

Colecistectomía videolaparoscópica en ancianos para prevenir la urgencia

Videolaparoscopy cholecystectomy in elderlies to prevent an emergency

MSc. Dra. Iris Soberón Varela, MSc. Dra. Ada Hilda de la Concepción de la Peña, Dr. José Antonio Hernández Varea

Hospital Universitario Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: con el aumento de la expectativa de vida, cada vez es mayor el número de ancianos que necesitan ser intervenidos quirúrgicamente por afecciones de la vesícula biliar. La cirugía de urgencia en esta entidad, con el alto índice de morbilidad y mortalidad que tiene, solo se previene si se les interviene de forma electiva.

Objetivo: evaluar los resultados de la colecistectomía videolaparoscópica en los pacientes de 60 años o más, para prevenir la urgencia.

Métodos: se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal a todos los pacientes de la tercera edad, a quienes se les realizó colecistectomía videolaparoscópica en el período de febrero 2005 a febrero 2010. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Se utilizó la clasificación de la *American Society of Anesthesiologist*, para evaluación preoperatoria anestésica.

Resultados: de un total de 919 colecistectomías videolaparoscópicas electivas realizadas en el período señalado, 362 se efectuaron a pacientes mayores de 60 años (39,4 %), la edad promedio fue de 69 años, el hallazgo operatorio más frecuente fue la litiasis vesicular (83,5 %) y la enfermedad asociada la hipertensión arterial (47 %). Fueron clasificados ASA II el 81,7 %. Se realizó conversión en el 1,1 % de los casos, el

índice de complicaciones fue de 2,2 %. No hubo sepsis de la herida, aunque sí un fallecido.

Conclusiones: la colecistectomía videolaparoscópica es segura en pacientes ancianos, siempre que se realice una adecuada evaluación de riesgos, así se evitan las complicaciones de la litiasis vesicular, con el aumento consecuente de la morbilidad y mortalidad.

Palabras clave: colecistectomía videolaparoscópica, ancianos, geriátricos.

ABSTRACT

Introduction: with the increasing life expectancy, the figure of elderlies needing be operated on due to gall bladder affections es higher. In this entity, the emergency surgery with the high rate of morbidity and mortality only is prevented if they are operated on in elective way.

Objective: to assess the results of the videolaparoscopy cholecystectomy in patients aged 60 or more to prevent the emergency.

Methods: a cross-sectional, descriptive and prospective study was conducted in all third age patients who underwent videolaparoscopy cholecystectomy from February 2005 to February, 2010. The preoperative, intraoperative and postoperative variables were analyzed. The classification or the American Society of Anesthesiologist was used for the anesthetic preoperative assessment.

Results: from a total of 919 elective videolaparoscopy cholecystectomies carried out during the above mentioned period, 362 were carried out in patients aged over 60 (39.4 %), the mean age was 69 years, the more frequent finding was the vesicular lithiasis (83.5 %) and disease associated with the high blood pressure (47 %). The 81.7 % was classified as ASA II. A conversion was performed in the 1.1 % of cases, the rate of complications was of 2.2 %. There was not sepsis only in a deceased patient.

Conclusions: the videolaparoscopy cholecystectomy is safe in elderlies whenever the appropriate assessment of risks be made, thus avoiding the complications of the vesicular lithiasis with the consequent increase of the morbidity and mortality.

Key words: videolaparoscopy cholecystectomy, elderlies, geriatric patients.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es una afección muy extendida en el mundo, según algunos afecta entre un 10 y un 20 % de la población mundial. En nuestro país es muy frecuente, y en los servicios de Cirugía General ocupa el segundo lugar como causa de intervención en cirugía electiva, y sus complicaciones la segunda causa de urgencias. No existen medidas que se puedan tomar para evitar la litiasis vesicular, ya que la verdadera fisiopatología de la formación de los cálculos no se conoce con certeza,¹ por lo que el método quirúrgico es el de elección.² Las verdaderas medidas preventivas que se

pueden tomar en esta afección, es evitar las complicaciones, que, cuando aparecen, elevan grandemente la morbilidad y la mortalidad.³

El importante envejecimiento que sufre la población mundial y del que no escapa Cuba —donde el 17 % de la población tiene 60 años o más—⁴ ha hecho que en los últimos años se note un aumento en la frecuencia de varias enfermedades en los ancianos, entre ellas, la litiasis biliar. Las complicaciones de esta aumentan con la edad, y cada vez se presentan nuevos casos con esta afección, en edades superiores a los 60 años, lo cual significa un reto importante, ya que el adulto mayor presenta declinación fisiológica de los principales órganos y sistemas, relacionados con el envejecimiento mismo y con los procesos patológicos que se observan en la tercera edad. El conocimiento del estado fisiológico de cada paciente es importante para determinar en el preoperatorio el riesgo que implica esta cirugía. Por supuesto, esto no es posible en la cirugía de urgencia, de ahí la necesidad de la intervención quirúrgica electiva. Es conocido que las intervenciones de urgencia en los ancianos elevan de forma importante la morbilidad y mortalidad, del 1 % en la cirugía electiva al 45 % en la cirugía de urgencia, por lo que es de suma importancia cuando se diagnostica la colecistopatía intervenir quirúrgicamente para prevenir sus complicaciones, muchas veces fatales.

