados y de metaanálisis.

La decisión de proporcionar antibióticos profilácticos a aquellos pacientes que ya comenzaron con antibióticos es muy variable y depende de las preferencias del cirujano y de la institución. Si bien la administración profiláctica podría disminuir las infecciones de sitio quirúrgico, se tienen efectos secundarios bastante importantes a considerar<sup>5</sup>.

A manera de conclusión, distintos estudios han demostrado que los antibióticos postoperatorios son innecesarios después de la colecistectomía para colecistitis calculosa aguda tipo 1 y 2. Se ha demostrado mediante ensayos clínicos aleatorizados doble ciego que las estancias hospitalarias no difieren en placebo postoperatorio y antibioterapia. A pesar de la actual evidencia existente, implementar las pautas y recomendaciones seguirá siendo un proceso desafiante y que estará ligado al estado clínico individual del paciente, los recursos hospitalarios disponibles y la postura reacia de los clínicos de modificar y adaptar su práctica habitual.

## Referencias

1. Gómez-Meléndez LJ, Acosta-Pérez CA, Támara-Prieto JA, Castellanos-Méndez JS, Márquez-Niño AI, Fernández-Ávila DG. Caracterización de la flora bacteriana en los pacientes con colelitiasis y colecistitis atendidos en un centro hospitalario de alta complejidad. *Rev Colomb Cir.* 2022;37:604-11. <https://doi.org/10.30944/20117582.2175>
2. Cueto-Ramos R, Hernández-Guedea M, Pérez-Rodríguez E, Reyna-Sepúlveda F, Muñoz-Maldonado G. Identificación de flora bacteriana en cultivos de bilis y pared de vesícula biliar de pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González». *Cirugía y cirujanos.* 2017;85:515-21 21. <https://doi.org/10.1016/j.circen.2016.10.009>
3. de Santibanes M, Glinka J, Alvarez F, Elizondo C, Giunta D, Ardiles V, et al. Extended antibiotic therapy versus placebo after laparoscopic cholecystectomy for mild and moderate acute calculous cholecystitis a randomized double-blind clinical trial. *HPB (Oxford).* 2018;20:S291. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpb.2018.06.274>
4. Dembinski J, Guérin O, Slim K, Navarro F, Paquet JC, Tuech JJ, et al. Are the recommendations for post-operative antibiotics in patients with grade I or II acute calculous cholecystitis being applied in clinical practice? *HPB (Oxford).* 2020;22:1051-6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpb.2019.10.2442>
5. Stokes SC, Theodorou CM, Brown EG. Additional prophylactic antibiotics do not decrease surgical site infection rates in pediatric patients with appendicitis and cholecystitis. *J Pediatr Surg.* 2021;56:1718-22. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.11.014>

**Jorge Andrés Castrillón-Lozano** 

Av. Colombia # 41-26, Medellín, Colombia.

Teléfono 311-4203979

jorge.castrillon@campusucc.edu.co

**Valeria López-Cardona** 

Av. Colombia # 41-26, Medellín, Colombia.

Teléfono 302-3563646

valeria.lopezc@campusucc.edu.co