

Afecciones biliares agudas en geriatría

Análisis de 151 observaciones II. — Fundamentos terapéuticos y resultados

Dres. Guillermo Piacenza, Guillermo Mesa y Hugo Sáez*.

De los 151 enfermos estudiados, 72 fueron operados antes de las 48 horas de su ingreso. Se optó en ellos, dada su gravedad usual, por la colecistostomía en 45 casos, muchas veces (18) bajo anestesia local. La mortalidad de este grupo fue elevada, en general por afección asociada. En los pacientes operados en forma más diferida, mejor compensados, se realizaron 27 colecistectomías y sólo 18 colecistostomías. En 29 de 54 casos se actuó sobre la vía biliar principal. Debieron reintervenirse 5 de los pacientes colecistectomizados, por patología biliar residual. En presencia de estenosis distales o litiasis múltiple se optó por la colédoco-duodenostomía, con excelentes resultados. La incidencia de evisceraciones y fístulas fue mayor que en el adulto joven. La mortalidad general de la serie fue del 12.6 %.

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

Se efectúa a continuación el estudio del tratamiento de los 151 enfermos de nuestra serie (10), buscando valorizar las directivas terapéuticas y los resultados obtenidos. Se analiza con este fin, la conducta seguida, el tipo de intervención, así como sus resultados.

ANÁLISIS TERAPEUTICO

En 27 (17.5 %) de los enfermos de nuestra serie el tratamiento fue médico, se desconoce la evolución posterior de ellos, luego del alta.

En 124 (82.5 %) la directiva fue quirúrgica. De acuerdo al tiempo transcurrido entre el ingreso al Hospital y la realización del acto quirúrgico, éstos fueron divididos a los efectos del estudio en 3 grupos:

- 72 (58.1 %) enfermos, entre 0 y 48 hs.
- 24 (19.3 %) enfermos, entre 48 horas y dos días.
- 28 (22.6 %) enfermos, más allá de los 10 días.

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

* Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residentes de Cirugía.

Dirección: 8 de Octubre 2661, p. 1, Montevideo (Dr. Piacenza).

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

Primer Grupo.— Es el más importante cuali y cuantitativamente porque:

a) De los 124 enfermos operados, 72 (58.1 %) lo fueron dentro de este grupo. La indicación precoz está determinada por la progresión y magnitud de la afección por un lado y por el estado general precario y grave de estos pacientes. La propia urgencia de tratamiento obligó a operarlos sin completar la evaluación de su condición general y sin tratar las múltiples patologías asociadas en forma exhaustiva, puesto que el mejor tratamiento para la compensación del estado general y de los disturbios metabólicos asociados, es la solución quirúrgica de la afección biliar aguda. En consecuencia, en este grupo la táctica quirúrgica, está centrada pura y exclusivamente en salvar la vida del enfermo.

De los 72 pacientes, en 45 se hizo colecistostomía, 18 de las cuales fueron con anestesia local.

En 19, colecistectomía, una de las cuales con anestesia local.

En 5 colecistectomía más colédocostomía.

En los 3 restantes, colecistostomía más colédocostomía.

No se registran en este grupo intervenciones de derivación bilio digestivas ni colédocostomías aisladas.

De las cifras expuestas surgen algunas conclusiones:

1. La colecistostomía (4) es, en la urgencia del paciente geriátrico, frecuentemente una operación de necesidad, que surge de:

a) Mal estado general del enfermo (6).

b) Imposibilidad, en la urgencia, de balancear los riesgos del paciente frente a una anestesia general, basado ello en la frecuente asociación lesional agravada por el cuadro actual (13).

c) La imposibilidad y riesgo de explorar correctamente la vía biliar principal (VBP) en estas circunstancias, cuya participación es a esta edad más frecuente que en el joven (11).

d) El riesgo de intentar una terapéutica radical, que puede llevar a complicaciones graves, como ocurrió en 2 casos de nuestra serie: en uno, herida de hepático común y porta y en otro fístula biliar de causa desconocida, llevaron a la muerte de ambos enfermos.

2. A pesar de la eficacia de la colecistostomía, ello no implica que, cuando las condiciones locales y generales sean favorables, no se intente solucionar de una vez el problema del enfermo, mediante el tratamiento radical de su afección: colecistectomía y exploración obligatoria de la VBP (14).

