

Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto"

Cirugía laparoscópica en el paciente de la tercera edad

My. Margarita L. Reyes Martínez,¹ My. Rafael García Lebón,¹ My. Vivian Rodríguez Tápanes,¹ My. Sigifredo Montero Ferrer,² Tte. Cor. Eloy Frías Méndez³ y My. Constantino L. Noda Sardiñas²

RESUMEN

Se aplicó una sistemática de estudio a los pacientes mayores de 60 años de edad operados de forma electiva por cirugía de mínimo acceso en el período comprendido entre junio de 2003 a mayo de 2004 en el Departamento de Cirugía Laparoscópica del Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto", con el propósito de determinar las características clínicoquirúrgicas de estos pacientes. Se estudiaron 103 pacientes con edades entre 60 y 70 años; el 71,8 % de ellos correspondió a mujeres de la raza blanca. Entre las enfermedades asociadas más frecuentes estuvo la hipertensión arterial (56 pacientes; 53,3 %), el asma y las cardiopatías (19 pacientes; 18,4 % respectivamente). La mayoría de los enfermos (75 pacientes; 72,8 %) presentó un cuadro clínico caracterizado por dolor y trastornos dispépticos. El tiempo de evolución de los síntomas fue de varios años en 81 pacientes (78,6 %). El examen de ultrasonido resultó el medio diagnóstico más eficaz, pues demostró la litiasis vesicular en 101 pacientes (98 %). Se encontró un plastrón vesicular en 6 pacientes y en 10 colecistitis subaguda. El tiempo quirúrgico fue menor de 30 min, no aparecieron complicaciones posoperatorias y la estadía fue de 24 h promedio. Quedó demostrado que los pacientes de edad avanzada pueden disfrutar de los beneficios de la cirugía de mínimo acceso.

Palabras clave: Cirugía laparoscópica, geriatría.

En 1985 un cirujano alemán, *Erich Muhe* realizó la primera colecistectomía laparoscópica en una mujer de 41 años de edad.^{1,2} Esta primera intervención quirúrgica inició una nueva era en la historia de la cirugía.¹⁻³ Desde entonces ha habido una auténtica revolución, y la rapidez con que se desarrolla esta técnica no tiene precedentes. Esto trajo consigo un enorme desarrollo tecnológico de las empresas, lo que ha hecho que en el plazo de 10 años se hayan revolucionado los "Gold Standar" en muchas intervenciones, como es el caso de la colecistectomía. Los cirujanos adquieren cada vez mayor destreza y se comenzaron a realizar otras intervenciones desde el esófago al recto y desde el retroperitoneo a la pared abdominal anterior, lo que demuestra los múltiples beneficios de esta nueva técnica.³⁻⁵

En cualquier estudio comparativo entre cirugía laparoscópica y cirugía convencional, se demuestra que mediante el abordaje laparoscópico existe una reducción del dolor postoperatorio, un reinicio temprano del peristaltismo, una menor estadía hospitalaria y una incorporación más rápida a la actividad habitual del paciente. Hay disminución marcada de la morbilidad y la mortalidad posoperatoria y una reducción del costo, porque a pesar de lo sofisticado del equipamiento y del instrumental necesario, el corto tiempo de hospitalización y los pocos recursos (material de cura, antibióticos, trocares, etc.) empleados en estos pacientes compensan altamente el gasto.⁴⁻⁶ Hasta hace unos años el paciente geriátrico era considerado un enfermo con alto riesgo y la cirugía era

sólo utilizada cuando otros procedimientos terapéuticos estaban agotados. En los últimos años, la expectativa de vida aumenta cada día al igual que el índice de intervenciones quirúrgicas y los cirujanos están más dedicados a operar estos pacientes.⁷⁻¹⁰

El propio envejecimiento ha condicionado la aparición de múltiples enfermedades entre las que se encuentra la litiasis vesicular, por lo que estos pacientes se convierten frecuentemente en tributarios de la cirugía de mínimo acceso (CMA). Otras enfermedades como la hipertensión arterial, cardiopatías entre otras, deben ser detectadas y controladas para reducir al mínimo el riesgo quirúrgico.^{8,9}

El presente trabajo tiene el propósito de determinar las características clínico-quirúrgicas de los pacientes de la tercera edad intervenidos por CMA en el Instituto Superior de Medicina Militar (ISMM) "Dr. Luis Díaz Soto" en el período comprendido desde junio de 2003 hasta mayo de 2004.

Se realizó un estudio en pacientes mayores de 60 años de edad con el diagnóstico de colecistopatías litiásicas y alitiásicas intervenidos quirúrgicamente en el servicio de CMA del ISMM "Dr. Luis Díaz Soto" en el período comprendido entre junio 2003 y mayo 2004.

