

Coledocoduodenostomía en pacientes mayores de 75 años.

Dr. Alberto Beguiristain, Dr. Guillermo Carriquiry,
Dr. Juan Domínguez, Dr. Alfredo Armand Ugón,
Dr. Alberto Estefan.

Estudio retrospectivo de 36 pacientes mayores de 75 años de colelitiasis a los que se le realizó una C-D. La alta incidencia de patología extrabiliar fue la causa de la morbimortalidad analizada.

Los resultados del tratamiento de la patología biliar fueron excelentes.

Se enfatiza la importancia del tratamiento de las enfermedades previas asociadas.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Biliary Tract Diseases / Surgery.

SUMMARY: Choledocoduodenostomy in patients aged over 75.

Retrospective study of 36 patients aged over 75, with cholelithiasis and treated by choledochoduodenostomy. The high incidence of extrabiliary pathology was the cause of the morbimortality observed.

Results of treatment of biliary pathology were excellent.

Emphasis is laid on the treatment of prior associated diseases.

RÉSUMÉ: Choledocoduodenostomie dans des malades âgés de plus de 75 ans.

On fait un étude rétrospective de 36 malades âgés de plus de 75 ans atteints de cholélithiase auxquels on a

Clinica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi). Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

praticqué une C-D. L'existence d'une grande incidence de pathologie extrabillaire fut la cause de la morbimortalité analysée.

Les résultats du traitement de la pathologie biliaire furent excellents.

Ils remarquent l'importance du traitement des maladies préalables associées.

INTRODUCCION

La coledocoduodenostomía (C-D) es una vieja operación descrita por Riedel en 1888⁽¹⁸⁾. Desde entonces ha pasado la prueba del tiempo demostrando sus bondades, especialmente en portadores de litiasis biliar y sobre todo en pacientes añosos^(2 8. 9. 11. 15. 24 y 25).

En la literatura nacional y extranjera consultada no hemos encontrado la referencia específica del comportamiento de la C-D en pacientes mayores de 75 años. Dada la edad, los antecedentes patológicos biliares y la patología asociada que suele acompañar a estos enfermos añosos, es que la operación propuesta debe ser sencilla, rápida y segura. Son éstas las cualidades más salientes de la C-D, a lo que se suma su alta efectividad^(1. 4. 6. 12. 13 y 28).

El objetivo de esta comunicación es el estudio retrospectivo de la C-D efectuada para el tratamiento de la colelitiasis en pacientes mayores de 75 años.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Residente de Cirugía, Médicos Auxiliares, Prof. Adjunto Inte-rino, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Cerro Largo 1257 ap. 2, Montevideo.
(Dr. A. Beguiristain).

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó el análisis retrospectivo de 36 C-D practicadas en la Clínica Quirúrgica "3" en el período comprendido entre Abril 1976 y Abril 1983 a pacientes con más de 75 años de edad.

El 75% (27/36) fueron mujeres y el 25% (9/36) hombres. (Tabla N° 1). La edad varió entre 75 y 95 años de edad con una media de 80.4 años. La distribución etaria agrupada cada 5 años señaló que el 55% tenían entre 75 y 80 años, destacando que el 45% de los pacientes tenían más de 80 años de edad. (Tabla N° 2).

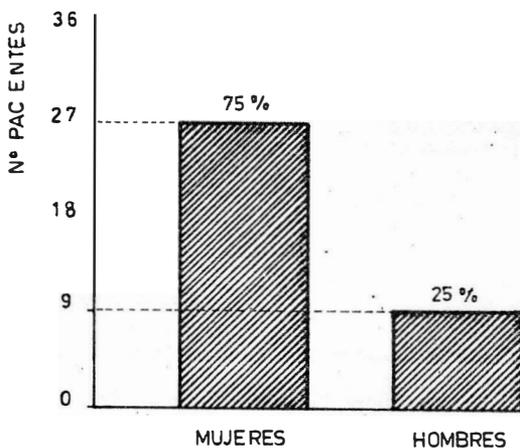


Tabla N° 1 — Distribución por sexo.

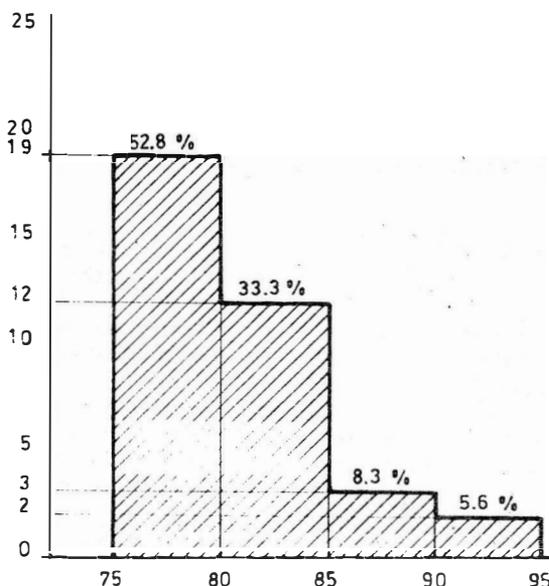


Tabla N° 2.— Distribución etaria cada 5 años.