A través de la historia a los ancianos les ha sido negada la cirugía, por el riesgo real que presentan, y hasta hace unos años el paciente geriátrico era considerado un enfermo con alto riesgo y la cirugía era solo utilizada cuando otros procedimientos terapéuticos estaban agotados. Actualmente el 40 % de las actividades quirúrgicas se centra en el tratamiento de pacientes mayores de 65 años, con más riesgo para la cirugía que los jóvenes. El objetivo en el tratamiento de los ancianos es ofrecerle la mejor calidad de vida posible, a pesar de que representan un desafío quirúrgico a causa de la comorbilidad asociada.^{5,6} El deterioro de los mecanismos fisiológicos hace que estos pacientes muestren menor capacidad de reacción ante el estrés en general y quirúrgico en particular.

El desarrollo tecnológico, desde que en 1985 en Boblingen, Alemania, el cirujano *Erich Muhe* realizara la primera colecistectomía videolaparoscópica (CVL),^{7,8} es impresionante, y se ha convertido ya en el *Gold Standard*. Sus ventajas evidentes para el paciente y la sociedad han motivado el interés creciente en desarrollar esta técnica.^{8,9}

Los ancianos constituyeron una contraindicación relativa¹⁰ en sus inicios, porque a las modificaciones fisiológicas propias de la edad y las enfermedades asociadas, se le unió, la necesidad de crear un espacio de trabajo (neumoperitoneo), con el consecuente aumento de la presión intrabdominal, y la repercusión hemodinámica que esto representa para cualquier persona, y que en los ancianos se hacía más peligrosa. Por otra parte, la evolución más prolongada en el tiempo de la patología biliar, y la reserva cardiopulmonar disminuida,¹⁰ hacía más difícil la intervención. Pero a medida que se adquiría más experiencia en esta vía de acceso se fueron incluyendo los ancianos, para quienes esta cirugía es muy beneficiosa por las bondades que ofrece. Además, desde el momento en que la laparotomía supone un mayor estrés en el anciano, la cirugía laparoscópica se puede considerar como una vía de acceso particularmente ventajosa en esta población.¹¹⁻¹⁵

No obstante, aún hoy en día con el desarrollo tecnológico y los avances en la cirugía mínimamente invasiva, hay familiares y médicos que sostienen el criterio de no

intervenir quirúrgicamente a los ancianos, por el riesgo que esto constituye, sin tener presente que una cirugía de urgencia en estos pacientes es lo que aumenta la morbilidad y mortalidad. El propósito de este trabajo es demostrar, mediante resultados, la factibilidad de la colecistectomía videolaparoscópica en los ancianos, con afecciones de la vesícula biliar, que fueron intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán", en el período comprendido de febrero de 2005 a febrero 2010.

MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo, de corte transversal, de los pacientes de 60 años o más con diagnóstico de colecistopatía, intervenidos de forma electiva por cirugía mínima invasiva, en el período de febrero de 2005 a febrero de 2010, en el Hospital Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". Se excluyeron aquellos con contraindicación para el acceso laparoscópico y para la anestesia general. A cada paciente se le tomaron datos demográficos generales, antecedentes patológicos personales (APP), intervenciones anteriores, ultrasonido de hemiabdomen superior, química sanguínea, electrocardiograma y rayos x de tórax. El estado físico se clasificó según la *American Society of Anesthesiologist* (ASA), la cual las divide en 5 clases. Fueron reflejados otros datos de interés, como: las complicaciones transoperatorias, el tiempo quirúrgico, la causa de conversiones, las complicaciones posoperatorias, así como la estadía hospitalaria, con lo cual se confeccionó una base de datos.

En todos los casos, para la realización de la colecistectomía, se utilizó la posición americana. El neumoperitoneo se realizó siempre con aguja de Veress. La presión intrabdominal (neumoperitoneo) no sobrepasó los 12 mmHg, y el flujo se mantuvo en 2,5 L/min, con lo cual se evitaron, en gran medida, los cambios hemodinámicos producidos por el aumento de la presión intrabdominal y la absorción rápida del CO₂, desde el peritoneo a la circulación sistémica, cambios que se manifiestan más en los ancianos por tener una reserva cardiopulmonar disminuida por el envejecimiento.

Se practicaron 3 o 4 puertos de trabajo según preferencias del cirujano y/o estado vesicular, la extracción del órgano se efectuó siempre por el puerto epigástrico. A todos los pacientes se les administraron 3 g de cefazolina perioperatoria, y en los pacientes alérgicos se utilizó ciprofloxacina. Las intervenciones se realizaron por el mismo equipo de trabajo, y se controló el tiempo quirúrgico empleado desde el inicio del neumoperitoneo, hasta los puntos de piel. Los resultados de las variables analizadas se muestran en cifras absolutas, medias, límites y porcentajes.