MÉTODOS

Se les realizó estudios clínico-humorales e imagenológicos, se identificaron los factores de riesgo y se tomaron las medidas necesarias para su corrección preoperatoria. Los pacientes se prepararon de forma ambulatoria. Se les aplicó un protocolo de investigación que contempló todos los parámetros estudiados preoperatorio, transoperatorio y posoperatorios.

Los pacientes recibieron anestesia general orotraqueal bajo control con cagnógrafo oxímetro digital y ventilación asistida. Se les realizó neumoperitoneo con CO₂ a presiones entre 12-15 mmHg. La técnica quirúrgica empleada fue la estándar (norteamericana), con instrumental y equipos convencionales. Se controló el tiempo quirúrgico empleado desde la insuflación del neumoperitoneo hasta los puntos de piel. Se contemplaron las complicaciones transoperatorias y posoperatorias.

Se extrajeron los datos del protocolo y se aplicaron estudio de frecuencia y porcentaje.

RESULTADOS

Fueron intervenidos quirúrgicamente 103 pacientes entre 60 y 80 años de edad y se encontró prevalencia en los pacientes de 60 y 70 años, con predominio del sexo femenino (69,9 %) de la raza blanca (86,4 %).

En cuanto a enfermedades asociadas, la hipertensión arterial (HTA) fue la más frecuente en este estudio (56 pacientes; 54,6 %), seguida de las cardiopatías y el asma bronquial (19 pacientes; 18,4 % respectivamente).

En la serie, 33 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente con anterioridad en hemiabdomen inferior, lo que no impidió la realización de la técnica quirúrgica planificada. En los casos en que preocupó el sitio para la realización del

neumoperatorio, este se realizó en hipocondrio derecho sin presentarse complicaciones. Se realizó una laparoscopia abierta en un paciente en el que la incisión sobrepasaba el ombligo, sin ninguna dificultad.

En 75 pacientes el cuadro clínico fue típico, el síntoma más frecuente fue el dolor en hipocondrio derecho, lo que obligó, en la mayoría de los casos, a consultar al cirujano. En orden de frecuencia aparecieron: trastornos dispépticos, aerogastría, aerocolia y diarreas.

La mayoría de los pacientes (81 pacientes; 78,6 %) tenía una evolución de varios años y solo 22 pacientes presentaron pocos meses de evolución.

En 103 pacientes el ultrasonido constituyó el medio diagnóstico de elección. Se diagnosticó la litiasis vesicular en 101 pacientes (98,05 %), un pólipo vesicular y una colecistopatía alitiásica (0,9 % respectivamente).

La técnica quirúrgica realizada en 103 pacientes fue la colecistectomía laparoscópica. En 2 pacientes que presentaron plastrón vesicular no se pudo realizar esta técnica en un primer intento y se efectuó en un segundo acceso a la cavidad por la misma vía laparoscópica después de 6 meses de evolución. A 3 pacientes de los realizo una herniorrafia por hernia umbilical concomitante.

Entre las complicaciones propias de la enfermedad se encontró en 10 pacientes una colecistitis subaguda (9,70 %), en 9 pacientes adherencias múltiples (8,73 %), un plastrón vesicular en 6 pacientes, que no fue resuelto inicialmente en 2 pacientes como se explicó anteriormente, y en 5 pacientes se presentó un hidrocolecisto (4,85 %).

El tiempo quirúrgico fue inferior a los 30 min en 60 pacientes (58,25 %), entre 30 min y 1 h en 40 pacientes (38,83 %) y más de 1 h en 3 pacientes (2,9 %), uno de ellos con un plastrón de difícil acceso y otros dos con una colecistitis aguda, en quienes la técnica quirúrgica fue muy difícil de realizar.

La estadía promedio fue de 24 h y solo un paciente se mantuvo 48 h en observación pues presentó un conducto cístico ancho y una técnica quirúrgica difícil, pero fue dado de alta sin complicaciones. En esta serie no hubo complicaciones posoperatorias precoces ni tardías.

Dentro del grupo de pacientes preparados para recibir CMA, cuatro de ellos fueron retirados del salón por cifras tensionales altas, que no disminuyeron a pesar de recibir tratamiento farmacológico.

