

Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", Servicio de Cirugía General, Ciudad de La Habana

COLECISTECTOMÍA VIDEOLAPAROSCÓPICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

Dr. José M. Díaz Calderín,¹ Dr. Edelberto Fuentes Valdés,² Dr. Pedro Vilorio Haza,³ Dr. Ricardo Silvera García⁴ y Dr. Domingo Pérez González⁴

RESUMEN

El objetivo del estudio es conocer los resultados inmediatos obtenidos con la colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 70 años. En el período establecido se intervinieron a 3 900 pacientes, 329 de los cuales (8,4 %) tenían más de 70 años. El 71,9 % perteneció al sexo femenino. Doscientos setenta y seis pacientes (83,9 %) tenían entre 70 y 79 años, 50 (15,2 %) pertenecían al grupo de 80 a 89 años y por último 3 habían vivido 90 o más años. El 76 % sufría alguna enfermedad asociada con predominio de las cardiovasculares. Ocurrieron 58 accidentes quirúrgicos (17,7 %), 2 fueron por lesiones de la vía biliar principal (0,6 %). Los restantes se debieron a apertura de la vesícula biliar con caída de cálculos en cavidad (12 casos) o sin ella (44). Hubo 12 conversiones (3,5 %). Las principales causas se debieron a procesos inflamatorios y fístula duodenal en 4 y 2 enfermos respectivamente. Once pacientes (3,3 %) tuvieron alguna complicación y se consideraron graves 5: 2 lesiones de la vía biliar principal, 1 peritonitis generalizada, 1 hematoma subfrénico, 1 colección biliar subhepática. Dos de éstas se trataron mediante videolaparoscopia. Hubo un fallecido (0,3 %): una anciana de 90 años que sufrió una lesión de la vía biliar principal que no se diagnosticó al momento de la operación. Se consideró que la cirugía mínimamente invasiva constituye una opción segura para ancianos con litiasis vesicular, incluso en pacientes de alto riesgo por enfermedades asociadas.

DeCS: COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA/métodos; VESICULA BILIAR/cirugía; ANCIANO.

La colecistectomía representa el 27,6 % de las operaciones de cirugía general en nuestro servicio. Constituye el tratamiento

de preferencia para la litiasis vesicular, frente a los métodos no quirúrgicos: terapia de dilución, de contacto, litotricia

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Jefe de Servicio. Instructor.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor.

extracorpórea, entre otras, que sólo logran resultados satisfactorios del 26 al 61 % y con tasas de recidiva a los 10 años de 66 %.¹

Sin embargo, el dolor y las molestias ocasionadas por las heridas, así como la demora en la total recuperación del paciente a quien se le realizó la cirugía abierta han motivado el interés por mejorar los resultados posoperatorios, en la búsqueda entre otros objetivos, de mayor tolerancia y bienestar para los pacientes operados. Esto desempeña un papel fundamental cuando nos referimos a pacientes de la tercera edad, por ser más vulnerables a las complicaciones y molestias posoperatorias.

Surge así en 1985² en Boblingen, Alemania, la colecistectomía videolaparoscópica (CVL), como alternativa quirúrgica al proceder convencional. Sus evidentes ventajas para el paciente y la sociedad han motivado en los cirujanos el interés creciente e incluso explosivo en desarrollar la técnica. Entre ellos tenemos la producción de menor trauma operatorio, y la reducción de la estadía hospitalaria, del dolor posoperatorio y del tiempo de convalecencia,³ sin olvidar que resulta más barato para la institución.

Por otro lado, el número de ancianos continúa aumentando. Asimismo es un hecho real que el proceso de envejecimiento tiene influencia adversa sobre los diferentes órganos y sistemas, con el consiguiente deterioro de los mecanismos fisiológicos, motivo por el cual estos pacientes muestran menor capacidad de reacción ante el estrés en general y quirúrgico en particular.

Las razones antes expuestas nos han motivado a evaluar el impacto de la CVL en los resultados inmediatos de pacientes mayores de 70 años con litiasis vesicular.

