

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Resultados de la colecistectomía videolaparoscópica en el adulto mayor*

Analysis of laparoscopic cholecystectomy in the elderly

Drs. S. MONTALVA N.¹, H. FLISFISCH F.¹, L. LEIVA P.¹, R. CERDA S.¹, F. HERNÁNDEZ F.¹, C. MATUS F.¹, M. RIOSECO V., P. TABILO C.², M. TOLENTINO A.², J. CANALES P.², R. CAPONA P.²

¹Departamento y Servicio de Cirugía Sur, Hospital Barros Luco Trudeau. Facultad de Medicina, Universidad de Chile. ²Alumnos Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile

RESUMEN

Se presenta la experiencia en el tratamiento quirúrgico de la patología vesicular litiásica, mediante videolaparoscopia, en una serie prospectiva de 119 pacientes de 60 o más años de edad, de ambos sexos, operados entre Marzo de 2003 y Marzo de 2004, en el Departamento y Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco Trudeau analizando la patología médica asociada, presente en el 70%, los hallazgos relevantes del estudio ecotomográfico preoperatorio (99,1%), las cifras de conversión a cirugía laparotómica (19%), la morbilidad (8,4%) y la mortalidad (0%).

PALABRAS CLAVE: *Colecistectomía videolaparoscópica, paciente geriátrico, cirugía en adulto mayor.*

SUMMARY

We report our surgical experience in videolaparoscopic cholecystectomy in 119 patients with 60 or more years old, operated between March 2003 and March 2004, at the Barros Luco's Surgical Department and Service. We analyzed the medical pathology (70% of patients); the relevant finding at the preoperative ultrasonic study (99,2% of patients); the conversion rate (19%) and postoperative results.

KEY WORDS: *Videolaparoscopic cholecystectomy, geriatric patients, surgery in the elderly patient.*

INTRODUCCIÓN

Resulta de interés el estudio de la colecistectomía videolaparoscopia en el paciente adulto mayor en nuestro medio quirúrgico, ya que se ha producido un incremento de la cirugía tanto laparotómica como laparoscópica en general, en pacientes de edad avanzada¹⁻³. Por otro lado, la

colecistolitiasis en Chile es una patología quirúrgica de muy alta incidencia, afectando también a la población de ambos sexos, en edades iguales o mayores de 60 años⁴⁻⁶. Todo lo anterior, explica que la colecistectomía videolaparoscópica en el paciente adulto mayor sea frecuente hoy en día⁸⁻¹⁰. De particular interés es el hecho que en este grupo etario se incluye pacientes de mayor riesgo anestésico

*Recibido el 3 de Abril de 2006 y aceptado para publicación el 30 de Julio de 2007.

Correspondencia: Dr. S. Montalva N.

Gran Avda 3100, Santiago, Chile
e mail: smontalva@med.uchile.cl

quirúrgico en función de la coexistencia habitual de patología médica de variada índole^{11,12}; además de condiciones anatómicas locales menos favorables debido a una más prolongada evolución de su patología biliar¹³⁻¹⁵.

El objetivo general de nuestro trabajo, es describir y evaluar los resultados del tratamiento quirúrgico de la patología biliar litiásica vesicular en este grupo de pacientes sometidos a colecistectomía videolaparoscópica.

Los objetivos específicos corresponden a:

1. Determinar la patología médica asociada y los hallazgos relevantes del estudio ecotomográfico preoperatorio.

2. Identificar las formas de presentación que fueron motivo de la indicación quirúrgica.

3. Establecer las cifras de conversión a cirugía laparotómica, y las cifras de morbilidad y mortalidad de la serie.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo realizado entre el mes de Marzo del año 2003 y el mes de Marzo del año 2004.

Se incluyó todos los pacientes de ambos sexos, portadores de colelitiasis sintomática, cuya edad fuera de 60 o más años.

La serie consideró un total de 119 pacientes; 81,5% mujeres y 18,5% hombres, con un promedio de edad de 67,8 años (rango de 60 a 81 años);

Tabla 1

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. PATOLOGÍA MÉDICA ASOCIADA

	n	%
HTA	65	54,6
Diabetes mellitus	18	15,1
Obesidad	10	8,4
Patología úlcero-péptica	3	2,5
Artritis reumatoidea	3	2,5
Hipotiroidismo	1	0,8
Enfermedad diverticular del colon	1	0,8
RGEP (Reflujo gastroesofágico patológico)	3	2,5
AVE antiguo	1	0,8
Artrosis	5	4,2
Gastritis crónica	2	1,6
Síndrome de Sjögren	1	0,8
TBC antigua	1	0,8
Cáncer cuello uterino	1	0,8
Epilepsia	1	0,8
Cáncer de colon	1	0,8
Cardiopatía coronaria	1	0,8
Psoriasis	1	0,8

operados en el Departamento y Servicio de Cirugía del Hospital Barros Luco-Trudeau. Esta casuística corresponde al 37,07% del total de 321 pacientes operados por este diagnóstico en el período estudiado.