La patología asociada extrabiliar estuvo en concordancia a la edad de los pacientes, vinculada fundamentalmente a la arterioesclerosis. El 50% (18/36) tenían antecedentes cardíacos (cardiopatía isquémica, fibrilación auricular). A ello hay que adicionarle el 19.4% (7/36) de hipertensos arteriales y el 22.2% (8/36) portadores de enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Es así que el 36.1% (13/36) eran portadores de dos patologías asociadas extrabiliares y el 22.2% (8/36) de una patología. Por último con tres patologías importantes asociadas previas el 5.5% (2/36). Por lo tanto el 63.8% (23/36) ya tenían afecciones previas.

Fueron analizados los valores de bilirrubina total y fraccionada en el preoperatorio. El 13.9% (5/36) tenían bilirrubinas por encima de 10mg%, todos a predominio de bilirrubina directa.

Todos los pacientes eran portadores de litiasis coledociana asociada o no con litiasis vesicular. EL 27.8% (10/36) de los casos ya habían sido intervenidos previamente por su patología biliar, practicando en ellos una colecistectomía. Fueron reintervenidos por ser portadores de litiasis coledociana residual o recidivante.

La presencia de colangitis simple se comprobó en el 47.2% (17/36) en el preoperatorio, corresponde al 38.5% (10/26) en los no operados y el 70% (7/10) en los ya intervenidos. Concomitantemente existieron casos con pancreatitis aguda leve comprobada clínica, paraclínicamente y/o en la exploración operatoria. Se comprobó el 27.8% (10/36) en el total de los pacientes, siendo en los no operados el 23.1% (6/26) y en los ya operados el 40% (4/10). Todos los portadores de pancreatitis aguda leve en los pacientes ya operados tenían una colangitis simple asociada.

El diámetro externo de los hepatocolédocos anastomosados tenían en todos los casos, más de 1.5cm, siendo la media de 2.8cm. La C-D realizadas fueron en su totalidad latero-laterales. La coledocotomía vertical y transversal se repartieron por igual. Las anastomosis practicadas con puntos separados en un tercio de los casos y en los dos tercios restantes con sutura continua.

Siempre se usó material sintético reabsorbible. En 3 casos (8.3%) se dejó un tubo de Kehr por encima de la anastomosis.

En todos los pacientes que aún tenían vesícula se les efectuó una colecistectomía.

RESULTADOS

Resultados inmediatos. La morbilidad global fue de 77.8%. Incluye: supuración parietal

27.8% (10/36), infección canalicular respiratoria 16.6% (6/36), tromboembolismo pulmonar 13.8% (5/36) y neumopatía aguda postoperatoria en el 8.3% (3/36). La insuficiencia cardíaca se presentó como descompensación de una cardiopatía previa.

En un caso fue la causa de muerte. La mortalidad operatoria (de 1 a 30 días) fue de 5.5% (2/36). Una mujer de 83 años instaló un tromboembolismo pulmonar masivo, mientras que otras de 95 años hizo una descompensación de su insuficiencia cardíaca.

Resultados mediatos y alejados. El 8.3% (3/36) presentó una persistencia del sufrimiento dispéptico. La misma incidencia tuvo la aparición de eventración de la laparotomía que se comprobó en tres pacientes que tuvieron supuración parietal.

El seguimiento de los 34 pacientes restantes fue de 9 pacientes entre 1 mes y 1 año, 10 entre 1 y 3 años, 5 entre 3 y 5 años y 5 más de 5 años. Se perdió el seguimiento en 5 pacientes.

DISCUSION

En la serie retrospectiva estudiada de pacientes mayores de 75 años todos eran portadores de litiasis biliar. El 45% tenían más de 80 años de edad y en su mayoría eran mujeres en una relación de 3 a 1.

Lo más importante a destacar es la alta incidencia de la patología asociada ligada a la edad: el 63.8% (23/36) tenían afecciones previas⁽²⁵⁾. La mortalidad operatoria la consideramos baja, 5.5% (2/36)^(2 7. 28). Las causas de muerte no estuvieron vinculadas a la patología biliar y/o directamente vinculada a la operación. La morbilidad tuvo como eje principal la patología previa.

