

# Afecciones biliares agudas en geriatría

## Análisis de 151 observaciones I Conceptos clínicos y diagnósticos

Dres. Guillermo Mesa, Guillermo Piacenza y Raquel Araújo \*

Se realiza una revisión diagnóstica de 151 enfermos mayores de 65 años, con cuadros agudos biliares de origen no neoplásico. Se analizan las manifestaciones clínicas más frecuentes, destacándose: la pobreza sintomatológica en relación a la magnitud de los hallazgos operatorios; la alta incidencia de signos de participación de la vía biliar principal (20 % de litiasis coledociana); la frecuencia de complicaciones peritoneales tempranas (9 % de la serie), que son a menudo ignoradas (7 casos en 16); y la alta incidencia de afecciones asociadas (sobre todo cardiovasculares y diabetes), que obligan a un tratamiento operatorio precoz y oportuno, para corregir la descompensación que la afección biliar aguda significa para ellas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Cholecystitis/diagnosis. Cholangitis/diagnosis. Aged.

Las afecciones biliares agudas, constituyen un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencia hospitalarios. A su gravedad habitual, se agrega, cuando ocurren en personas arias, la pesada carga de un terreno precario con frecuentes patologías asociadas, y con una capacidad de resistencia frente a la agresión francamente disminuida.

Esta realidad clínica de trascendencia para todas las patologías, es especialmente remarkable en las afecciones biliares. De ello surge un primer concepto de importancia diagnóstica y terapéutica: la signología física tiende a no guardar relación con la magnitud lesional de la afección (4).

### CASISTICA

Nuestra serie comprende el estudio de 151 observaciones clínicas de afecciones biliares agudas en pacientes mayores de 65 años, atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas desde el año 1967 a 1973.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, en sesión de homenaje al Prof. Dr. Juan E. Cendán, el 16 de octubre de 1974.

\* Residente de Cirugía, Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Thompson 3079, ap. 6. Montevideo (Dr. Mesa).

*Clínica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Juan E. Cendán Aifonzo). Hospital Maciel. Montevideo.*

Se excluye la patología neoplásica previamente diagnosticada y las complicaciones biliares de la equinocosis hepática.

Estudiamos las manifestaciones clínicas más salientes, estableciendo su correlación con las lesiones anatómicas operatorias, las afecciones asociadas más frecuentes y los problemas diagnósticos que plantearon nuestros pacientes.

Por último, establecemos las conclusiones de valor práctico que nos permitirán sustentar las bases imprescindibles para acercarnos al desideratum terapéutico de una mínima mortalidad y morbilidad.

La distribución por edad, es la siguiente: (Tabla 1)

TABLA 1  
DISTRIBUCION POR EDADES

65 a 70	45 (30 %)
70 a 75	42 (27.8 %)
75 a 80	24 (15.9 %)
80 a 85	22 (14.8 %)
85 a 90	14 (9.5 %)
más de 90	3 (2 %)

El pico de incidencia predomina entre los 65 y 75 años.

En cuanto a la distribución por sexo, predomina francamente el femenino (111 a 40), constituyendo aproximadamente el 70 %, hecho concordante con estudios estadísticos de otros medios [Saegesser (8), Hess (5)].

El promedio de internación global es de 25 días, esta cifra es elevada por sí misma y más aún teniendo en cuenta los casos de mortalidad en el postoperatorio inmediato.

### ASPECTOS CLINICOS Y PARACLINICOS

En nuestra serie de 155 casos, el inicio de los síntomas se produce entre 24 horas y 8 días antes del ingreso, con un máximo de incidencia entre 48 y 72 horas.

El dolor está presente en la totalidad de los casos.

El síndrome toxi-infeccioso se manifiesta por anorexia, astenia y deshidratación. En cambio la hipertermia, está ausente en aproximadamente 2/3 partes del número total de enfermos.

En 46 enfermos (31 % del total) había antecedentes de dispepsia hipoesténica.