El diagnóstico se hizo mediante el cuadro clínico, ecotomografía abdominal y exámenes de laboratorio.

El tratamiento quirúrgico realizado correspondió en todos los casos a colecistectomía videolaparoscópica con técnica francesa. Los registros se efectuaron en planilla electrónica ad-hoc, de acuerdo a protocolo previamente establecido y diseñado por los autores.

RESULTADOS

1. La patología médica concomitante se presentó en el 70% de los pacientes operados (83 pacientes).

Destacan la hipertensión arterial en el 54,6%; la Diabetes mellitus en el 15,1%; la obesidad en el 8,4% de los casos y la enfermedad úlcero-péptica en el 2,5% (Tabla 1).

2. El antecedente de cirugía previa se encontró en el 50,42% (60 pacientes), destacando la apendicectomía en el 14,2% y la operación cesárea en el 11,7% (Tabla 2).

3. En el estudio ecotomográfico biliar preoperatorio, practicado en el 99,16% de los pacientes (118 casos), los hallazgos relevantes fueron: engrosamiento de la pared vesicular (34,8%), ausencia parcial o total del lumen vesicular (30,5%), colédoco de diámetro > 6 mm. (10,2%) (Tabla 3).

Tabla 2

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugía previa	n	%
Apendicectomía	17	14,2
Cesárea	14	11,7
Histerectomía	8	6,7
Embarazo tubario	5	4,2
Herniorrafias	4	3,3
Mastectomía	3	2,5
Esterilización	1	0,8
Cataratas	1	0,8
Nefrectomía	1	0,8
Prolapso genital	1	0,8
Safenectomía	1	0,8
Prostatectomía	2	1,6
Cirugía cardíaca	2	1,6
Total	60	50,42

Tabla 3
COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. ESTUDIO ECOTOMOGRÁFICO ABDOMINAL BILIAR PRE-OPERATORIO. HALLAZGOS RELEVANTES

	<i>n</i>	%
Pared vesicular engrosada	41	34,8
Lumen vesicular parcial o totalmente ausente	36	30,5
Colédoco de diámetro > 6 mm	12	10,2

4. Se indicó ERCP preoperatoria por sospecha de coledocolitiasis en 4 pacientes (3,4%); resultando normal en 2 de ellos y demostrando la coledocolitiasis sospechada previamente en los otros dos (Tabla 4).

5. La indicación quirúrgica para la colecistectomía correspondió a colecistitis crónica litiásica en el 83,7%; colecistitis crónica reagudizada en el 10%; colecistitis aguda litiásica en el 2,5%; pólipo vesicular en el 1,7%; colecistitis aguda litiásica complicada en el 0,8% y coledocolitiasis en el 0,8% (Tabla 5).

6. La cifra de conversión a cirugía laparotómica correspondió a un 19,3% (23 pacientes). Las causas de conversión fueron dificultad técnica por encrucijada biliar difícil en 7 casos (5,9%); coledocolitiasis en 4 pacientes (3,4%); fístula biliodigestiva en 4 casos (3,4%); vesícula esclerotrónica en 6 casos (5,0%), con 2 de ellos sospechosos de neoplasia; sangrado incoercible del lecho hepático en 1 paciente (0,8%) y falla instrumental tecnológico en 1 caso (0,8%) (Tabla 6).

7. Hubo un 7,6% de complicaciones postoperatorias (9 pacientes), siete (7) complicaciones quirúrgicas que correspondieron a 4 pacientes con infección de herida operatoria, 1 paciente con filtración biliar alrededor de S.T., 1 paciente con absceso subfrénico y 1 paciente con obstrucción intestinal, y dos complicaciones médicas: 1 paciente con infección urinaria y un paciente con síndrome convulsivo postoperatorio.

