

11209.
2 ej 38



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"

COLECISTITIS AGUDA EN EL ANCIANO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A

Dr. Miguel Gutiérrez Cáceres

DIRECTOR DEL CURSO:

DR. CESAR GUTIERREZ SAMPERIO

DIRECTOR DE TESIS: DR. FERNANDO PEREZ CATZIN

**ASESORES DE TESIS: DR. MARCO ANTONIO CASTRO RAMOS
DR. EDUARDO TAVARES VILLA**

MEXICO. D. F.

1985

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Es una realidad que el número de ancianos se ha incrementado (6,8,9,13), encontrándose un aumento de cinco veces de la población geriátrica de 1900 a 1960 y que continuará en aumento con el paso del tiempo (6,9).

Los ancianos se ven aquejados por una diversidad de problemas que van desde los de tipo social y psiquiátrico, aislamiento y permanencia en asilos, trastornos depresivos y demencia (2,6); trastornos de tipo médico como cardiovasculares, pulmonares, renales y enfermedades degenerativas (3,8,13,23,27); y quirúrgicos como apendicitis aguda obstrucción intestinal, trombosis mesentérica y colecistitis litiásica (9,11,15,16,21).

Este último es de los padecimientos quirúrgicos más frecuentes en los pacientes ancianos (13,21,23), existiendo reportes en los que se comprueba que la enfermedad calculosa de la vesícula biliar aumenta con la edad y llega a presentarse desde el 40% hasta el 50% de los pacientes de 70 años ó más (9,12,16,24,25). Así la colecistitis litiásica se encuentra entre las diez causas más frecuentes de cirugía en el anciano (1), llegándose a reportar en el primer lugar en algunas estadísticas (21,22,23).

Los cálculos biliares aparecen en un 15 a 20% del total de los adultos (estudios clínicos y de autopsia) (9, 19), la incidencia es mayor en los grupos de edad avanzada, con lo que a la edad de 75 años, una de cada tres personas presentan colelitiasis (25,26).

El 40 a 60% de los pacientes con colelitiasis son

asintomáticos pero seguidos de 5 a 20 años, un 50 a 60% de desarrollan colecistitis y un 20% complicaciones.

Krarpur señala que en pacientes de edad, el 42% tenían síntomas de más de un año de evolución, de ellos el 54% presentan ictericia y el 41% colecistitis aguda (16).

El pronóstico de la colecistitis aguda sin cirugía ha sido bien estudiado, mostrándose que del 40 al 50% desarrollan serias complicaciones, que pueden llegar a ser tan graves como pancreatitis, colangitis, gangrena y perforación de la vesícula (19,21,24,25,26), y en caso de realizarse cirugía de urgencia necesaria para resolverlas tiene un mayor índice de morbimortalidad (13,16,21).

Asimismo se señala que cerca de 150 pacientes que rehusaron operación 27 tuvieron necesidad de cirugía por varias complicaciones de la enfermedad litiásica vesicular en un lapso de 2 años (19).

Cuando se somete al paciente anciano a la cirugía de urgencia el curso trans y postoperatorio puede estar determinado por las modalidades de manejo no quirúrgico ya sea porque sus condiciones no son óptimas, ó bien porque requiere de otros cuidados médicos no bien delimitados que pueden modificar el curso aumentando la morbimortalidad.

La incidencia de enfermedad degenerativa en el viejo es mayor y esto parece ser la base del incremento en la causa de muerte (7,8).

Es bien conocido como los padecimientos quirúrgicos de emergencia están asociados a un incremento de la mortalidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades de las vías biliares se encuentran entre las afecciones mas comunes y son una causa importante de morbilidad, hospitalización y costo de la asistencia médica.

La frecuencia de enfermedades biliares aumenta con la edad (9,24), ya que entre los 50 y 65 años más del 20% de las mujeres y 5% de los varones las sufren.