RESULTADOS

En este trabajo, como se puede apreciar en la figura 1, de un total de 919 colecistectomías videolaparoscópicas realizadas en el período estudiado (febrero 2005-febrero 2010), 362 se hicieron a pacientes de 60 años o más (39 %) ([Fig. 1](#)).



Fig. 1. Relación entre el total de colecistectomías videolaparoscópicas realizadas y el total de ancianos intervenidos.

En relación con el sexo, el que con mayor frecuencia se vio afectado por las enfermedades de la vesícula biliar, fue el femenino, que en este trabajo representó el 87,2 % y el masculino el 12,7 %, para una relación de 6:1. Además, de 362 pacientes (según la clasificación de la Sociedad Internacional de Geriátrica y Gerontología), 293 eran viejos-jóvenes, lo cual representó 80,9 % del universo en cuestión. Las edades extremas se encontraron entre los 60-96 años, y el promedio de edad fue de 69,3 años ([tabla 1](#)).

Las enfermedades asociadas en los geriátricos son múltiples, y encontramos que en esta serie el 58,2 % de los pacientes padecían de enfermedades crónicas ([tabla 2](#)). La HTA estuvo presente en el 47 % de los pacientes, seguida en orden de frecuencia por la DM 2 (3,6 %) y las cardiopatías (antecedentes de infarto agudo del miocardio 1,6 %). Se debe señalar que 26 pacientes (7,2 %), tenían más de una enfermedad asociada.

Tabla 2. Enfermedades asociadas en los pacientes intervenidos

Enfermedades asociadas	No.	%
HTA	169	47,0
Diabetes mellitus	13	3,6
Obesidad	8	2,2
Asma bronquial	8	2,2
IMA	6	1,6
Artritis reumatoide	6	1,6
Total	210	58,2

El 81,7 % de los pacientes fueron clasificados ASA II (296 pacientes) y el 18,2% ASA III (66 pacientes). Los hallazgos locales más importantes encontrados durante la intervención fueron: en el 83 % de pacientes colecistitis crónica litiásica, en el 6,3 % colecistitis aguda, en el 4,1 % vesículas escleroatróficas y en un 3 % colecistitis subaguda ([tabla 3](#)).

Tabla 3. Hallazgos operatorios en ancianos colecistectomizados

Hallazgos operatorios	No.	%
Litiasis vesicular	299	83,0
Colecistitis aguda	23	6,3
Colecistitis subaguda	11	3
Vesícula escleroatrófica	15	4,1
Plastrón vesicular	8	2,2
Colecistopatía alitiásica	3	0,8
Pólipos vesiculares	1	0,3
Cáncer vesicular	1	0,3
TB abdominal	1	0,3

Se presentaron complicaciones en el 1,9 % de los pacientes. Las complicaciones fueron: 3 quirúrgicas (bilirragia por conductillo aberrante, coleperitoneo por deslizamiento del clip del cóstico y una lesión de colon por trocar); y 5 complicaciones médicas, siendo la neumonía la más frecuente con 3 casos.

Hubo necesidad de convertir a cirugía tradicional o abierta a 4 pacientes, y la indicación más frecuente fueron las adherencias que impidieron la laparoscopia. El tiempo quirúrgico fue menor de 60 min en el 80 % de los casos (146 pacientes), tiempos superiores a los 120 min coincidieron con las conversiones realizadas y los hallazgos de colecistitis aguda ([Fig. 2](#)).

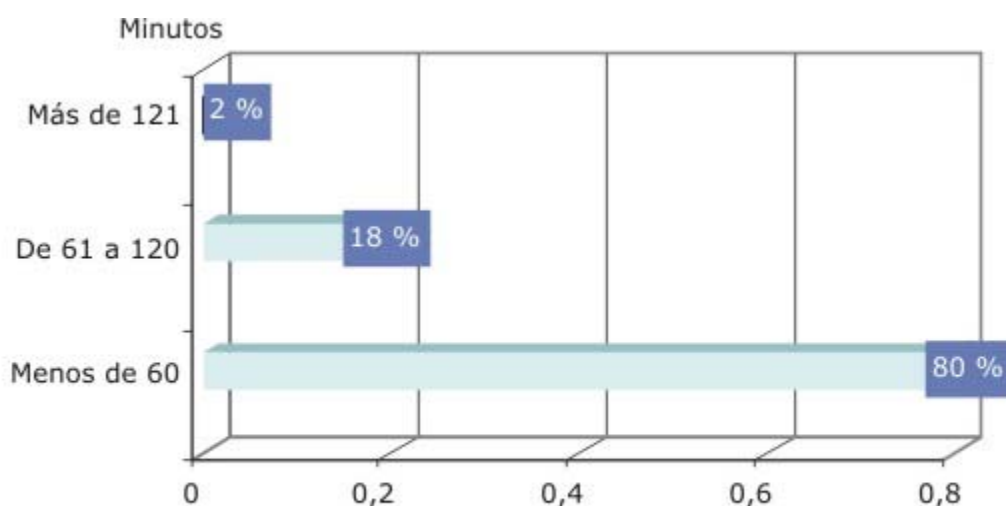


Fig. 2. Tiempo quirúrgico.