MÉTODOS

Se realizó el estudio prospectivo de 329 pacientes mayores de 70 años de edad

diagnosticados como que padecían de litiasis vesicular y a quienes se les practicó una CVL en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras" entre 1992 y 1999.

Las variables que se analizaron comprendieron el sexo, la edad que se dividió en 3 grupos; 70 a 79, 80 a 89 y 90 ó más años. Las enfermedades asociadas fueron las dolencias crónicas que mostraron nuestros pacientes, no relacionadas con la enfermedad de base.

Se consideraron conversiones a las operaciones que por diversas causas no fue posible completar por el acceso mínimo, y se requirió de una colecistectomía abierta. Los accidentes quirúrgicos correspondieron a lesiones producidas durante la intervención, ajenas a su evolución normal.

Complicaciones posoperatorias (hasta 30 días de la operación); se clasificaron como graves las que ponían en peligro la vida del enfermo y leves las que no tenían tal comportamiento. Se consideraron complicaciones las lesiones de la vía biliar, puesto que uno de nuestros pacientes falleció por los trastornos derivados de la apertura accidental del colédoco.

Como estimadores estadísticos se utilizaron porcentajes y medias.

RESULTADOS

En el período se realizaron 3 900 CVL, 329 de las cuales (8,4 %) tenían más de 70 años. La distribución por sexos se presentó 3,5/1 a favor del femenino. Doscientos setenta y seis pacientes (83,9 %) tenían entre 70 y 79 años, 50 (15,2 %) pertenecían al grupo entre 80 y 89 y por último 3 enfermas habían vivido 90 ó más años. El promedio total de edad fue 74,9 años (tabla).

El 76 % tenía algún tipo de enfermedad asociada. Las más frecuentes fueron la

TABLA. Distribución de los pacientes según sexo y grupos de edad.

Sexo	Grupo de edad			Total
	70-79	80-89	90 y más	
Femenino	210	40	3	253
Masculino	66	10	-	76
Total	276	50	3	329

hipertensión arterial en 157 pacientes (47,7 %) y la cardiopatía isquémica en 69 (21,0 %). Otras afecciones concomitantes fueron diabetes mellitus, lesiones digestivas como úlcera péptica, gastroduodenitis, hepatopatías y hernia hiatal. Entre las respiratorias aparecían asma bronquial, enfisema pulmonar y otras. Se clasifican como otras un grupo de entidades como sepsis urinaria y/o litiasis renal, lesiones articulares y dermatológicas, linfangitis crónica y afecciones mamarias malignas.

Ocurrieron 58 accidentes quirúrgicos (17,7 %), y correspondieron 46 a apertura de vesícula, que en 12 casos se asoció a la caída de cálculos en la cavidad peritoneal, causa de conversión en un enfermo. También se produjo lesión de la vía biliar en 2 pacientes (0,6 %).

En 12 pacientes (3,7 %) fue necesario convertir el proceder a una técnica abierta. Las causas principales fueron por proceso inflamatorio y fistula colecistoduodenal en 4 y 2 pacientes respectivamente. Completan el número total litiasis coledociana, caída de cálculos en cavidad, fistula colecistocolónica e hígado metastásico en un paciente cada una.

Se presentaron complicaciones en 11 pacientes (3,3 %), y se consideraron graves 5 de ellas, dos lesiones de la vía biliar, una peritonitis generalizada, un hematoma subfrénico y una colección biliar subhepática. Dos fueron tratadas mediante videolaparoscopia. Ocho (2,9 %) pertene-

cían al grupo de menor edad, 2 (4 %) al de 80 a 89 años y una (33 %) a los mayores de 90. Esta última se trató de una lesión de vía biliar.

Hubo un fallecido (0,3 %). Una anciana de 90 años que sufrió lesión de la vía biliar que no fue diagnosticada al momento de la colecistectomía.

El promedio de estadía fue 1,1 días y el tiempo quirúrgico de 39,5 min.