Tabla 4
COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA RETRÓGADA PRE-OPERATORIA

	<i>n</i>	%
Sin ERCP preoperatoria	115	96,6
Con ERCP preoperatoria	4	3,4
Coledocolitiasis	2	1,7

Tabla 5
COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. DIAGNÓSTICO PREOPERATORIO E INDICACIÓN OPERATORIA

	<i>n</i>	%
Colecistitis crónica litiásica (7,7% vesículas esclerotrónicas)	100	83,7
Colecistitis crónica litiásica reagudizada	12	10,0
Colecistitis aguda litiásica	3	2,5
Pólipo vesicular	2	1,7
Colecistitis aguda litiásica complicada (empiema vesicular)	2	1,6
Total	119	100

No hubo complicaciones intraoperatorias y tampoco mortalidad en esta serie (Tablas 7 y 8).

DISCUSIÓN

Las nuevas publicaciones nacionales en este tema son escasas¹⁻⁴; y su importancia radica en apuntar a una población focal relevante ante el aumento de pacientes de edad mayor portadores de patología quirúrgica biliar, ya que la prevalencia de cálculos biliares se relaciona directamente con la edad. Así, a los 75 años, una de cada 3 personas puede tener cálculos en la vesícula⁵.

La colecistectomía videolaparoscópica ha permitido reducir las cifras de morbilidad y mortalidad de la patología biliar sintomática y complicada en el paciente adulto mayor, donde existe una mayor incidencia de enfermedades asociadas con predominio de las cardiovasculares y gastrointestinales⁶.

La presente serie quirúrgica, constituida por 119 pacientes adultos mayores de ambos sexos, con claro predominio del sexo femenino (81,5%),

Tabla 6
COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. CONVERSIÓN A CIRUGÍA LAPAROTÓMICA

<i>Causa de conversión</i>	<i>n</i>	%
Dificultad técnica ante encrucijada biliar difícil	7	5,9
Vesícula Escleroatrónica	6	5,0
Coledocolitiasis	4	3,4
Fístula Biliodigestiva	4	3,4
Sangrado incoercible lecho hepático	1	0,8
Falla tecnológico - instrumental	1	0,8
Total	23	19,3

Tabla 7

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

	n	%
No complicada	109	91,6
Complicadas	10	8,4

intervenidos todos de colecistectomía videolaparoscópica con técnica francesa, por causa de patología biliar litiásica, revela un 70% de patología médica asociada y muy buenos resultados postoperatorios, con una morbilidad global de 7,6% y 0% de mortalidad. Esta última cifra resulta destacable considerando el mayor riesgo anestésico quirúrgico propio de este segmento etario, y las altas cifras de complicaciones reportadas por la literatura bordeando el 18% (edema pulmonar, infarto agudo del miocardio, atelectasias, infección urinaria, AVE, etc.)^{7,8}. La cifra de 19% de conversión a cirugía laparotómica resulta mayor que la observada para la colecistectomía videolaparoscópica en la población general⁹⁻¹¹, pero muy acorde a las publicaciones internacionales en pacientes mayores de 70 años, donde corresponde al doble o más aún que las correspondientes a pacientes no geriátricos^{12,13}.

Un problema a considerar especialmente en la colecistectomía videolaparoscópica, es la presencia del carcinoma oculto de la vesícula biliar. Como siempre, el estudio histopatológico de la pieza operatoria es fundamental, tanto en forma diferida, como contemporáneo ante hallazgos macroscópicos sospechosos^{14,15}.

En nuestra casuística, se hizo estudio histopatológico diferido de las vesículas extirpadas en el 100% de los casos y se obtuvo el resultado de los mismos en el 80,7% (96 de 119 pacientes): colecistitis aguda necrohemorrágica en 1,04%; colecistitis crónica reagudizada en 16,6%; colecistitis crónica en 80,2% (incluye 3 adenomiosis, 1 pólipo hiperplástico, 16 colesterosis, 11 vesículas fibroescleroatróficas). Destaca además el hallazgo de 2 cánceres de vesícula biliar (2,08%), uno de ellos diagnosticado por biopsia hepática de lesión sospechosa de metástasis concomitante con la colecistectomía, sospecha que fue confirmada (paciente actualmente fallecida por Ca) y otro que correspondió a un adenocarcinoma tubular bien diferenciado (paciente viva hasta control a 1 año postoperatorio).

