

Cirugía y Cirujanos

Volumen
Volume **69**

Número
Number **6**

Octubre-Diciembre
October-December **2001**

Artículo:

Colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años.
Experiencia de un hospital de tercer nivel

Derechos reservados, Copyright © 2001:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Colecistectomía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años. Experiencia de un hospital de tercer nivel

Dr. Juan José Granados-Romero,* Dra. Karina Ericka Cabal-Jiménez,** Dr. Gerardo Martínez-Carballo,*** Dr. Ricardo Nieva-Kehoe,**** Dr. Roberto Londaiz-Goméz*****

Resumen

Introducción: se presenta la experiencia en colecistectomía laparoscópica en 61 pacientes mayores de 60 años en un periodo de cinco años.

Material y método: los pacientes femeninos fueron 41 (67.2%) y 20 masculinos (32.7%), los márgenes de edad fueron 37 pacientes de 60 a 70 años y 24 pacientes mayores de 71 años, la cirugía fue electiva en 57 pacientes (93.4%) y de urgencia en cuatro pacientes (6.5%).

Dentro de los antecedentes hubo 15 pacientes con Diabetes mellitus 2, 14 con hipertensión arterial y 20 con otras enfermedades.

Resultados: a cuatro pacientes se les diagnosticó coledocolitiasis por colangiografía y un caso presentó ictericia a los seis meses del postoperatorio.

Se presentaron en tres casos conversión a cirugía abierta (4.9%), dos por hemorragia de lecho hepático y uno por fuga biliar del cístico por mala colocación de grapa.

Las complicaciones en siete pacientes (11.4%) fueron bradardia postoperatoria, hemorragia de lecho hepático, alteración metabólica y dolor precordial.

La estancia intrahospitalaria fue en promedio de 48 hrs, el regreso a las actividades cotidianas fue en promedio de siete días. Los reportes de patología fueron 45 con colesterolosis y colecistitis crónica litiásica, 10 con colecistitis aguda litiásica, tres con colecistitis purulenta, y tres con otros como pólipos vesiculares e hidrocolecolecisto.

Discusión: los pacientes mayores de 60 años presentaron mayor riesgo de complicación por la posibilidad de descompensación metabólica, sin embargo, la cirugía laparoscópica disminuyó este riesgo, por lo que se debe considerar como la vía quirúrgica de elección para patología vesicular.

Palabras clave: colecistectomía, colelitiasis, laparoscopia.

Summary

Introduction: The experience is presented in the laparoscopic cholecystectomy in 61 patients of age 60 years in a 5-year period.

Material and method: Female patients were 41 (67.2%) and there were 20 males (32.7%), 37 patients (age range 60-70 years and 24, than 71 years of age, with elective surgery in 57 patients (93.4%) and emergency surgery, four patients (6.5%).

Concerning antecedents there were 15 patients with diabetes mellitus type 2 and 14 with arterial hypertension, and 20 with other illnesses.

Results: Four patients were diagnosed with choledocholithiasis by cholangiography and one case presented jaundice after 6 months of the operation.

Three cases had conversion to open surgery (4.9%) two had hemorrhaged in the hepatic channel, and in one case for biliary flight of the cystic one for bad staple placement.

Complications in seven patients (11.4%) were postoperative bradardia, hepatic channel hemorrhage of the metabolic decompensation, and precordial pain.

Hospital stay was on average 48 h and return to daily activities was on average 7 days. Pathology reports in 45 patients were cholesterolosis and chronic cholecystitis, 10 with acute cholecystitis, three with purulent cholecystitis, and three with other diseases such as vesicular polyps and hydrocholecystitis.

Discussion: Patients 60 years of age present a greater risk of complications for metabolic decompensation; however, laparoscopic surgery diminishes this risk and this should considered as the surgical choice for vesicular pathology.

Key words: Cholecystectomy, Cholelithiasis, Laparoscopy.

* Cirujano General.

** Médico Cirujano.

*** Médico Residente de 3er año Cirugía General.

**** Cirujano General.

***** Jefe de Enseñanza.

Hospital Central Norte de Concentración Nacional. PEMEX. Grupo Médico-Quirúrgico del Valle Servicio de Cirugía General. México D.F.