La estadía hospitalaria fue de menos de 24 horas en el 98 % de los pacientes. Hubo un fallecido (0,2 %).

DISCUSIÓN

La expectativa de vida en el mundo aumenta, gracias, entre otros factores, a la asistencia médica y las condiciones de vida, como es el caso de nuestro país, donde el 17 % de la población tiene edades iguales o superiores a los 60 años. Las afecciones de la vesícula biliar en los pacientes mayores de 60 años constituye un problema importante, si tenemos presente que su incidencia es mayor del 50 % en las personas con más de 70 años, y que con la edad se incrementa el riesgo quirúrgico y las complicaciones de la coleditiasis.¹³

Actualmente, el 40 % de la actividad quirúrgica se centra en el tratamiento de pacientes mayores de 65 años.⁷ En esta serie el 39 % de los pacientes intervenidos eran ancianos. En relación con el sexo, el que con mayor frecuencia se vio afectado por las enfermedades de la vesícula biliar, fue el femenino, que en este trabajo representó el 87,2 %, para una relación de 6:1 con el masculino. Esto significa que la edad no altera la prevalencia del sexo femenino sobre el masculino, cuando de afecciones de la vesícula biliar se trata.

La atención sanitaria al paciente geriátrico constituye un desafío en la práctica médica general, ya que los ancianos pueden presentar una problemática clínica compleja debido a que no siempre aportan síntomas, por lo que, aunque sean agrupados de acuerdo con la edad cronológica, hay que tener en cuenta las características que se corresponden con el envejecimiento. La Sociedad Internacional de Geriátrica y Gerontología agrupa a los ancianos atendiendo a la edad cronológica en: viejos-jóvenes, los comprendidos entre 60 y 74 años, y viejos-viejos, los de 75 años o más. En esta revisión 293 eran viejos-jóvenes, lo cual representó 80,9 % del universo en cuestión. Las edades extremas se encontraron entre los 60-96 años, y el promedio de edad fue de 69,3 años. Esto demuestra que no es nada despreciable el número de

ancianos que son intervenidos quirúrgicamente, y que cada vez será mayor, por el incremento real de la expectativa de vida. Así se reporta que en los Estados Unidos la expectativa de vida, concretamente, el número de personas mayores de 65 años se incrementará de 35 millones en el año 2000 a 71 millones en 2030.¹⁴

Uno de los elementos que determinan el mayor riesgo anestésico quirúrgico en los ancianos, aparte de la edad biológica y las modificaciones fisiológicas propias del envejecimiento, son precisamente, las enfermedades asociadas, las que, en la cirugía urgente, la mayor parte de las veces se encuentran descompensadas o se desconocen. Las enfermedades concomitantes o asociadas son la regla más que la excepción en el paciente geriátrico. Estas enfermedades son múltiples, y en este trabajo el 58,2 % de los pacientes padecían de enfermedades crónicas, pero al tratarse este estudio de pacientes intervenidos de forma electiva, estaban compensadas en el momento de la intervención. Dentro de estas, la HTA estuvo presente en el 47 % de los pacientes, seguida en orden de frecuencia por la DM 2 (3,6 %) y las cardiopatías (antecedentes de infarto agudo del miocardio 1,6 %). Se debe señalar que 26 pacientes (7,2 %), tenían más de una enfermedad asociada. Estos datos se corresponden con la literatura revisada.^{2,8,11,13,15}

La clasificación del estado físico de la ASA es un indicador de gran valor, ya que junto al tipo de intervención y su magnitud nos permite establecer el riesgo quirúrgico-anestésico. Esta clasificación se correlaciona bien con la incidencia de complicaciones transoperatorias. Lo más importante de la actual clasificación es que fuerza al anesthesiólogo a pensar en la condición preoperatoria del paciente. Esta tiene valor predictivo.^{4,12} En este trabajo el 81,7 % de los pacientes fueron clasificados ASA II (296 pacientes) y el 18,2 % ASA III (66 pacientes). Estos resultados varían en las diferentes series estudiadas.⁴

Debido a la disminución de la reserva fisiológica de estos pacientes, el riesgo quirúrgico-anestésico es mayor, sobre todo asociado con las intervenciones de urgencia. Este riesgo se eleva además con la duración de la intervención y las operaciones múltiples, en las cuales el riesgo aumenta y las condiciones generales del enfermo se modifican negativamente.^{4,16} Es por ello que nos corresponde actuar siempre que podamos de forma electiva. En esta casuística el riesgo quirúrgico anestésico se consideró bien en el 81,3 % de los pacientes, y regular en el 18,6 %, y ningún paciente fue considerado con un mal riesgo quirúrgico. Estas cifras eran esperadas por las características de los pacientes y el carácter electivo de la intervención.