3. En nuestra serie, las operaciones de derivación biliar se utilizaron con poca frecuencia. Merecen ser tenidas en cuenta, por ser un método sencillo, técnicamente fácil, y capaz de solucionar definitivamente el problema de obstrucción de la VBP, siempre y cuando la indicación sea correcta, reconociendo como primera premisa la existencia de una angiolitiasis supurada grave con un colédoco dilatado y de paredes engrosadas.

Segundo Grupo.— 24 pacientes:

- en 6, colecistostomía;
- en 4, colecistectomía;
- en 9, colecistectomía más coledocostomía;
- en 2, colecistostomía más coledocostomía, una de las cuales fue por Q.H. de hígado abierto en vías biliares;
- en 1, coledocostomía sola;
- en los dos restantes, coledocoduodenostomía.

Tercer Grupo.— 28 pacientes:

- 7 colecistostomías;
- 6 colecistectomías;
- 8 colecistectomías más coledocostomías;
- 3 colecistostomías más coledocostomías;
- 1 coledocostomía;
- 3 coledocoduodenostomías, configurando en el total de la serie 5 operaciones de derivación biliar.

Dada su similitud en número y conducta, pueden ser considerados en conjunto, a los efectos del presente análisis.

Como consecuencia directa de la mayor participación de la VBP, existe un claro predominio (29 en 54) de intervenciones que actúan sobre el colédoco.

La colecistostomía sigue estando presente, aunque en proporción netamente menor y sólo en aquellos casos en que por razones técnicas fuera imposible la colecistectomía (13).

Abona ello el hecho de que como consecuencia de la mejor compensación del enfermo, no hay ningún caso operado con anestesia local. Por otra parte, al ser obligatorio el abordaje coledociano, la colecistectomía pasa a segundo plano y constituye un complemento de aquél.

En definitiva, del análisis conjunto de los 3 grupos, surge una premisa fundamental en el viejo: la oportunidad operatoria, hecho el diagnóstico, no debe ser diferida, en presencia de algunos de los signos fundamentales: *reacción peritoneal, vesícula palpable y/o ictericia*.

Inciden en ello, como ya vimos, la rápida evolutividad de la enfermedad y lo precario del estado general, lo que, lejos de ser una contraindicación, obliga a la inmediata intervención, antes de que se agrave la descompensación.

RESULTADOS

De las colecistostomías realizadas (58 en total), 10 o sea el 15.7 % murieron en el postoperatorio inmediato, en 24 (42.5 %) resultó el tratamiento definitivo, 12 (21.2 %) fueron reoperados posteriormente para completar el tratamiento, y en 12 (21.2 %) se ignora la evolución posterior.

De las colecistectomías aisladas o asociadas a coledocostomía, 5 fueron reoperadas:

- 1 por litiasis residual;
- 1 por PB;
- 1 por salida accidental del Kehr;
- 2 por papilitis estenosante y estenosis distal por pancreatitis, en los que se hizo una coledocoduodenostomía en segunda instancia.

De las operaciones de derivación, 3 fueron por litiasis múltiple, una por tumoración pancreática de etiología no especificada, y una por papilitis estenosante.

Los resultados a largo plazo son imposibles de evaluar dada la carencia de información.

La alta mortalidad de que se acompaña la ostomía en el postoperatorio inmediato no hace más que remarcar la necesidad de una operación mínima en esos casos, máxime que, las causas de muerte responden a trastornos de orden general. El hecho de que en el 42.5 % haya resultado tratamiento definitivo, con un corto índice de hospitalismo, aportan el criterio de la corrección de su uso en la urgencia, y de que el 21.2 % que fueron reoperados luego para completar el tratamiento, habla en favor de su empleo como medida de salvación, pues en tales casos permitió salvar el trance agudo y operar luego en mejores condiciones para completar el tratamiento.

En las colecistectomías de este grupo, solas o asociadas a coledocostomía, la causa de reintervención fue imprevista, y atribuible a patología biliar remanente (8, 9, 12).

Esta eventualidad denota, indudablemente, un error de indicación, lo que en cirugía geriátrica cobra mayor significación.

Entre las causas de reintervención, aparece por primera vez en nuestra serie, la papilitis estenosante.

El bajo número de las mismas, contradice las cifras de Hess, quien admite el 51.7 % de papilitis en las coledocolitiasis y el 22.6 % en las colelitiasis, sin discriminar edades. En el paciente geriátrico, con mayor antigüedad de la afección, estas cifras deberían ser más altas. Llama la atención la discordancia de ellas, con las que surgen de nuestra serie, la que está de acuerdo con los porcentajes que da Lahey quien la encuentra solo en el 3.6 % (1, 2, 3).