Presentado en el 1er Congreso Internacional de Petróleos Mexicanos

Solicitud de sobretiros:

Dr. Juan José Granados-Romero

Aniceto Ortega 919. Col. Del Valle México D.F. CP 03100 Tel. 56 04 69 38 Fax 56 04 69 38. Radio 53282828 Clave 91377 Cel. 04421523747.
E-mail: graneyd.com.correo web. Grupo Médico-Quirúrgico del Valle

Recibido para publicación: 14-06-2001.

Aceptado para publicación: 17-09-2001.

Introducción

La enfermedad vesicular es común en nuestro medio. Aproximadamente 20% de nuestros pacientes padece patología vesicular, así mismo se sabe que conforme aumenta la edad crece el número de patologías asociadas y complicaciones subyacentes⁽¹⁾.

En México las estadísticas revelan prevalencia de 14.3% con incremento de hasta 35% en pacientes ancianos. En publicaciones de Alemania, Estados Unidos e Inglaterra se reporta una frecuencia de hasta 25 a 44% en mujeres mayores de 25 años, mientras que en otros países como Japón, India, Egipto y en países centroamericanos, la frecuencia es menor con cifras de 5 a 10%⁽²⁾.

Aproximadamente de 500,000 a 700,000 colecistectomías se realizan al año en Estados Unidos y el gasto anual estimado para estos pacientes es de 5 billones de dólares.

Hay reportes de estudios por ultrasonografía en poblaciones completas como en Padua Italia, donde por medio de ésta se investigó la prevalencia de colelitiasis, encontrándose alta en uno y otro sexos, frecuentemente asociada a factores como incremento de niveles séricos de glucosa y triglicéridos, y su negativa asociación con el colesterol y HDL interviene en la patogénesis vesicular en pacientes de edad avanzada⁽³⁾.

Aproximadamente 75% de las colecistectomías se realiza por vía laparoscópica, debido a que ofrece ventajas como: reducción del dolor postoperatorio, recuperación rápida y retorno a las actividades laborales y cotidianas, todo lo anterior hace que esta vía quirúrgica sea la de mayor elección.

Prácticamente se debe realizar en todos los casos con única excepción en aquellos pacientes con intolerancia a la anestesia general y tiempos de coagulación prolongados, las mayores complicaciones de esta técnica es daño a la vía biliar es entre 0.1 a 0.2% y el porcentaje de conversión es de 5% en colecistitis crónicas y en eventos agudos aumenta hasta 25%⁽⁴⁾.

La mortalidad reportada en pacientes jóvenes es de 0.03% y en pacientes de más de 65 años es de 0.5% en cirugía abierta⁽⁴⁾.

La colecistectomía laparoscópica ha sustituido a la técnica abierta para el manejo de la colelitiasis. Se identifica a la edad como un factor de alto riesgo perioperatorio para complicaciones y muerte, los informes en la literatura muestran que la colecistectomía laparoscópica es superior en beneficios a la colecistectomía abierta, pero muestran un mayor riesgo de conversión, ocasionado por diversas complicaciones transoperatorias, la de mayor frecuencia es la lesión de la vía biliar principal.

El objetivo del trabajo fue analizar y estudiar los beneficios y riesgos que pacientes de 60 años o más que pudieran presentar patología vesicular y a quienes se les realizó cirugía laparoscópica, además de compararla con los diferentes estudios.

Material y método

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional y comparativo en el Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos. Se revisaron los expedientes clínicos de pacientes con patología litiásica vesicular, en un periodo de cinco años, el total de pacientes con esta patología y en este grupo de edad fue de 61 pacientes.

Se analizaron a los pacientes igual o mayores de 60 años según su género, su margen de edad, las patologías crónico-degenerativas asociadas a la colelitiasis como factores de riesgo, la urgencia o no de la cirugía, el tiempo quirúrgico, las complicaciones transoperatorias y postoperatorias, así como las causas de conversión y su evolución clínica.