La anestesiología moderna, con todos sus avances tecnológicos, permite asumir de manera segura este tipo de paciente sin que constituya una razón de temor para los anesthesiólogos, pues es bien sabido que el anciano que no sea operado de forma electiva tendrá que intervenir casi siempre de urgencia en peores condiciones, de ahí la preferencia de acogerse a esta moderna técnica y aprovechar todas sus ventajas quirúrgicas y anestésicas. La técnica anestésica adecuada es aquella que proporciona una alta seguridad para el paciente, relajación muscular adecuada, analgesia posoperatoria, y una rápida recuperación del paciente al término de la intervención, por lo que se prefiere el uso de anestésicos de corta duración.

Los pacientes ancianos con colelitiasis son más propensos que los jóvenes a padecer de complicaciones agudas como la colecistitis aguda, la pancreatitis aguda de origen biliar o la coledocolitiasis. Estas complicaciones pueden hacer, que en un momento

dado, el procedimiento laparoscópico sea más peligroso, con un riesgo potencial mayor de aumentar la morbilidad y las conversiones a cirugía abierta. Por ello, es justificable un acceso más agresivo para la colelitiasis en forma de colecistectomía electiva.⁴

A pesar de que este estudio se realizó en pacientes intervenidos de forma electiva, es importante señalar, que en el acto quirúrgico se encontraron hallazgos locales importantes: un 83 % de pacientes con colecistitis crónica litiásica (resultados reportados como hallazgos operatorios por la mayoría de los autores de la literatura consultada),^{4,9,17,18} pero también existía un 6,3 % y un 3 % de portadores de colecistitis aguda y subaguda respectivamente. Las vesículas escleroatróficas, consecuencia de procesos agudos previos y que además son casi un reto quirúrgico por la posibilidad que entrañan de lesión de la vía biliar principal, estuvieron presente en el 4,1 % de los casos. Estos pacientes con cuadros agudos evolucionaron de forma solapada, se encontraron durante la intervención como hallazgo, y fueron corroborados después en el estudio anatomopatológico, lo que demuestra que los ancianos hacen cuadros agudos prácticamente asintomáticos, por lo que las complicaciones en ellos no evolucionan como en los pacientes de menor edad, en los que la sintomatología es más florida.

Teniendo presente la alta probabilidad de complicaciones que tiene la enfermedad del tracto biliar en ancianos, mientras no existan contraindicaciones médicas, los pacientes de este grupo etario, que presentan colelitiasis, se beneficiarían de cirugía programada precoz.¹⁹ Los ancianos no solo presentan más posibilidades de complicación de la litiasis vesicular (colecistitis aguda, colangitis y pancreatitis de origen biliar), sino que tienen más probabilidad de complicaciones durante el acto quirúrgico, debido al mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad vesicular y más crisis agudas, lo que hace las disecciones más difíciles por la fibrosis, inflamación y adherencias por inflamación crónica.⁴

En este trabajo hubo un total de 8 pacientes con complicaciones (2,2 %), 3 de ellas quirúrgicas y 5 médicas. Las complicaciones fueron: un paciente con antecedentes de haber tenido un plastrón vesicular un año antes, que la disección fue en extremo difícil, y se le dejó drenaje. Al día siguiente había bilirragia por este sin participación del resto del abdomen, y se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, y se le diagnosticó la presencia de un conductillo biliar aberrante, por lo que se le realizó esfinterotomía y se resolvió la bilirragia. Otra complicación se dio en una paciente, que había presentado un cuadro de colecistitis aguda 6 meses antes de la intervención, y había perdido más de 30 libras de peso por no poder prácticamente ingerir alimentos para evitar la reactivación del dolor, además había sido histerectomizada hacia más de 20 años y la cicatriz quirúrgica había fijado el colon transversal al ombligo. Se realizó el neumoperitoneo sin dificultad, pero se produjo, al pasar el trócar para la cámara, una lesión en este y hubo que convertir a cirugía abierta. Se le realizó sutura primaria del colon y colecistectomía. Tuvimos un caso de coleperitoneo al 5to. día, por deslizamiento del clip del conducto cístico, que se reintervino por mínimo acceso.

Estos resultados son inferiores a los reportados por autores de la literatura consultada.^{20,21} De forma global la frecuencia de lesiones de vía biliar oscila entre un 0,1 a 0,6 %.²² En este trabajo no se reportan lesiones de la vía biliar principal. Las intervenciones después de complicaciones previas de la enfermedad vesicular hacen más difícil el proceder, y esto es directamente proporcional al índice de conversiones. Hubo un 1,9 % de complicaciones y una tasa de conversión del 2,2 %. Se convirtieron 4 pacientes. A pesar de que la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de

elección de la colelitiasis sintomática, existe un porcentaje de casos que oscila entre el 1,8 y el 8,5 % en los que es necesaria la conversión a cirugía abierta.