Los hallazgos del examen físico son analizados en la tabla 2. Son fundamentales para el diagnóstico en todos los casos analizados.

TABLA 2

## HALLAZGOS DEL EXAMEN FISICO

Vesícula palpable	90	(60 %)
Reacción peritoneal	51	(33 %)
Ictericia	39	(26 %)
Ant. biliares	46	(31 %)
Hepatomegalia	19	(12 %)

Los datos aportados por la paraclínica se detallan en la tabla 3.

TABLA 3

## DATOS DE LA PARACLINICA

Leucocitosis por encima de 10.000	52 %
Disfunción hepatocítica	50 %
Sin estudios	26 %

La leucocitosis está elevada (por encima de 10.000) en 66 casos, de un total de 114 pacientes estudiados (54 %).

El estudio de la funcionalidad hepática, revela elementos de disfunción hepatocítica, en 22 pacientes sobre un total de 44 estudiados (50 %).

## DIAGNOSTICO

En la serie que analizamos, los diagnósticos clínicos fueron estos:

—En 90 casos se hizo diagnóstico de colecistitis aguda, comprobándose intraoperatoriamente en 3 de ellos la existencia de una peritonitis biliar (PB).

—En 6, piocolecisto.

—En 9, peritonitis biliar.

—En 4, no se hizo diagnóstico alguno, resultando 2 PB, una colecistitis aguda y un pichematolecisto.

—En 1, con diagnóstico de absceso subfrénico, resultó un absceso perivesicular.

—En 1, cólico hepático.

—En 1, pielonefritis, presentando una PB.

—En 1, oclusión intestinal, resultando una PB.

—En 3, absceso apendicular, que resultaron ser colecistitis agudas.

—En 1, síndrome pilórico, que presentó como patología asociada, una colecistitis aguda.

—En 34 enfermos se hizo diagnóstico de síndrome coledociano, de los cuales uno resultó una colecistitis gangrenosa, dos quistes hidáticos de hígado abiertos en vías biliares, y uno una fístula colecistoduodenal. Los restantes resultaron litiasis coledocianas.

—Finalmente en un enfermo se hizo diagnóstico de neoplasia de páncreas, resultando una litiasis coledociana.

En suma, los diagnósticos operatorios fueron:

- 109 colecistopatías (66 %).
- 16 peritonitis biliares (9 %).
- 31 litiasis coledocianas y angiocolitis (20 %).
- 2 QH abiertos en vías biliares.
- 1 fístula colecisto-duodenal.

## ASOCIACIONES LESIONALES

En 53 casos (32.2 % de los pacientes) no refiere la historia asociación lesional alguna. Las observadas más frecuentemente son:

17 (11.9 %) diabetes.

33 (22.2 %) insuficiencias cardíacas, en diversos grados.

18 (12 %) coronariopatías.

13 (8.9 %) insuficiencia respiratoria.

3 etilismos.

## COMENTARIO

La riqueza sintomatológica de las afecciones biliares agudas están en relación inversa con la edad. En el enfermo añoso no debe esperarse la clínica característica y completa de la enfermedad biliar aguda. Ella no aparece, o cuando lo hace, ya estamos en presencia de lesiones evolucionadas graves, fuera de todo tratamiento útil.

La sintomatología funcional del paciente geriátrico está, pues, indiscutiblemente atenuada con respecto al adulto medio.

Si bien el síntoma *dolor* estuvo presente en la totalidad de los casos, no guardó relación con la magnitud de los hallazgos clínicos u operatorios.

La variabilidad de sus caracteres (iniciación, tipo, localización) impide extraer conclusiones, aunque debemos señalar que su intensidad es de menor significación que en otras edades.

Analizando los datos del examen físico y de la paraclínica, cabe destacar:

1) La alta incidencia de compromiso lesional de la vía biliar principal (VBP), puesta de manifiesto por ictericia (26 %), lo que está de acuerdo con los hallazgos operatorios que mostraron un 20 % de litiasis coledociana. En el paciente geriátrico, la incidencia de complicaciones de VBP es mayor que en el adulto joven. En ello concuerda nuestra serie con las provenientes de otros medios (1, 2).