En esta serie predominó, como en la mayoría de los trabajos revisados, las edades entre 60 y 70 años, el sexo femenino y la raza blanca.⁶⁻¹⁰

No hubo dificultades a la hora de realizar la técnica quirúrgica en pacientes operados con anterioridad en hemiabdomen inferior y en cuanto a las enfermedades asociadas con estos pacientes, en ocasiones sin conocerlas como resultó también en otros estudios revisados.⁶⁻¹⁰

El cuadro clínico florido en 75 pacientes obligó a la mayoría de estos pacientes a acudir al cirujano. La mayoría de ellos presentó una evolución de varios años, lo que demuestra que aún se mantienen reservas a la hora de aplicar tratamiento quirúrgico en el paciente geriátrico, lo que lleva en ocasiones a tener que ser intervenido quirúrgicamente de urgencia con todo el riesgo que trae asociado. Esto quedó demostrado por la presencia de complicaciones propias de la enfermedad encontradas en dichos pacientes y que también fue reportado por otros autores.⁶⁻⁹

En cuanto al tiempo quirúrgico quedó demostrado que mientras mayor sea la experiencia y la habilidad del cirujano menor será este, como también se contempla en otros trabajos revisados,⁶⁻¹⁰ lo que traduce un mayor beneficio para el anciano.

Se considera que el paciente geriátrico puede disfrutar de las ventajas que le ofrece la CMA, siempre que exista una adecuada preparación preoperatoria; quedó demostrado además que desde el punto de vista psicológico hubo una mejor recuperación al tener una corta hospitalización, con menor agresión. La disminución del dolor posoperatorio, el menor tiempo quirúrgico y la reincorporación temprana a su hogar fueron muy beneficiosos para estos ancianos.

Se recomienda que todos los pacientes geriátricos sean evaluados por consulta de cardiología por la alta incidencia de HTA y cardiopatías asociadas. Se propone la elaboración de un protocolo de estudio para los pacientes de la tercera edad que requieren tratamiento por CMA.

SUMMARY

Laparoscopic surgery in the elderly patient

A systematic study was performed on patients aged 60 years and older, who were operated on in elective way by minimum access surgery from June 2003 to May, 2004 at the Laparoscopic Surgery Department of "Dr Luis Díaz Soto" Higher Institute of Military Medicine, with the objective of determining the clinical and surgical characteristics of these patients. One hundred and three patients aged 60-70 years were studied, 71.8 % of which were Caucasian women. Among the most frequent associated diseases were blood hypertension (56 patients, 53,3 %); asthma and heart diseases (19 patients, 18.4 % respectively). Most of patients (75, 72,8 %) had a clinical picture of pain and dyspeptic disorders. Development of symptoms took several years in 81 patients (78,6 %). The ultrasound scanning was the most efficient diagnostic means since it showed that gall-bladder lithiasis affected 101 patients (98 %). Gallbladder plastron and subacute cholecystitis were found in 6 and 10 patients respectively. Surgical length of time was less than 30 minutes; no post-operative complications occurred, and length of stay at hospital was 24 hours as an average. It was proved that the elderly patients might enjoy the benefits of minimum access surgery.

Key words: Laparoscopic surgery, geriatrics.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muhe E. Die erste choleciptek tamie deuch das laparoskop. Longerbeck, Arch Klin. 1986;18:9 80-2.

2. González MA, Valdez J, Vilorio PA, Argudin M, Suárez E. Manual de cirugía por acceso mínimo en el niño. 1era parte La Habana: Editorial Publimagen; 1999. p. 9-10.
3. Ruiz J; Tórriz R, Martínez MA; Fernández A, Pascual H. Cirugía endoscópica fundamentos y aplicaciones. Introducción. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1998. p. 19-23
4. Saenz A, Amador MA, Fernández-Cruz L. Cirugía laparoscópica, concepto e indicaciones. Jano. 2001 sep;61(1398):56-8.
5. Saper NJ , Slockman PT, Duuegan PL , Asley SW. Laparoscopic Cholesystectomy: the new gold standard? Arch Surg. 1992;127:917-22.
6. Devesa E, Chang A, Pérez M. Geriatria y Gerontología. La Habana : Editorial Científico- Técnica; 1995. p.18.
7. Rodríguez V, Montero S, Rivas J. Colectomía laparoscópica en el paciente geriátrico. Rev Cubana de Med Milit. 1999;28(2):108-13.
8. Valdó E, Artigas E, ¿Está contraindicada la cirugía laparoscópica en pacientes de riesgo elevado? Cir Esp. 1999;65:21-23.
9. Bueno J, Serralta A, Planeéis M, Rodero D. Colectomía laparoscópica en el paciente anciano. Cir Esp. 2002 oct;72:205-9.
10. Guller V, Jain N, Peterson ED, Muhfaier LH, Eufanks S, Pietroban R. Laparoscopic appendectomy in the elderly surgery. 2004 may;135(5):479-88.

Recibido: 27 de diciembre de 2005. Aprobado: 30 de enero de 2006.

My. *Margarita L. Reyes Martínez*. Instituto Superior de Medicina Militar “Dr. Luis Díaz Soto”. Avenida Monumental, Habana del Este, CP 11 700, Ciudad de La Habana, Cuba.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General.

²Doctor en Ciencias Médicas.

³Especialista de II Grado en Cirugía General.