Destacamos la efectividad del tratamiento quirúrgico instituido. No fue necesario reintervenir a ningún paciente por patología biliar. En todos retrocedió la ictericia, la colangitis y la pancreatitis aguda leve. Jerarquizamos la importancia de la valoración previa y tratamiento de las enfermedades asociadas tan frecuentes en la población estudiadas.

Quizás no esté en la mente del cirujano el tratamiento específico e intenso de estas afecciones concomitantes frente a la jerarquía de la patología biliar a tratar. A modo de ejemplo en ningún caso se hizo tratamiento profiláctico del tromboembolismo pulmonar. Recordamos que son pacientes añosos, que se movilizan poco, que permanecen en cama largo tiempo y portadores de otras patologías concomitantes predisponentes.

Un deceso se produjo por tromboembolismo pulmonar masivo en un paciente icterico (bilirrubina total 13,5mg%).

Tampoco se instituyó una antibioticoterapia profiláctica a pesar que el 27.8% tuvieron supuración parietal. Analizando los índices de morbimortalidad, los resultados mediatos y alejados en general son muy buenos. No se comprobó en el seguimiento alejado ningún caso de colangitis postoperatoria. EL reflujo digestivo-biliar, normal en esta operación, no desencadena colangitis.

Tampoco encontramos patología vinculable al fondo de saco ciego.

No hay diferencias significativas entre las anastomosis hechas con sutura continua a puntos separados. Tampoco en las coledocotomías verticales o transversales.

En algunos casos seleccionados es planteable contraponer a la C-D la papilotomía endoscópica⁽²²⁾. Tiene las ventajas de ser menos cruenta y una más rápida convalecencia. Sin embargo, no puede ser efectuada cuando el paciente tiene vesícula biliar, empedrado biliar o cálculos grandes (2.5cm o más). Por lo demás las C-D en manos de cirujanos de experiencia en cirugía biliar posee un índice de morbimortalidad similar a la papilotomía endoscópica.

La papiloesfinteroplastia puede ser en algunos casos una solución de alternativa frente a la C-D. Sin embargo, es por lo demás sabido^(10. 14. 27) que la papiloesfinteroplastia tiene mayor índice de morbimortalidad operatoria. Es por ello que en principio la C-D es de elección en pacientes añosos frente a la papiloesfinteroplastia.

Hacen excepción a esta regla las estenosis del Wirsung que requieren una sección del septum colédoco-Wirsungiano.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARNER H.: Choledochoduodenostomy with reference to secondary cholangitis. *Ann. Surg.* 163: 74, 1966.
2. CAPPER W.: External choledochoduodenostomy. An evaluation of 125 cases. *Br J. Surg.* 49: 292, 1961.
3. CHAMPEAU M., PINEAU P.: Etude critique et indications des anastomoses bilio-digestives. *Rev. Prat.* 6: 613, 1962.
4. DEL CAMPO J.: Anastomosis biliodigestivas. *Día Méd. Urug.* 79: 1754, 1963.
5. EDELMANN G., SCHONBUCH C.: La choledocoduodenostomie dans le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. *Ann. Chir.* 31: 221, 1973.
6. ENGELBERG M., AVRAHAMI I., ERDMAN S., REISS R.: Choledochoduodenostomy. A useful procedure in the management of benign disorders in the biliary tract. *Ann. Surg.* 8: 344, 1980.
7. FARRAR T., PAINTER M., BETZ R.: Choledochoduodenostomy. *Arch. Surg.* 98: 442, 1969.
8. GASKILL H., LEVINE B., SIRINEK K., AUST J.: Frequency and indication for choledochoduodenostomy in benign biliary tract disease. Reassessment of therapeutic application. *Ann. J. Surg.* 143: 218, 1982.
9. HUGUET C., MALAFOSSE M., GUEZ D., LOYGUF J.: La place des anastomoses de la voie biliaire principale au