La conversión a cirugía abierta no debe significar un fracaso. Por el contrario, una variación de técnica es índice del racional y juicioso criterio del cirujano, que toma esta decisión y lo hace a tiempo, para beneficio del paciente. No se debe forzar la solución definitiva por laparoscopia, menos aún pensando en la morbilidad innata que conllevan estos pacientes. Una de las cosas que hace grande al hombre es conocer sus limitaciones, y el cirujano debe saberlo y aplicarlo sin dudarlo.^{2-4,11} En general los reportes de conversión están en alrededor del 4 % para la cirugía electiva, y alcanza hasta el 13-16 % en la cirugía de urgencia.

En este trabajo no hubo sepsis de las heridas, no se ha reportado litiasis residual de colédoco hasta el momento, y además no hubo lesiones de la vía biliar principal, ni está reportado ningún caso de hernia incisional. Tuvimos tiempos quirúrgicos aceptables en comparación con la literatura revisada,⁴ pues se efectuó la colecistectomía en tiempos menores a los 60 min en el 80 % de los casos (146 pacientes), en el 18 % (32 pacientes) en tiempos entre los 61-120 min, y hubo tiempos superiores a los 121 min en 4 pacientes (2 %). El rango de los tiempos quirúrgicos extremos, fue entre los 30 y 140 min. Los tiempos superiores a los 120 min coincidieron con las conversiones realizadas y los hallazgos de colecistitis aguda en el transoperatorio, que hicieron más difícil la disección quirúrgica.

El tiempo quirúrgico de la colecistectomía videolaparoscópica en ancianos es mayor que cuando lo comparamos con las colecistectomías en pacientes más jóvenes, lo cual se relaciona con el mayor tiempo de padecimiento de la enfermedad litiasica.⁴ Se hace énfasis en que el tiempo quirúrgico prolongado en los ancianos es un factor de riesgo importante en la tasa de morbilidad y mortalidad posoperatoria. Así la colecistectomía con duración mayor de 90 min puede aumentar 6 veces la probabilidad de complicarse respecto a la que dure menos. La experiencia y habilidad del cirujano, hacen que los tiempos quirúrgicos sean menores, lo que traduce un mayor beneficio para el anciano.^{6,8,23}

La estadía hospitalaria en los procedimientos laparoscópicos es, en efecto, una de las bondades de este tipo de cirugía, en la cual es corta y muchas veces ambulatoria, sobre todo, cuando de colecistectomía se trata, en particular la colecistectomía en la colelitiasis no complicada. Un enfoque precoz vía laparoscópica, determina, por tanto, una menor estadía posoperatoria.^{20,24} En esta serie la estadía hospitalaria fue menos de 24 h en el 98 % de los pacientes. Hubo un 2 % (4 pacientes), dentro de los que se encuentran los pacientes en los que hubo necesidad de pasar a la cirugía abierta (conversión), que permanecieron 4 días, tal es el caso de la paciente que presentó la lesión de colon por trocar.

Existen razones más que suficientes para hacer este tipo de cirugía de forma ambulatoria, como son, entre otras, el menor riesgo de infección nosocomial y menor alteración de las actividades familiares; además de que todos conocemos que los ancianos cuando se sacan de su medio, y más aún a un medio agresivo, llegan a desorientarse y evolucionan tórpidamente. Las estadías posoperatorias que reporta la literatura consultada^{2,20,25-28} no difieren de la nuestra, y en más del 97 % de los casos la estadía no sobrepasa las 24 h, aun tratándose de ancianos que tienen mayor dificultad quirúrgica, por la mayor exposición que han tenido a cuadros agudos, por

tanto a disecciones más difíciles y tiempos quirúrgicos más prolongados, cuando son comparados con la población más joven.

Alliro Venturelli reporta estadías bajas, de solo 3 días para los que se convirtieron.²⁹ *Simón* y otros,³⁰ en un estudio comparativo entre la colecistectomía convencional y la laparoscópica en 1 335 pacientes, observaron una reducción significativa de la estadía hospitalaria posoperatoria, y, obviamente, de los costes por internación. La tendencia moderna de la cirugía es desarrollar nuevas técnicas y modelos con el apoyo del avance de equipos y materiales, para así disminuir o incluso evitar la hospitalización e incorporar al paciente a sus labores cotidianas lo antes posible. La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento de cirugía mayor que debe incluirse como rutina en el programa de cirugía ambulatoria, si se tiene el equipo técnico y humano capacitado para llevar a cabo el procedimiento.³⁰

La deambulación precoz es otra de las ventajas que ofrece la cirugía mínimamente invasiva, y va a estar dada, fundamentalmente, por el confort posoperatorio de los pacientes, debido a que la colecistectomía laparoscópica causa menor dolor y precisa menos consumo de analgésicos y antieméticos que la convencional; asimismo, el período de incapacidad es más corto y se obtienen excelentes resultados en la calidad de vida.³¹ Se debe destacar que el 99 % de los operados deambularon 6 h después de terminada la intervención, teniendo en cuenta la edad y todas las ventajas que tiene para ellos la movilización precoz para evitar complicaciones íleo paralíticas y el tromboembolismo pulmonar, riesgos frecuentes en el paciente geriátrico intervenido por cirugía abierta. Solo 2 pacientes, que coinciden con las conversiones a cirugía abierta, deambularon a las 24 horas.