DISCUSIÓN

Tras un período de restricción en las indicaciones para la CVL, por la inexperiencia del grupo, hemos incluido a pacientes de mayor riesgo, lo que coincide con los resultados de *Perissat* y otros⁴ quienes señalan que la realizan en el 90 % de los casos de litiasis vesicular. En la actualidad nosotros la efectuamos en más del 96 % de los pacientes. Entre ellos se cuentan los enfermos con laparotomía anterior, considerada como contraindicación relativa.⁵

En general el porcentaje según el sexo es superior al 80 % para el femenino en la mayoría de los autores revisados.³ En nuestros casos este porcentaje fue inferior, con el 71,8 % para las mujeres y el 28,2 % para los hombres.

Diversos autores plantean que el riesgo de una operación mayor en ancianos se relaciona más con las enfermedades asociadas que con la edad.⁶ Se puede afirmar asimismo, que las enfermedades asociadas aumentan con la edad.^{7,8} Incluso el anciano tiene más posibilidad de sufrir complicaciones de la litiasis vesicular, como es el caso de la colecistitis aguda, pancreatitis biliar y litiasis coledociana.⁹

El 76 % de nuestros enfermos tenía algún tipo de enfermedad asociada. *Vaz* y *Seymour*⁶ estudiaron 283 pacientes entre 65 y 97 años de edad, que sufrieron operacio-

nes de cirugía general. Solamente 28 % no tomaba medicamentos y el 30 % tenía 3 o más enfermedades asociadas.

Las enfermedades asociadas del aparato digestivo, presentes en 37 pacientes, no agravaron el pronóstico posoperatorio en este grupo. Sin embargo, constituyen un importante factor que se tendrá en cuenta para evaluar en el futuro la efectividad de la operación, en relación con los síntomas previos, por cuanto ellas podrían ser responsables de su mantenimiento en el posoperatorio.

En 58 pacientes (17,7 %) se produjo un accidente quirúrgico, en 56 ocurrió la apertura de la vesícula biliar y en 12 de ellos cayeron cálculos en la cavidad abdominal, que en un enfermo se tomó como indicación de conversión. Este último caso fue operado al principio de nuestro entrenamiento. No hemos hallado referencias bibliográficas que citen la apertura de vesícula como un accidente quirúrgico. Los 2 accidentes restantes fueron por lesiones de la vía biliar principal.

En este sentido se plantea que la videolaparoscopia ha duplicado el número de accidentes quirúrgicos durante colecistectomías.¹⁰ Se señalan cifras de 0 a 0,8 %, ¹¹ rango dentro del que se encuentra el 0,6 % en el presente estudio.

El índice de conversión en nuestros pacientes fue 3,7 %, lo que se compara favorablemente con los resultados publicados en la literatura médica revisada. Pensamos que en la mayoría de los procesos inflamatorios la conversión pudo haberse evitado con una mejor evaluación preoperatoria. Pudiera influir en tales resultados el hecho de que nuestras operaciones por litiasis vesicular complicada son poco frecuentes.

En 15 enfermos en quienes se sospechó litiasis coledociana se indicó una CPRE con intención diagnóstica y terapéutica al extraer los cálculos en 5 pacientes.

La colecistectomía se realizó en las siguientes 72 horas en todos los casos.

Los índices de conversión van desde el 4,5 % hasta el 20 %.^{7,8,12-15} Según *Lo* y otros⁸ el porcentaje de conversiones es mayor en el anciano. Varios de los autores revisados coinciden en señalar que las conversiones aumentan en relación con el mayor número de enfermos operados por colecistitis aguda.^{7,15} *Wiebke* y otros¹⁴ en un análisis multivariado hallaron que los factores influyentes sobre la posibilidad de conversión fueron la edad incrementada, la colecistitis aguda y la cirugía abdominal previa. El sexo y el cirujano no se relacionaron con tal situación.

Lujan y otros¹² sugirieron que en el anciano está indicada la colecistectomía laparoscópica, porque los resultados son mejores que con el método abierto, por el menor índice de complicaciones. En igual sentido se han pronunciado diferentes autores.^{12,16,17}

Ido y otros¹⁸ no tuvieron complicaciones graves en 712 colecistectomías laparoscópicas. Entre las complicaciones leves se señalan abscesos y dehiscencia de la herida y sangramiento ligero en los sitios de punción.¹⁹

Otros autores^{16,19} han reportado complicaciones graves, entre las que tenemos: fuga de bilis y fístula biliar externa en el orden local y neumonía, atelectasia, taponamiento cardíaco y trombosis cerebral en el sistémico.