En nuestro grupo, la conversión a cirugía laparotómica está determinada por las condiciones

Tabla 8

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN EL PACIENTE ADULTO MAYOR. TIPO DE COMPLICACIONES

	n	%
Complicaciones quirúrgicas	7	5,88
– Infección herida operatoria (4)		
– Filtración biliar ST (1)		
– Absceso subfrénico (1)		
– Obstrucción Intestinal (1)		
Complicaciones médicas	2	1,68
– ITU (1)		
– Síndrome convulsivo (1)		
Total	9	7,56

anatomo-quirúrgicas más complejas propias y presentes en el enfermo añoso, debidas al mayor tiempo de evolución de la patología biliar litiásica. Es probable que con el aumento del número de casos, las cifras de conversión disminuyan.

CONCLUSIONES

1. La colecistectomía videolaparoscópica por colelitiasis en el paciente adulto mayor es frecuente, ya que corresponde al 37,1% de todas las colecistectomías realizadas durante el año estudiado en nuestro Departamento Servicio de Cirugía (321 pacientes).

2. La patología biliar litiásica sintomática en el paciente adulto mayor, se presenta en un contexto de patología médica concomitante frecuente e importante y asume formas de presentación anatómoquirúrgicas más complejas, que se traducen en cifras de conversión a cirugía laparotómica más altas que en la población general.

3. La colecistectomía videolaparoscópica en el paciente adulto mayor presenta bajas cifras de morbilidad, con ausencia de mortalidad y muy buena evolución postoperatoria, por lo que se propone como la técnica de elección para el tratamiento quirúrgico del paciente adulto mayor portador de colelitiasis sintomática.

REFERENCIAS

1. Montalva S, Flisfisch H, Caglevic C, Leiva L, Cerda R, Hernández F, y cols. Colecistectomía videolaparoscópica en el paciente geriátrico. Rev Chil Cir 2004; 56: 337-340.
2. Altamirano C, Catán F, Toledo G, Ormazábal J, Lagos C, Bonocic M, y cols. Cirugía abdominal de ur-

- gencia en el adulto mayor. *Rev Chil Cir* 2002; 54: 654-667.
- Burdiles P, Csendes A, Díaz JC, Maluenda F, Avila S, Jorquera P, y cols. Factor affecting mortality in patients over 70 years of age submitted to surgery for Gallbladder or common bile duct stones. *Hepato-gastroenterology* 1989; 36: 136-139.
 - Flisfisch H. Libro "Series Clínicas". *Medicina Interna en Geriátria. Cap. 15. Senilidad y Cirugía* 1989; 8: 157-164.
 - Rodríguez V, Montero S, Rivas I. Colecistectomía laparoscópica en el paciente geriátrico. Estudio comparativo. *Rev Cubana Med Milit* 1999; 28: 108-113.
 - Hazzan D, Geron N, Golijanin D, Reissman P, Shiloni E. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarians. *Surg Endosc* 2003; 17: 773-776.
 - Waltz G, Schippers E, Grablowitz V, Lawong AG, Tittel A, Schumpelick V. Is laparoscopic cholecystectomy a mature operative technique? *Surg Endosc* 2002; 16: 820-827.
 - Brunt LM, Amasebarth MA, Dunnegan DL, Soper NJ. Outcome analysis of laparoscopic cholecystectomy in the extremely elderly. *Surg Endosc* 2001; 15: 700-705.
 - Capizzi FD, Fogli L, Bruletti M, Boschi S, Domenico M, Pope V, *et al.* Conversion rate in laparoscopic cholecystectomy: Evolution from 1993 and current state. *J. Laparoendosc Adv Surg Tech* 2003; 13: 89-91.
 - Magnuson TH, Ratner LE, Zemilman ME, Bender JS. Laparoscopic cholecystectomy: Applicability in the geriatric population. *Ann Surg* 1997; 63: 91-99.
 - Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH, Strodel WE, Sirinek KR. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients: gold standard for golden years? *Arch Surg* 2003; 138: 531-535.
 - Von Assen S, Nagengast FM, Von Goor H, Cools BM. The treatment of Gallstone disease in the elderly. *Ned Tijdsche Geneesk* 2003; 25: 146-150.
 - Pessaux P, Tuech JJ, Derouet N, Rouge C, Regent N, Arnaud JP. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. *Surg Endosc* 2000; 14: 1067-9.
 - Glasinovic JC, González C, Mege RM, Marinovic I, Valdivia MT, Alvarado A, y cols. Enfermedad biliar litiasica sintomática. *Rev. Med Chil* 1991; 119: 1361-1366.
 - Tagle FM, Lavergne J, Barkin JS, Unger SW. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. *Surg Endosc* 1997; 11: 636-638.