Sin embargo es factible, que la papilitis, a veces pase inadvertida, teniendo en cuenta que, según Hess (8) la colangiomanometría es el único modo de diagnosticarla, y que en nuestra serie, sólo en 18 casos se practicó este examen.

Otro hecho destacable es, que sólo en un caso de la serie está consignada una patología pan-

creática, que por las mismas razones que la papilitis, debe tener en el geronte, mayor incidencia.

En cuanto a la coledocoduodenostomía, es destacable el excelente resultado obtenido con ella, en todos los casos en que se practicó, tanto desde el punto de vista funcional, como de la tolerancia por parte de los enfermos.

COMPLICACIONES

Desglosadas de acuerdo a la conducta, la colecistostomía presentó:

- fístula biliar en 4;
- flemón de pared en 5;
- evisceración en 3;
- fístula mucosa en 1.

Las restantes fueron complicaciones de orden general.

En la colecistectomía:

- 5 evisceraciones;
- 5 flemones de pared;
- 3 fístulas biliares, una de las cuales llevó a la peritonitis biliar;
- 1 sección de hepático común y vena porta.

La colecistectomía más coledocostomía:

- 3 fístulas biliares;
- 3 litiasis residuales;
- 1 evisceración.

La colecistostomía más coledocostomía y la coledocostomía sola presentaron una fístula biliar.

Es de destacar que la fístula biliar fue una complicación común a todos los procedimientos.

Por último, la mayor incidencia de la evisceración, es propia del terreno en que se actúa. El resto de las complicaciones locales no ofrece variaciones con respecto al adulto medio (8).

MORTALIDAD

Considerada globalmente, 19 casos (12.6 %).

Desglosados por conducta, uno no operado. De las restantes, en las colecistostomías, 10 muertes, destacándose que en todas ellas se mencionan causas de orden general en su etiología.

De las colecistectomías, 5 muertes, en 2 de las cuales las maniobras quirúrgicas fueron determinantes.

La colecistectomía más coledocostomía se acompañó de 2 muertes, una de ellas vinculada a la patología biliar.

La colecistostomía más coledocostomía tiene una muerte por PB.

La coledocoduodenostomía no presentó muertes.

Excluida la patología neoplásica, es concorde con las cifras de publicaciones extranjeras y sirve para mostrar que la patología biliar es grave en el viejo, con una conside-

rable tasa de mortalidad, y que como lo dice Avery Jones, de cada 8 enfermos, 1 muere de su enfermedad biliar (8).

ANATOMIA PATOLOGICA

De las 19 muertes, la necropsia se hizo en dos.

En el resto de las historias revisadas, constan sólo 39 informes anatomopatológicos, de los cuales 3 resultaron adenocarcinomas, mientras que los 36 restantes corresponden a la patología inflamatoria habitual.

De ello se infiere: una frecuencia considerable del neoplasma, que seguramente muchos pasan inadvertidos por no haber histología y que por ello, es inadmisibles que el estudio anatomopatológico no sea sistemático.

CONCLUSIONES

1) La oportunidad operatoria en el paciente geriátrico es más urgente que en el adulto medio, teniendo por finalidad primaria, salvar la vida.

2) La colecistostomía, en los cuadros agudos geriátricos, conserva plenamente su vigencia:

a) Por las condiciones generales del enfermo.

b) Por la imposibilidad de explorar correctamente en esas circunstancias, la VBP, frecuentemente afectada.

c) Al permitir mejorar las condiciones generales y locales con miras a una intervención posterior.

d) Tanto las complicaciones como la mortalidad de que se acompañan son atribuibles a trastornos de orden general.

e) Van seguidas de una rápida recuperación, con menor tiempo de internación.

f) Puede ser fácilmente realizada con anestesia local.

g) Está al alcance de cualquier medio y de cualquier equipo quirúrgico.

3) La colecistectomía, con exploración de la VBP es el tratamiento ideal, cuando las condiciones generales y locales lo permiten. Es sin embargo, una intervención mayor, que por lo tanto, debe ser definitiva. Por ello pretender imponer su indicación, cuando no se dan las condicionantes antedichas, puede poner en peligro la vida del enfermo o ser causa de reintervenciones complejas en pacientes que por su edad, no están en condiciones de soportarlo.

4) La coledocoduodenostomía frente a una litiasis múltiple, papilitis estenosante o pancreatitis cefálica, casos en los que habitualmente existe un colédoco dilatado y de paredes gruesas, tiene indicación precisa.