Los pacientes con colecistitis aguda generalmente presentan dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, nausea y vómito. El dolor irradia con frecuencia a la región infraescapular derecha. Adicionalmente estos síntomas se acompañan de fiebre, leucocitosis hipersensibilidad, rigidez, y con frecuencia una masa palpable en la región subcostal derecha. El inicio repentino del dolor abdominal e hipersensibilidad en el área del cuadrante superior derecho siempre debe sugerir colecistitis aguda (20).

Sin embargo en el anciano el cuadro clínico puede ser engañoso (21), ya que no es bien definido, y no se puede sistematizar la información además de existir por lo general otras enfermedades concomitantes que por ellas mismas ó por los medicamentos que ingiera el paciente de algún modo van a modificar la sintomatología y signología esperada, retrasándose el diagnóstico y aumentando las complicaciones.

El diagnóstico es difícil de establecer, ya que su forma de presentación puede simular un problema médico poco importante, con datos clínicos no concluyentes y hallaz

gos de laboratorio poco significativo (9,14,28), pudiendo en ese momento estar sucediendo complicaciones tan graves como gangrena y perforación de la vesícula biliar (14,23, 24). En no pocas ocasiones al momento del diagnóstico el paciente anciano se encuentra en malas condiciones, ya sea por la evolución de su patología vesicular, por las enfermedades asociadas ó bien por ambas situaciones, deseando retardar la cirugía para esperar una buena respuesta al tratamiento médico, e indicar posteriormente una cirugía electiva (5); sin embargo con esta conducta se han obtenido malos resultados hasta en el 100% de los casos (28). Por esto en la actualidad existe la tendencia de optar por un tratamiento quirúrgico no retardado, que puede ser la única oportunidad de sobrevida (9,17,21,22,23,24,28).

En algunas estadísticas (10,21,22,23), la cirugía mas frecuente en el anciano es la de vías biliares, mientras que otras la señalan en segundo lugar.

En nuestro medio hasta el momento actual no existe ningún trabajo de investigación clínica que transcriba la experiencia quirúrgica en el paciente anciano con colecistitis aguda y sus complicaciones y determine la morbimortalidad de este padecimiento, por lo que es necesario establecer cual es la realidad del problema en nuestro medio.

OBJETIVOS

1. Establecer la frecuencia de la colecistitis aguda y sus complicaciones como causa de abdomen agudo en la población senil.
 - A) En el diagnóstico de probabilidad resaltar cuales son los signos y síntomas mas relevantes, asi como los estudios que lo apoyaron y llevaron a la decisión quirúrgica.
 - B) Determinar la morbimortalidad en función de las condiciones de salud previas del paciente geriatrico y determinar los factores pronósticos en la sobrevida cuando se interviene al paciente de urgencia.

MATERIAL Y METODOS

El presente es un estudio de investigación clínica, transversal, observacional, prospectivo y descriptivo.

Se analiza el total de pacientes ancianos que se llevó a cirugía de urgencia en el lapso de un año comprendido del 1o. de enero de 1984 al 31 de diciembre de 1984, en el Hospital General del Centro Médico La Raza.

Se estudian todos los pacientes con edad de 60 años ó más, de ambos sexos, de cualquier estado socioeconómico que se operaron con el diagnóstico de colecistitis aguda ó sus complicaciones, abdomen agudo que haya tenido como resultado una colecistitis aguda o bien cirugía electiva de vesícula ó vías biliares en los cuales se haya encontrado patología aguda de las mismas. Se valoran los siguientes parámetros: edad, sexo, antecedentes de patología vesicular, así como todos los datos que llevaron al diagnóstico como es el dolor y sus características, sintomatología acompañante, y los datos exploratorios que se encontraron. Se revisan los estudios de laboratorio realizados en el servicio de urgencias a los pacientes previamente a su cirugía como son la biometría hemática, la química sanguínea; y los estudios de gabinete como son la radiografía de abdomen y el ultrasonido abdominal.