La técnica utilizada fue la clásica para la cirugía laparoscópica, bajo anestesia general y mantenida con isoflurano, sevorano, monitorización continua, presión arterial, oximetría de pulso y capnografía.

Resultados

Del total de pacientes según su género se obtuvieron los siguientes resultados: 41 del sexo femenino (67.2 %) y 20 masculinos (32.7).

Los márgenes de edad fueron de 37 pacientes con edades comprendidas entre los 60 a los 69 años, y 24 pacientes con edades de 70 años en adelante (Cuadro I).

Los principales factores de riesgo asociado a patología vesicular fueron de 80% tales como: hipertensión arterial sistémica en 14 casos, diabetes mellitus 2 en 15 pacientes, y 20 pacientes con otras entidades dentro de las cuales se encontraron enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artritis (Cuadro II).

La cirugía fue electiva en 57 pacientes (93.4%) y de urgencia en 4 (6.5%).

La técnica quirúrgica en nuestra institución se realizó mediante una incisión transumbilical o supraumbilical dependiendo de las características del paciente, se logró neuromoperitoneo por medio de una aguja de Veress a 15 mmhg; en 90% de los pacientes se colocaron tres trócares y en 10% de los pacientes 4 trócares, siempre a través del puerto umbilical para colocar la cámara, y se disecó tanto el conducto

Cuadro I. Distribución por décadas.

Años	Número de pacientes	%
60 a 69	37	60.65
70 a 79	20	32.78
80 a 89	4	6.55
Total	61	100

cístico como la arteria cística, se identificó adecuadamente la vía biliar principal para colocar dos grapas proximales y una distal en cada estructura, en 90% de los pacientes se localizó la arteria cística posterior y se ubicaron grapas para posteriormente disechar lecho hepático con electrocoagulación y así completar la colecistectomía al exteriorizar la pieza en bolsa extractora, en la mayoría de los pacientes se irrigó hacia el espacio subhepático para después aspirar, además se retiraron los trócares, y se verificó que no se atrapara alguna asa de intestino en el sitio de las incisiones, se cerró en dos planos con material absorbible. Se administraron antibióticos en 35 pacientes (57%) y se continuó con antibióticos orales por cinco días más en los casos de colecistitis aguda o en caso de perforación incidental de la vesícula biliar.

En un inicio, el tiempo quirúrgico de este tipo de procedimientos en el hospital, era de 180 minutos aproximadamente y en los últimos se ocupó un tiempo de 40 minutos por cirugía.

Se utilizaron analgésicos (Metamizol y Ketonolaco) en todos los pacientes, con promedio de 24 horas de administración intravenosa, y a su egreso, por 48 horas más, suficientes para el control del dolor según el seguimiento externo.

El egreso hospitalario fue en la mayoría de los casos a las 24 hrs del procedimiento quirúrgico, y sólo en los casos de urgencia el egreso fue aproximadamente a las 48 hrs, a excepción de los pacientes que requirieron conversión en donde su estancia fue de 72 hrs en promedio.

Dentro de los hallazgos según los reportes de patología se encontraron 45 pacientes con colecistitis crónica litiásica y colesterolosis, 10 pacientes con colecistitis aguda litiásica, tres pacientes con colecistitis purulenta y tres más con reportes de pólipos vesiculares, hidrocoleisto y un hallazgo de esteatosis hepática (Cuadro III).

Los cuatro casos de urgencia fueron piocolécitos, que requirieron de cuatro trócares para su correcta disección y de cefalosporina de tercera generación por siete días.

A cuatro pacientes se les realizó y detectó por medio de colangiografía translaparoscópica, el hallazgo de coledocolitiasis. Es de importancia mencionar que la indicación para realizar colangiografía en estos pacientes, fue el antecedente de ictericia, y el hallazgo por ultrasonido de litos pequeños y un coléodo dilatado; se realizó de forma preoperatoria esfinterotomía en dos pacientes, misma que resultó exitosa, corroborándolo por colangiografía intravenosa posoperatoria, y en los dos restantes se realizó exploración de vías biliares translaparoscópica, fueron los primeros procedimientos realizados en el servicio por laparoscopía, indicada por los hallazgos ultrasonográficos y corroborada por la colangiografía translaparoscópica, sin embargo, en estos dos pacientes, el control postoperatorio por colangiografía visualizó litos residuales, ocasionado por la curva de aprendizaje por lo que se enviaron a CPRE con resultado exitoso.