En general las cifras de morbilidad expresadas por los autores consultados son superiores a las nuestras, aunque en varios de ellos el tanto por ciento de complicaciones puede estar influido por tener un número importante de operaciones realizadas por litiasis vesicular complicada, contrariamente a nuestra casuística, donde los pacientes tratados por urgencia son pocos.

Un factor que consideramos redundante en beneficio del paciente anciano es la cor-

ta estadía hospitalaria alcanzada con la videolaparoscopia, que disminuye el riesgo de complicaciones, principalmente sépticas.

Para *Sounds*²⁰ la edad sobre los 70 años incrementa el riesgo de muerte en 10 veces, mientras que *Greenburg* y otros²¹ concluyeron que la mortalidad según la edad es independiente del proceder quirúrgico. En nuestro caso hubo un solo fallecido (0,3 %). Pensamos que de haberse diagnosticado la lesión durante la operación el resultado final pudo haber sido otro, pues el diagnóstico tardío determinó la aparición de complicaciones sépticas graves, evitables con la reparación de la lesión y que en definitiva llevaron al fallecimiento de la paciente.

Los índices de mortalidad recogidos en la literatura médica van desde 0,0 % en los pacientes de *Barrat* y otros,¹³ 0,1 % en los

de *Perissat*⁴ hasta 6,2 % publicado por *Ballesta López* y otros.¹⁶ En opinión de *Ho* y otros²² la colecistectomía electiva tiene menor mortalidad, morbilidad, índice de conversión y estadía hospitalaria que la operación urgente. *Maxwell* y otros²³ concluyeron que la colecistectomía laparoscópica es segura en octogenarios, por lo que estaría justificada la operación temprana y no esperar a la aparición de complicaciones como colecistitis aguda, pancreatitis biliar o litiasis coledociana.

Nuestro criterio coincide con los autores antes citados. Consideramos que la edad *per se* no debe constituir contraindicación a la cirugía, siempre que los órganos y sistemas esenciales, corazón, pulmón, riñón y cerebro se encuentren fisiológicamente indemnes y capaces de reaccionar al estrés impuesto por la cirugía y la anestesia.

SUMMARY

The aim of this study was to know the immediate results obtained with laparoscopic cholecystectomy in patients over 70. 3 900 patients, of whom 329 (8.4 %) were over 70, were operated on during the established period. 71.9 % were females. 276 patients (83.9 %) were between 70 and 79 years old. 50 (15.2 %) were included in the group aged 80-89 and 3 had lived 90 or more years. 76 % suffered from some associated disease with predominance of the cardiovascular diseases. 58 surgical accidents (17.7 %) occurred, 2 were due to injuries of the main bile duct (0.6 %). The rest were caused by opening of the gall bladder with falling of calculus in the cavity (12 cases) or without it (44). There were 12 conversions (3.5 %). The main causes were inflammatory processes and duodenal fistula in 4 and 2 patients, respectively. 11 patients (3.3 %) had some complication and 5 were considered as severe: 2 injuries of the main bile duct, 1 generalized peritonitis, 1 subphrenic hematoma and 1 subhepatic biliary collection. 2 of them were treated by videolaparoscopy. The case of a ninety-year-old woman who suffered from an injury of the main bile duct that was not diagnosed at the time of the operation was the only death reported (0.3 %). It was considered that minimally invasive surgery is a safe option for the elderly with vesicular lithiasis, even in patients at high risk for associated diseases.