Se analizan las patologías asociadas a la patología vesicular así como los factores de riesgo, para la realización de la cirugía como son el tabaquismo, el alcoholismo, la obesidad, y otras patologías. Asimismo se analiza el diagnóstico y el tipo de cirugía más frecuentemente realizada y las complicaciones encontradas después de la ciru--

gia.

Se estudia también la morbimortalidad global y el tiempo de estancia secundarios al procedimiento quirúrgico.

RESULTADOS

Del 1o. de enero al 31 de diciembre de 1984 se realizaron en el Hospital General del Centro Médico La Raza un total de 667 cirugías de urgencia de las cuales 82 (12.29%) fueron realizadas en pacientes ancianos, y de estas, 42 (51.21%) fueron operados por colecistitis aguda.

De un total de 165 pacientes a los cuales se operó por colecistitis aguda 42 (25.45%) correspondieron a pacientes ancianos.

Se estudiaron 42 pacientes de los cuales 26 (61.90%) correspondieron al sexo femenino y 16 (38.09%) al sexo masculino con una relación de 1.62:1.

El promedio de edad fue de 68.64 años, siendo el de menor edad de 60 años y el de mayor de 86 años.

Se encontró antecedente de patología vesicular en el 50% de los casos (Tabla No.1).

Cólico vesicular	19(45.23%)
Intolerancia a colecistoquinéticos.	17(40.47%)
Ictericia	2(4.76%)
Sin antecedentes	21(50.00%)

Tabla No.1

La sintomatología mas frecuente es el dolor el cual se presentó en el 100% de los casos seguido por la nausea, el vómito, la fiebre y la ictericia (Tabla No.2).

Dolor	42 (100%)
Nausea	36 (85.71%)
Vómito	32 (76.19%)
Fiebre	16 (38.09%)
Ictericia	12 (28.57%)

Tabla No.2

El sitio del dolor se localizó en el cuadrante superior derecho (CSD) en el 52.35% de los casos y en el epigastrio en el 50% teniendo otras localizaciones en el 11.9%.

El tipo de dolor fue cólico en el 50% de los pacientes, la intensidad fue variable siendo moderado ó intenso en el 30.95% y 42.85% de los casos respectivamente.

La irradiación mas frecuente fue al hipocondrio derecho en 23.8% y a escápula en 21.42%, no presentándose irradiación en 9.5% de los pacientes.

Hubo factor desencadenante de la sintomatología en solo 13 pacientes (30.95%).

Durante la exploración física se encontró dolor abdominal en 90.47% de los casos siendo el abdomen blando en el 66.66%, con resistencia muscular en 38.09% y con datos francos de irritación peritoneal en el 33.33%.

En 29 pacientes (69.04%) se encontró una tumoración en el CSD, ya sea como vesícula palpable, o bien un plastrón mal delimitado.

La peristalsis se encontró normal en el 35.71% disminuida en el 42.85% y aumentada en el 2.63%.

LABORATORIO

BIOMETRIA HEMATICA:

Del total de pacientes estudiados se encontró cifras normales de hemoglobina en el 67.56% de los casos, poliglobulia en el 18.91% y anemia en 13.51%.

Hubo leucocitosis en el 72.90% de los pacientes y se encontraron cifras normales en 27.02%, habiéndose presentado neutrofilia en el 69.04% y neutropenia en 2.77%, cursaron con cifras normales de neutrófilos el 14.28% de los casos.

Es notorio que el 72.22% no se presentó bandemia.

QUIMICA SANGUINEA:

La glucosa se encontró elevada en el 56.25%, siendo de estos diabéticos el 55%.

La creatinina se encontró normal en la mayoría de los casos 76.66% así como la urea 94.11%.