Un paciente más presentó ictericia a los seis meses por presencia de coledocolitiasis primaria, que se resolvió con esfinterotomía.

Del total de los pacientes, sólo en tres casos fue necesario realizar conversión a cirugía abierta, dos pacientes por presencia de hemorragia durante la disección del lecho vesicular y un paciente por mala colocación de grapa en cístico y fuga biliar (Cuadro IV).

De nuestros pacientes, siete presentaron complicaciones no relacionadas con la técnica quirúrgica, sino con patologías propias del paciente, con predominio de bradicardia en 11.4% de estos pacientes, seguida de dolor precordial, descontrol metabólico e ictericia (Cuadro V).

Tres pacientes más presentaron vómito persistente, sintomatología causada por efectos anestésicos que remitieron

Cuadro II. Patologías crónico-degenerativas asociadas a patología vesicular.

Enfermedades asociadas	Número de casos	%
Diabetes mellitus T-2	15	24.59
Hipertensión arterial	14	22.95
Otros (EPOC, artritis)	20	32.78
Total	49	80.32

Cuadro III. Hallazgos quirúrgicos.

Hallazgos	Número de casos	%
Colecistitis crónica litiásica	45	73.77
Colecistitis aguda	10	16.39
Colecistitis purulenta	3	4.91
Pólipo vesicular	1	1.63
Hidrocolesto	1	1.63
Esteatosis hepática	1	1.63

Cuadro IV. Complicaciones transoperatorias.

Complicaciones transoperatorias
Dos casos hemorragia de lecho hepático
Un caso fuga biliar
Un caso pérdida de porción de un trócar

Cuadro V. Complicaciones postoperatorias.

Complicaciones postoperatorias
Bradicardia
Dolor precordial
Descontrol metabólico
Ictericia

con ondansetron, así mismo sintomatología correspondiente a intestino irritable y omalgia por efectos de insuflación abdominal de CO₂, y en uno, pérdida de una porción de un trócar que no fue posible localizarlo.

No se encontró mortalidad en esta serie atribuible al procedimiento laparoscópico.

Discusión

Actualmente, sin duda alguna, la colecistectomía por laparoscopía es el procedimiento de elección para los pacientes con patología vesicular y en la mayoría de los centros quirúrgicos del mundo, 95% de los pacientes es sometido a esta técnica⁽⁵⁾.

La frecuencia de complicaciones postoperatorias en nuestro estudio fueron más bajas para colecistectomía laparoscópica por la pronta recuperación y por la menor respuesta metabólica al traumatismo, esto corroborado en el estudio de Chen, en el que se compararon dos grupos, uno de colecistectomía laparoscópica y otro de colecistectomía abierta en su serie publicada de 3,318 pacientes. De interés para nosotros es el grupo laparoscópico porque la tasa de mortalidad postoperatoria a 30 días permaneció igual en procedimientos abiertos que laparoscópicos⁽⁶⁾.

La estancia postoperatoria promedio fue más corta para los casos sometidos a colecistectomía laparoscópica con pronto inicio de actividades cotidianas y en algunos casos laborales, esto corroborado por el mismo Chen.

El porcentaje de conversión en nuestra serie fue de 4.9% más bajo en comparación a diferentes estudios donde se demuestra 13% en procedimientos electivos y 28% para enfermedad aguda según Golden, en su serie de 449 pacientes⁽⁷⁾.

Los pacientes masculinos requirieron con más frecuencia conversión en comparación con los pacientes femeninos, esto por las variaciones anatómicas⁽⁶⁾.

Los diversos estudios demuestran que la tasa de mortalidad y complicaciones en general para colecistectomía laparoscópica es de 0.2 y una estancia postoperatoria más corta, en nuestra serie no se presentó ninguna defunción.