- duodénum dans la chirurgie de la lithiase biliaire. Ann. Chir. 24: 1219, 1970.
10. HURWITZ A., DEGENSHEIN G.: The role of choledochoduodenostomy in common duct surgery reappraisal. Surgery 56: 1147, 1964.
 11. JOHNSON AG., HARDING-RAINS A.: Choledochoduodenostomy a reappraisal of its indications based on a study of 64 patients. Br. J. Surg. 59: 277, 1972.
 12. MADDEN J., GRUWEZ J., TAN P.: Obstructive (Surgical) jaundice: an analysis of 140 consecutive cases and a consideration of choledochoduodenostomy in its treatment. Am. J. Surg. 109: 89, 1965.
 13. MALLET-GUY P., JOUVINROUX P.: Resultats fonctionnels éloignés de la choledocoduodenostomie d'indication relative. Lyon Chir. 63: 543, 1967.
 14. MODDY F.: Aplicaciones quirúrgicas de la esfinteroplastia y la coledocoduodenostomía. Clín. Quir. Norte Am. 4: 891, 1981.
 15. MORENO GONZALEZ C., VALORIA J.: Nuestra experiencia en la mortalidad y morbilidad de la cirugía biliar por procesos benignos en la edad avanzada. Congr. Société International de Chirurgie, 23°. Buenos Aires 1969. Bruxelles, Société Internationale de Chirurgie, 1969, p. 199.
 16. ORECCHIA C., LOJACONO F., SIGAUDDO F., ARDIZZONE L., SARASSO E., CICONI E., ROSSO G., BOTTA C.: Considerazioni en 4.000 interventi operatori per calcolosi della via biliare. Min. Chir. 33: 27, 1973.
 17. PIQUINELA J.: Las anastomosis biliodigestivas en el tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal. Dia Méd. Urug. 26: 2989, 1960.
 18. RIEDEL H.: Ueber den zungenf + ermingen fortsatz des rechten leberlappens und seine pathognostische bedeutung für die Erkrankung der gallenblase nebst bemerkungen über gallensteinoperationen. Berl. Klin Wchnschr. 25: 577, 1888.
 19. RIEDEL H.: Erfahrungen über die ballensteinkrankheit mit und ohne icterus. Berlin. Hirschwald, 1892, p. 116.
 20. SANCHEZ ZINNY J., BARG S., FIGUEROA M., GANDASS M.: Coledocoduodenostomía externa. Rev. Argent. Cir. 6: 77, 1965.
 21. SCHEIN C., SHAPIRO N., GLIEDMAN M.: Choledochoduodenostomy as an adjunct to choledocholithotomy. Surg. Gynecol. Obstet. 146: 25, 1978.
 22. SHAPIRO H.: Diagnóstico y tratamiento endoscópico de enfermedades de las Vías biliares. Clín. Quir. Norte Am. 4: 825, 1981.
 23. SPRENGEL O.: Ueber eimen fall ven extirpation der gallenblase mit anlegung eimer communication zwischen ductus choledochus und duodenum. Arch. Klin. Chir. 42: 550, 1891.
 24. SUIFFET W., ITUÑO C.: Coledocoduodenostomía. Indicaciones, técnica y resultados. Cir. Urug. 44: 71, 1974.
 25. SULLIVAN D., HOOD TR., GRIFFEN W.: Biliary tract surgery in the elderly. Am. J. Surg. 143: 218, 1982.
 26. TOBLER A.: Problems of the aged and debilitated patients in Surgery of the biliary tract. Congr. Société Internationale, 23° Buenos Aires 1969. Bruxelles, Société Internationale de Chirurgie, 1969.
 27. VACAREZZA A.: Coledocoduodenostomía. Tesis de Doctorado. Fac. Medicina. Montevideo 1959 (Inédita).
 28. WHITE T.: Indications for sphincteroplasty as opposed to choledochoduodenostomy. Am. J. Surg. 126: 165, 1973.
 29. WRIGHT N.: Evaluation of the results of choledochoduodenostomy. Br. J. Surg. 55: 33, 1968.

COMENTARIO

Es un hecho ya conocido los excelentes resultados de la C.D. en patología biliar benigna sobre todo teniendo en cuenta que es una cirugía que se realiza en general en pacientes ancianos y en reintervenciones sobre la V.B. como sucede en la serie presentada.

En una serie publicada por nosotros sobre 51 C.D. tuvimos una mortalidad de 1,9% y en otra de nuestra clínica de 4,3% sobre 48 C.D. siendo más del 50% realizadas en reintervenciones sobre las V.B. aunque no todas ellas correspondieran a pacientes de más de 75 años. En la serie presentada en este trabajo la mortalidad llegó a 5,5%.

La morbilidad puede ser mejorada sustancialmente con 2 medidas profilácticas que usamos con gran frecuencia: calciparlna a dosis de Isoagulación y antibioticoterapia profiláctica.

No creemos de ninguna manera que se pueda afirmar, como lo hacen los autores, que "la papiloesfinterotomía sea una solución de alternativa frente a la C.D.", pues cada una de estas operaciones tienen sus indicaciones precisas y diferentes y a veces deben asociarse.

Los resultados alejados de la cirugía biliar precisan de un seguimiento más prolongado que el logrado en la mayoría de los pacientes de esta serie (en la de nuestra clínica mínimo 6 años) y en general los de esta operación son excelentes.

Anotamos una revisión bibliográfica nacional poco exhaustiva.

Dr. Bolívar Delgado.