Subject headings: CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC/methods; GALLBLADDER/surgery; AGED.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Traverso LW. Clinical manifestations and impact of gallstone disease. *Am J Surg* 1993;165(4):405-9.
2. Muhe E. Die erste cholecystektomie durch das laparoskop. *Langenbecks. Arch Klin Chir* 1985; 360:804-7.
3. Fahel E, Amaral PC, Azaro Pilho EM, Souza EL, Fortes MF, Alcantara FS, et al. Videolaparocholecystectomy: casuistic of 1000 cases. *J Soc Laparosc Surg* 1998;2(2):141-5.
4. Perissat J, Collet C, Belliard R, Desblantez T, Mogre E. Laparoscopic cholecystectomy. The state of art. A report on 700 consecutive cases. *World J Surg* 1992;16(6):1074-9.

5. Wongworawat MD, Aitken DR, Robles AF, Garberoglio C. The impact on prior intra-abdominal surgery on laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 1994;60(10):763-6.
6. Vaz FG, Seymour DG. A prospective study of elderly general surgery patients: pre-operative medical problems. *Age Ageing* 1989;18:309-16.
7. Behrman SW, Melvin WS, Babb ME Johnson J, Allison EC. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. *Am Surg* 1996;62(5):386-90.
8. Lo CM, Lai EC, Fan ST, Liu CL, Wong J. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly. *World J Surg* 1996;20(8):983-6.
9. Magnuson TH, Ratke LE, Zenilman ME, Bender JS. Laparoscopic cholecystectomy: applicability in the geriatric population. *Am Surg* 1997;63(1):91-6.
10. Rossi RL, Schirmer WJ, Braasch JW, Sanders LB, Monson JL. Laparoscopic bile duct injuries: risk factors, recognition and repair. *Arch Surg* 1992;127:596-602.
11. García JC. Iatrogenia biliar [editorial]. *Rev Guatem Cir* 1995;4(1):27.
12. Lujan JA, Sánchez-Bueno F, Parrilla P, Robles R, Torralba JA, González-Costa R. Laparoscopic vs open cholecystectomy in patients aged 65 and older. *Surg Laparosc Endos* 1998;8(3):208-10.
13. Barrat C, Turner R, Rizk N, Vinurel M, Champault G. Is there an age limit for laparoscopic cholecystectomy?. Apropos of 61 patients over 85 years of age. *J Chir (Paris)* 1996;133(9-10):414-7.
14. Wiebke EA, Pruitt AL, Howard TJ, Jacobson LE, Broadie TA, Goulet RJ Jr, et al. Conversion of laparoscopic to open cholecystectomy. An analysis of risk factors. *Surg Endosc* 1996;10(7):742-5.
15. Firilas A, Duke BE, Max MH. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. *Surg Endosc* 1996;10(1):33-5.
16. Ballesta López C, Vila XB, Mato R, Giménez A, Ruggiero R. Laparoscopic surgery over 75 years of age. *Minerva Chir* 1996;51(12):1011-5.
17. Beltramo R, Benussi G, Cazzaniga M, Fraquelli M. Cholecystectomy with laparoscopy and laparotomy, analysis of the complications. *Minerva Chir* 1995;50(7-8):627-31.
18. Ido K, Suzuki T, Kimura K, Taniguchi Y, Kawamoto C, Osoda N, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly: analysis of preoperative risks factors and postoperative complications. *J Gastroenterol Hepatol* 1995;10(5):517-22.
19. Passone-Szerzyna N, Navez B, Cambier E, Baert G, Richir C, Guiot P. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly patient. *Ann Chir* 1995;49(4):291-5.
20. Sounds MT. Cardiac patient's fitness for surgery. *Diagnosis* 1996;1:95-102.
21. Greenburg AG, Saik RP, Farris J, Peskin GW. Operative mortality in general surgery. *Am J Surg* 1985;144(1):22-9.
22. Ho HS, Mathiesen KA, Wolfe VM. The impact of laparoscopic cholecystectomy on the treatment of symptomatic cholelithiasis. *Surg Endosc* 1996;10(7):746-50.
23. Maxwell JW, Tyler BA, Maxwell BG, Brinker CC, Covington DL. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarians. *Am Surg* 1998;64(9):826-31.

Recibido: 13 de octubre del 2000. Aprobado: 23 de noviembre del 2000.

Dr. *José M. Díaz Calderín*. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras", San Lázaro esquina a Belascoaín, municipio Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.