En este trabajo hubo un fallecido por un AVE hemorrágico en el posoperatorio. La mortalidad se incrementa ostensiblemente cuando de proceder urgentes se trata. El paciente geriátrico puede disfrutar de las ventajas que le ofrece la cirugía de mínimo acceso, siempre que exista una adecuada evaluación preoperatoria, pues le aporta además los beneficios desde el punto de vista psicológico al tener una mejor recuperación, corta hospitalización y menor agresión. La disminución del dolor posoperatorio, el menor tiempo quirúrgico y la reincorporación temprana a su hogar son muy beneficiosos para todos los pacientes, pero en particular para los pacientes de la tercera edad, por lo que no se debe privar a los ancianos de las bondades de la cirugía de mínimo acceso y condenarlos a complicaciones casi siempre graves.

Si se analiza que el envejecimiento de la población es un fenómeno global que no excluye a los países del Tercer Mundo, que las afecciones de la vesícula biliar (de ellas, la litiasis vesicular la más frecuente, con un 95 %), y que sus complicaciones tienen alta incidencia en los ancianos, si pensamos que en la urgencia la mayor parte de las enfermedades asociadas están descompensadas, si por otra parte conocemos de las bondades de la cirugía de mínimo acceso, si no existe posibilidad real en estos momentos para que en todos o en la mayoría de los hospitales del país se realicen colecistectomías videolaparoscópicas de urgencia por complicaciones de la litiasis vesicular, entonces, ¿por qué condenar a los ancianos con litiasis vesicular a restricciones alimentarias para evitar los síntomas o las complicaciones de la enfermedad sin la seguridad del control total?, ¿por qué condenarlos a un cuadro agudo como una colecistitis aguda, colangitis supurada o la pancreatitis aguda, casi siempre grave en todos los pacientes, pero particularmente en ellos?

A los ancianos debemos ofrecerles, no solo expectativa de vida, sino calidad de vida, debemos prepararnos para lo que es ya una realidad ineludible, debemos abandonar la selección de pacientes, pues siempre intervendremos quirúrgicamente a los que están mejor, pero, ¿por qué a esos que tienen riesgo no se les controlan y compensan sus enfermedades y después se intervienen con todos los cuidados que se requieren en condiciones lo más ideales posibles y no en urgencia?

Los ancianos son vulnerables y particularmente sensibles al estrés del trauma, la hospitalización y la cirugía. El riesgo perioperatorio se minimiza en los ancianos, si se aseguran preoperatoriamente la reserva y función de los órganos, el tratamiento intraoperatorio de los trastornos existentes, la vigilancia monitorizada posoperatoria, además del control del dolor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Saenz A, Amador MA, Fernández-Cruz L. Cirugía laparoscópica, concepto e indicaciones. Jano. 2001;61(1398):56-8.
2. Díaz Calderín JM, Fuentes Valdés E, Vilorio Haza P, Silvera García R, Pérez González D. Colecistectomía videolaparoscópica en pacientes mayores de 70 años. Rev Cubana Cir. 2001;40(3):190-5.
3. Pardo Gómez G. Litiasis biliar. En: Cirugía. Tomo III. García Gutiérrez A y Pardo Gómez G. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 1193-209.
4. Morales-Conde S, Gómez JC, Sánchez Matamoros I. Revisión de conjunto. Ventajas y peculiaridades del abordaje laparoscópico en el anciano. Cir Esp. 2005;78(5):283-92.
5. Von Assen S, Nagengast FM, Von Goor H, Cools BM. The treatment of gallstone disease in the elderly. Ned Tijdsche Geneesk. 2003;25(147):146-50.
6. Guller V, Jain N, Peterson ED, Muhefaier LH, Eufanks S, Pietroban R. Laparoscopic appendectomy in the elderly surgery. 2004 may;135(5):479-88.
7. Muhe E. Die erste choleciptek tamie deuch das laparoskop. Longerbeck. Arch Klin. 1986;18(9):80-2.
8. Reyes Martínez ML, García Lebón R, Rodríguez Tápanes V, Montero Ferrer S, Frías Méndez E, Noda Sardiñas CL. Cirugía laparoscópica en el paciente de la tercera edad. Rev Cubana Med Milit [serie en internet]. 2006 Jun [citado 25 de mayo de 2011];35(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000200012&lng=es
9. Penssiaux P, Tuech JJ, Derouet N, Rouge C, Regent N. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly. Sug Endosc. 2000;14:1067-9.
10. Lucidarme D, Corman N, Courtade A. Results of cholecystectomy for acute colecistitis in elderly patients. J Chir. 1997;134:191-295.