Así mismo se describe que en aquellos pacientes en los que se presentaron complicaciones agudas como colecistitis

aguda, pancreatitis biliar, colangitis, colecistitis gangrenosa, fueron en su mayoría ancianos con un estado general de salud comprometido que requirieron conversión a colecistectomía abierta, similar a lo que sucede en nuestra unidad hospitalaria⁽⁶⁾.

La mortalidad postoperatoria no disminuyó después de la introducción de la colecistectomía laparoscópica, por el volumen de colecistectomías que ha aumentado considerablemente y el número de muertes postcolecistectomía (el numerador en la tasa de mortalidad) permaneció constante, pero la mortalidad continuó cayendo, lo que sugiere que debido al bajo riesgo quirúrgico, los pacientes que anteriormente hubieran sido sometidos a cirugía abierta fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica, con un significativo crecimiento en el denominador en la tasa de mortalidad⁽⁶⁾.

Nuestros pacientes con enfermedades asociadas presentaron mayor predominio de DM 2 y HAS, esto sin duda incrementó el riesgo de complicaciones corroborado por Rico y Ponsky^(10,11,14,15).

Los diversos estudios nacionales que se han realizado para determinar la morbilidad y mortalidad en cirugía laparoscópica, refieren un decremento notable de ésta (Cuadro VI).

Sin embargo es de vital importancia mencionar que así como existe una pronta recuperación, rápido regreso a actividades cotidianas y laborales, así como disminución de complicaciones postoperatorias, existe incremento en las complicaciones transoperatorias tales como lesión de la vía biliar principal, lesiones a órganos adyacentes o hemorragia, por lo que el abuso de esta técnica realizada por personal no capacitado, influye directamente en la presencia de estas eventualidades que en caso de presentarse incrementa la mortalidad de forma considerable.

La colecistectomía por vía laparoscópica es uno de los procedimientos más comunes hoy en día para el manejo de la enfermedad litiásica vesicular en los pacientes de edad avanzada, las series estadounidenses indican que aproximadamente 25,000 colecistectomías se realizan por año en pacientes de edad avanzada, con una relación aproximada de 6.25/1000⁽⁷⁾. La aplicación de esta técnica y la decisión de someterlo a vía laparoscópica, es punto difícil para el cirujano, y sobre todo, de estar informado sobre los riesgos que

Cuadro VI. Series de pacientes de cirugía laparoscópica en pacientes mayores de 60 años.
Revisión de la literatura nacional.

Año	Autor	No. casos	Morbilidad % Emerg-Elect	Mortalidad %	Días de hospitalización
1992	Cervantes	15	0.0	0.0	1.6
2000	Pérez-Morales	55	7.27	1.82	1.42
2001	Granados	61	3.2	11.4	1.22

conlleva este procedimiento en pacientes mayores, más aún con las patologías de base que muchos de estos pacientes cuentan con el potencial riesgo anestésico y quirúrgico.

Las variaciones en las tasas de conversión de las diferentes series indican que se deben realizar estudios detallados de estos pacientes.

Las estadísticas de nuestro país estiman que 4% de la población total es de personas adultas de más de 60 años y que la litiasis biliar se presenta aproximadamente en 15%⁽⁸⁾. Así mismo, hay complicaciones propias de la litiasis biliar, debido a un mayor tiempo de la persistencia de la enfermedad y falta de síntomas y signos de gravedad por la inmunodepresión propia del envejecimiento⁽²⁾. En nuestra serie, los únicos motivos de conversión fueron causados por complicaciones agudas como son la colecistitis aguda y el piocoléctico, que hicieron difícil la disección del Calot, con presencia de hemorragia transoperatoria, y además la evolución de nuestros pacientes fue satisfactoria, posterior a la remisión de las complicaciones postoperatorias presentadas en algunos de ellos propias de sus patologías de base.

Sin duda alguna las ventajas de la colecistectomía laparoscópica en pacientes ancianos son de vital importancia, porque disminuye el dolor y la estancia hospitalaria, aunque en ocasiones el tiempo quirúrgico es ligeramente superior a la técnica abierta^(12,13).