Es una operación, en esas condiciones, sencilla, bien tolerada por el viejo y que evita la exfoliación hidroelectrolítica que significa el drenaje biliar externo.

5) Las complicaciones postoperatorias, tanto las de orden general como local son similares a las del adulto joven, salvo una mayor

incidencia de evisceraciones y fistulas como consecuencia directa del terreno.

6) La tasa de mortalidad es mayor que en el adulto joven (7 %) (5, 6, 7).

7) La incidencia del cáncer es aquí más manifiesta y el estudio anatomopatológico debe ser sistemático.

RÉSUMÉ

Affections biliaires aiguës en geriatric.
Analyse de 151 observations.
Fondements thérapeutiques et résultats.

Sur les 151 malades étudiés, 72 ont été opérés dans les 48 heures qui ont suivi leur internement. La cholécystostomie a été la méthode choisie pour 45 cas, étant donné leur gravité et elle a été pratiquée parfois sous anesthésie locale (18 cas). La mortalité dans ce groupe a été élevée, par suite en général d'une affection conjointe. Chez les patients dont l'intervention était moins urgente, dans un meilleur état général, 27 cholécystectomies ont été pratiquées et 18 cholécystostomies seulement. Dans 29 cas sur 54 la voie biliaire principale a été intervenue. Il a fallu reopérer 5 malades qui avaient subi la cholécystectomie, par suite d'une pathologie biliaire résiduelle. En présence de sténoses distales ou de panlithiasis, le choix de la cholédocoléododénostomie a donné d'excellents résultats. La proportion d'éviscération et de fistules a été plus élevée que chez l'adulte jeune. La mortalité pour l'ensemble de la série a été de 12.6 %.

SUMMARY

Acute biliary affections in geriatrics.
Analysis of 151 cases.
Therapeutical basis and results.

Seventy-two out of the 151 patients studied were operated upon within 48 hours after admission. Because of the usual severity of the cases, cholecystos-

tomy was preferred in 45 cases, using local anaesthesia in many of them (18). In this group mortality was high, generally because of associated affections. In patients in whom surgery was delayed so that they were better balanced, 27 cholecystectomies and only 18 cholecystostomies were performed. In 29 out of 54 cases the common bile duct was acted upon. Five of the patients who had been cholecystectomized had to be re-operated due to residual biliary pathology. When distal stenosis or panlithiasis were present, choledocoléododénostomy was preferred, obtaining excellent results. The incidence of fistulas and evisceration was higher than in younger adults. General mortality in the series was 12.6 %.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAROLI J. Les papillites primitives icterogènes. Paris. Vigot, 1950.
2. CATTELL RE and BRAASCH JW. Management of patients with unsatisfactory results after cholecystectomy. *Surg Pract Lahey Clin Philadelphia*. Saunders, 1962, p. 505.
3. COLCOCK B. Experiences with 1356 cases of cholecystitis and cholelithiasis. *Surg Gynecol Obstet*, 101: 161, 1955.
4. CONDON RE. Cholecystectomy in the aged. *Am J Surg*, 100: 544, 1960.
5. GLENN F. Acute obstructive suppurative cholangitis. *Surg Gynecol Obstet*, 113: 235, 1961.
6. GLENN F. The age factor in the mortality rate of patients undergoing surgery of the biliary tract. *Surg Gynecol Obstet*, 100: 1118, 1955.
7. HALLBERG D. Mortality from cholelithiasis. *Acta Chir Scand*, 127: 502, 1964.
8. HESS W. Enfermedades de las vías biliares y del páncreas. Barcelona. Científico-Médica. 1968. 2ª Ed.
9. LATASTE J. La lithiase résiduelle de la voie biliaire principale. *Presse Méd*, 70: 2111, 1962.
10. MESA G, PIACENZA G y ARAÚJO R. Afecciones biliares agudas en geriatric. Análisis de 151 observaciones. I. Conceptos clínicos y diagnósticos. *Cir Urug*, 45: 307, 1975.
11. MIRIZZI PL. Operative cholangiography. *Surg Gynecol Obstet*, 65: 702, 1937.
12. MIRIZZI PL. Lithiase de la voie biliaire principale. Paris. Masson, 1957.
13. ROSOFF L and ROBBINS FG. Operative treatment of acute cholecystitis. *Surg Clin North Am*, 53: 1079, 1973.
14. SAEGESSER F. Le traitement de la cholécystite aiguë. *Helv Chir Acta*, 25: 311, 1958.