11. Montalva NS, Flisfisch FH, Caglevic C. Colectomía videolaparoscópica en el paciente geriátrico. *Rev Chilena de Cirugía*. 2004;56(4):337-40.
12. Larsen JF, Svendsen FM, Pedersen V. Randomized clinical trial of the effect of pneumoperitoneum on cardiac function and haemodynamics during laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery*. 2004;91:848-54.
13. Pérez Lara FJ, Luna Díaz R, Moreno Ruíz R, Suescun García R, del Rey Moreno A, Hernández Carmona J, et al. Laparoscopic Cholecystectomy in patients over 70 years of age: review of 176 cases. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006;98(1):42-8.
14. Gottlieb S. Injury to bile duct during cholecystectomy nearly triples risk of death. *JAMA*. 2003;290:2168-73.
15. Villareal R, Álvaro M, Pérez F. Consideraciones anestésicas en el paciente geriátrico. *Rev San Militar Mex*. 1995;44:235-7.
16. Multach M. Preoperative evaluation in the elderly patient. *J Fla Med Assoc*. 1991;78:521-4.
17. Venneman NG, Besselink MG, Keulemans YC, Vanberge-Henegouwen GP, Boemeester MA, Broeders JA. Ursodeoxycholic acid exerts no beneficial effect in patients with symptomatic gallstones awaiting cholecystectomy. *Hepatology*. 2006;43:1276-83.
18. Johansson M, Thune A, Nelvin L, Lundell L. Randomized clinical trial of day-care *versus* overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg*. 2006;93:40-5.
19. Pozo F, Giganto F, Rodrigo L. Non-complicated cholelithiasis associated with GERD. Results of combined laparoscopic surgery in low risk patients. *Rev Esp Enferm Dig*. 2004;96(7):237-45.
20. Silva V, Aristides G, Pulgar U, Rivero G. Tratamiento laparoscópico de la colecistitis aguda. Variables que inciden en el alta. *Rev Chilena de Cirugía*. 2003;55(2):155-70.
21. Ballesta López C, Cid JA, Poves I, Bettonica C, Villegas L, Memon MA. Laparoscopic surgery in the elderly patients. Experience of a single laparoscopic unit. *Surg Endosc*. 2003;17:333-7.
22. Bueno Lledo J, Serralta Serra A, Planeés Roig M, Rodero Rodero D. Colectomía laparoscópica en el paciente anciano. *Cir Esp*. 2002;72:205-9.
23. Devesa E, Chang A, Pérez M. *Geriatría y Gerontología*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1995. p. 18.
24. Sarmiento JM, Farnell MB, Nagomery DM. Quality of life assessment of surgical reconstruction after laparoscopic cholecystectomy induced bile duct injury: what happens at 5 years and beyond? *Arch Surg*. 2004;139(5):483-9.
25. Planeés Roig M, Bueno Lledó J, Sanahuja Santafé A, García Espinosa R. Quality of life (GIQLI) and laparoscopic cholecystectomy usefulness in patients with gallbladder

dysfunction or chronic non-lithiasic biliary pain (chronic acalculous colecistitis). Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(7):442-51.

26. Sánchez Sánchez A, Torres Aja L, Cabarroca Castillo FA. Colecistectomía Laparoscópica. Estudio de 5000 pacientes. Rev Electron Biomed/Electron J Biomed. 2008;2:47-54.

27. More DE, Feurer ID, Holzman MD. Long term detrimental effect of bile duct injury on health related quality of life. Arch Surg. 2004;139(5):476-82.

28. Martínez Vieira A, Docobo Durántez F, Mena Robles J, Durán Ferreras I, Vázquez Monchul J, López Bernal F, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the treatment of biliary lithiasis: outpatient surgery or short stay unit? Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(7):452-9.

29. Aliro Venturelli L, Rodolfo Avendaño H, Butte JM, Zamorano I. Colecistectomía laparoscópica en colecistitis aguda. Cuad Cir. 2000;14(9):9-11.

30. Rodríguez Lorenzo S, Sánchez Portela CA, Acosta González LR, Sosa Hernández R. Costes: colecistectomía laparoscópica frente a colecistectomía convencional. Rev Cubana Cir [serie en internet]. 2006 Dic [citado 25 de mayo de 2011];45(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300005&lng=es

31. Serra A, Roig M, Lledo J, Santafé A, Espinosa R, Bertomeu C. The learning curve in Ambulatory Laparoscopic Cholecystectomy. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2002;12:320-4.

Recibido: 19 de agosto de 2010.

Aprobado: 31 de mayo 2011.

Iris Soberón Varela. Hospital Docente Clínicoquirúrgico "Joaquín Albarrán". Ave 26 y Rancho Boyeros, municipio Plaza de la Revolución. La Habana, Cuba. Correo electrónico: iris.soberon@infomed.sld.cu