2) La mayor evolutividad de las afecciones biliares agudas del viejo con respecto al adulto se manifiesta a través de 51 síndromes peritoneales, es decir un 33 % del total.

Ello también debe incriminarse a la evolución de la afección con una marcada pobreza signológica. Sin embargo, la alta incidencia de peritonitis biliares abona el criterio del mayor genio evolutivo de estas afecciones.

3) La presencia de vesícula palpable sigue siendo un signo fundamental para el diagnóstico.

4) En contraposición a la pobreza del síndrome toxiinfeccioso, la leucocitosis elevada es un signo precoz y constante.

5) El alto porcentaje de trastornos funcionales hepáticos, evidencian la mayor sensibilidad del hepatocito del viejo frente a la agresión canalicular.

Revelan a la vez una nueva patología no siempre buscada, descubierta y tratada.

Ella es expresada por Schriefers [citado por Hess (5)], que establece el franco aumento de las complicaciones de este tipo en relación directa a la edad de la enfermedad del paciente: 4 % de cirrosis biliares antes de los 30 años, 32 % después de los 60 (5). Este hecho también es concordante con la mayor participación de la VBP en el viejo, y es otro factor importante a tener en cuenta en la decisión de tratamiento precoz de estos enfermos.

Del análisis de los diagnósticos clínicos realizados surge que:

1) La presencia de vesícula palpable condiciona el diagnóstico de colecistitis aguda (96 en nuestra serie, concordando con los 96 diagnósticos de colecistopatía obstructiva).

2) La presencia de ictericia lleva al diagnóstico de infección coledociana (39 ictericias clínicas y 34 diagnósticos de síndrome coledociano). En la gran mayoría reconocen a la litiasis como su causa, con alguna excepción atribuible al Q.H. que en nuestro medio debe ser siempre tenido en cuenta. Su sintomatología es totalmente indiferenciable de la litiasis.

3) En 11 casos (7,3 %) no se hizo diagnóstico de afección biliar aguda, de los cuales el 50 % fueron P.B.

De ello se infiere:

a) La P.B. constituye un problema diagnóstico difícil en el viejo, al tener una evolución solapada.

b) Que en el viejo, la no existencia de vesícula palpable y/o ictericia pueden hacer muy difícil el diagnóstico del origen biliar del abdomen agudo.

Finalmente, la ausencia de antecedentes dispepticos (presentes sólo en el 31 % de nuestra serie) no deben pesar para descartar la presencia de un cuadro biliar agudo (7).

La evolución asintomática de una litiasis explica estos hechos, pudiendo debutar con la complicación aguda en una tercera parte de los pacientes de nuestra serie.

Es destacable la alta incidencia de diabetes que se descubre en el episodio agudo. Ello conlleva dos hechos:

- 1) Se la debe investigar sistemáticamente.
- 2) Su presencia favorece la marcha evolutiva del componente séptico, ya de por sí acelerada en el paciente geriátrico.

La forma más efectiva de compensarla, en la mayoría de los casos, es el tratamiento quirúrgico del foco biliar (3).

La presencia de asociaciones lesionales no debe constituir un freno para el tratamiento de la afección biliar, sino un argumento más para que éste sea oportuno y precoz, eliminando la causa de la descompensación metabólica (4).

En todas las publicaciones, y con ello concuerda nuestra serie, el aumento de la mortalidad está en función del tiempo de evolución de la enfermedad, por las complicaciones que ello implica.

## CONCLUSIONES

1) El mayor promedio de vida, conlleva una mayor incidencia de la patología biliar.

2) Las condiciones generales del geronte, unidas a la mayor antigüedad de la enfermedad, favorecen la aparición de complicaciones agudas. Dentro de ellas la incidencia de las lesiones coledocianas y peritoneales, así como la injuria hepatocítica, son mayores (6).