La perforación, la hemorragia, las fallas técnicas, la colecistitis aguda son situaciones que de presentarse, prolonga de forma considerable el tiempo quirúrgico, esto determinado por la curva de aprendizaje.

Por lo anterior, se concluye que en los pacientes de más de 60 años existe mayor riesgo de ocurrir complicaciones trans y posoperatorias; por otro lado, esta vía quirúrgica ofrece las mismas ventajas que para pacientes de edad joven, esto se relaciona directamente al sexo masculino, debido a que como lo describe Rusell, se asocia con más frecuencia a colecistitis aguda y pancreatitis en pacientes ancianos, con incremento considerable del riesgo de conversión^(9,16).

Los factores de riesgo que se debe de considerar para colecistectomía laparoscópica, son la edad, la colecistitis aguda, antecedentes de patología cardiaca como insuficiencia cardiaca o infarto del miocardio, así como patologías

hepáticas que alteren tiempos de coagulación como la insuficiencia hepática.

Las técnicas de invasión mínima disminuyen algunos de estos riesgos, como las complicaciones cardiopulmonares de 43% a 14%, por lo que se deberá tener en cuenta como primera opción o estándar de oro para pacientes de edad avanzada.

Referencias

1. Cervantes CJ, Rojas G, Vega G, Antón J. Colecistectomía por laparoscopia en pacientes de edad avanzada. Anal Med ABC 1994; 39(1): 5-9.
2. Pérez MA, Roesch DF, Díaz BF, Martínez FS. Experiencia en colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de la enfermedad litiasica biliar en el paciente anciano. Cir General 2000; 22(1): 35-40.
3. Okolicsanyi L, Passera D, Nassuato G, Lirussi F, Toso S, Crepaldi G. Epidemiology of gallstone disease in an older Italian population in Montegrotto Terme Padua. J Am Geriatr Soc 1995; 43(8): 902-905.
4. Giurgiu D, Roslyn J. Treatment of gallstones in the 1990s. Clinics Office Practice 1996; 23(3): 497-514.
5. Fabre JM, Ptzemys LP, Seguin Des Hons CH. Evaluation of the laparoscopic cholecystectomy on patients with simple and complicated cholelithiasis. World J Surg 1992; 16: 113-117.
6. Chen AY, Daley J, Pappas TN, Henderson WG, Khuri SF. Growing use of laparoscopic cholecystectomy in the National Veterans Affairs Surgical Risk Study. Ann Surg 1998; 227(1): 12-24.
7. Golden WE, Cleves MA, Johnston JC. Laparoscopic cholecystectomy in the geriatric population. J Am Geriatr Soc 1996; 44(11): 1380-1383.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Indicadores socioeconómicos. México, D.F.: 1990.
9. Russell JC, Walsh SJ, Reed-Fourquet L, Maite A, Lynch J. Symptomatic cholelithiasis: a different disease in men? Ann Sur 1998; 227(2): 195-200.
10. Rico MF, Ramírez GY, Escalante OM. Complicaciones respiratorias en pacientes quirúrgicos. Ciruj General 1986; 8: 23-27.
11. Ponsky JL. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1991; 161: 393-395.
12. Asbun HJ, Rossi R. Técnicas para colecistectomía laparoscópica: la operación difícil. Clin Quirurg Norte Am 1994; 74: 799-820.
13. Schwesinger VH, Diehl AK. Indicaciones cambiantes para la colecistectomía laparoscópica. Clin Quirur Norte Am 1996; 76: 485-496.
14. Guitrón A, Huerta F, Macías M, Adalid R, Gómez Mejía A. Manejo de la litiasis biliar difícil. Rev Gastroenterol Mex 1995; 60: 140-144.
15. Walsh D, Echauser FE, Ramsburgh SR, Burney RB. Risk associated with diabetes mellitus in patients undergoing gallbladder surgery. Surgery 1992; 101: 254-257.
16. Martínez JF, Fabián VV, Mendiola SI. Colecistectomía por laparoscopia en el anciano. Ciruj General 1999; 21: 188-191.