3) La sintomatología funcional del viejo es atenuada.

4) La signología física es fundamental para el diagnóstico, y dentro de ella, la vesícula palpable y la ictericia son las más importantes y frecuentes. La hipertermia falta en general (2/3 de los casos).

5) La paraclínica es de importancia relativa. Dentro de ella, la leucocitosis alta es la más constante, sin embargo su ausencia no invalida el diagnóstico.

La alteración de la función hepatocítica es frecuente (50 %) y de ello surge la necesidad de su investigación sistemática, de gran valor en el postoperatorio.

6) El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es correcto, sin embargo, queda un porcentaje que sigue constituyendo un hallazgo operatorio (peritonitis biliar).

7) La alta incidencia de PB, unido a los pocos días de evolución, señala que la evolución lesional de la vía biliar aguda en el viejo, quema las etapas. Ello implica la existencia de un factor vascular en la génesis de la colecistitis aguda.

8) La alta incidencia de asociaciones lesionales, obliga a eliminar el círculo vicioso de —afección biliar, descompensación metabólica, mayor lesión biliar—, a través de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno.

9) En un alto porcentaje, el cuadro agudo revela una patología biliar hasta entonces asintomática (7).

## RÉSUMÉ

### Affections biliaires aiguës en gériatrie.

#### Analyse de 151 observations.

#### Concepts cliniques et diagnostic.

Révision diagnostique de 151 cas, de malades âgés de plus de 65 ans, présentant des tableaux biliaires aigus, d'origine non-néoplasique.

Analyse des manifestations cliniques les plus fréquentes, en faisant ressortir l'insuffisance symptomatologique par rapport à l'importance des découvertes opératoires; la proportion élevée de signes d'engagement de la voie biliaire principale (20 % de lithiase chole-docienne); la fréquence de complications péritonéales précoces (9 % de la série), qui sont souvent ignorées (7 cas sur 16); et la proportion élevée d'affections associées (surtout cardio-vasculaires et diabétiques), qui exigent un traitement opératoire précoce, pour corriger le déséquilibre que l'affection biliaire aiguë représente pour elles.

**SUMMARY****Acute biliary affections in geriatrics.  
Analysis of 151 cases.  
Clinical and diagnostic concepts.**

The authors performed a diagnostic review of 151 patients older than 65 who presented non-neoplastic acute biliary processes. The most frequent clinical findings were discussed, pointing out: the poor symptomatology related to the magnitude of the surgical findings; the high occurrence of signs of participation of the common bile duct (20 % of choledocholithiasis), the frequent early peritoneal involvement (9 % of the cases), so frequently ignored (7 cases out of 16), and the high incidence of associated affections (specially cardiovascular ailments and diabetes), which compel to an early surgery in order to correct the imbalance the acute biliary affection means for them.

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

1. CAROLI J. Maladie des voies biliaires. Paris. Flammarion, 1952.
2. COLCOCK B. Experiences with 1356 cases of cholecystitis and cholelithiasis. *Surg Gynecol Obstet*, 101: 161, 1955.
3. CONDON RE. Cholecystectomy in the aged. *Am J Surg*, 100: 544, 1960.
4. GLENN F. The age factor in the mortality rate of patients undergoing surgery of the biliary tract. *Surg Gynecol Obstet*, 100: 1118, 1955 .
5. HESS W. Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. Barcelona. Científico-Médica. 1968. 2ª Ed.
6. PATEL J, LATASTE J. Le traitement chirurgical précoce des cholécystites aiguës. *J Chir (Paris)*, 78: 493, 1959.
7. ROSOFF L, ROBBINS FG. Operative treatment of acute cholecystitis. *Surg Clin North Am*, 53: 1079, 1973.
8. SAEGESSER F. Le traitement de la cholécystite aiguë. *Helv Chir Acta*, 25: 311, 1958.