GABINETE

RX. DE ABDOMEN:

Fue positiva en el 96.96% de los pacientes encontrándose en ella diversos datos que sugerían patología abdomi-

nal aguda. (Tabla No.3)

Opacidad en zona vesicular	15 (45.45%)
Asa centinela	17 (51.51%)
Rechazamiento del colon	4 (12.12%)
Colon dilatado	2 (6.06%)
Cálculos visibles	2 (6.06%)
Dilatación gástrica	1 (3.03%)
Gas libre	1 (3.03%)
Borramiento de psoas	1 (3.03%)
Ileo generalizado	1 (3.03%)

Tabla No.3

ULTRASONIDO ABDOMINAL:

Tuvo un buen índice de seguridad en el diagnóstico siendo positivo en el 70.07% de los casos, habiéndose presentado 18.51% falsos negativos y 7.04% de falso positivos.

PATOLOGIAS ASOCIADAS

Las mas frecuentemente encontradas fueron la obesidad en casi la mitad de los pacientes (42.85%) seguidos por la hipertensión arterial sistémica y la diabetes mellitus, esta complicada con hiperglucemia en el 70% y con cetoacidosis en el 20% de los casos, y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la cardiopatía (Tabla No.4).

Obesidad	18 (42.85%)
H.T.A.S.	12 (28.57%)
D. Mellitus	10 (23.80%)
E.P.O.C.	9 (21.42%)
Cardiopatía	9 (21.42%)
Cirrosis Hepática	2 (4.76%)
Úlcera Péptica	1 (2.38%)
Enf. Vascular Cerebral	1 (2.38%)

Tabla No.4 Patologías Asociadas

FACTORES DE RIESGO

Sólo en tres pacientes no hubo factores de riesgo para la cirugía presentándose en los demás de 1 hasta 6 (Tabla No.5).

0	3 (7.4%)
1	11 (26.19%)
2	12 (28.57%)
3	7 (16.66%)
4	6 (14.28%)
5	2 (4.76%)
6	1 (2.38%)

Tabla No.5 Número de factores de riesgo

DIAGNOSTICO

El diagnóstico preoperatorio se realizó en forma correcta en el 73.80% de los pacientes siendo incorrecto en el 26.19% y presentándose duda diagnóstica en el 14.28%.

El diagnóstico más comúnmente realizado fue el de p_{ic}olecístico en el 69.04%, siendo de estos perforados 7.14% y con vesícula gangrenada 7.14% (Tabla No.6).

Piocolécisto	29 (69.04%)
Hidrocolécisto	7 (16.66%)
Coledocolitiasis	7 (16.66%)
Colangitis aguda	4 (9.52%)
Ca. Páncreas	1 (2.38%)
Ca. Vesícula	1 (2.38%)

Tabla No.6 Diagnóstico Postoperatorio

La cirugía más comúnmente realizada fue la colecistectomía simple en el 61.90% con o sin colangiografía transoperatoria, se exploró la vía biliar en el 33.33% de los casos.

COMPLICACIONES

En forma global se presentaron complicaciones en 20 pacientes (47.61%) y evolucionaron sin complicación 22 (52.38%).

Las complicaciones se dividieron en dos grupos, las relacionadas directamente al procedimiento quirúrgico y las no relacionadas al mismo.

Las complicaciones relacionadas a la cirugía se presentaron en el 26.19% de los pacientes siendo la causa mas común la infección de la herida quirúrgica (Tabla No.7).

Infección de herida quirúrgica	10 (23.80%)
Fistula biliar	3 (7.14%)
Absceso residual	1 (2.38%)
Litiasis residual	1 (2.38%)

Tabla No.7 Complicaciones Inherentes a la Cirugía

Requirieron reoperación únicamente dos pacientes el de absceso residual y el de litiasis residual, (4.76%).

Los pacientes con infección de herida quirúrgica y con fistula biliar se manejaron medicamente con evolución satisfactoria.

No se presentaron defunciones en este grupo.

Las complicaciones no relacionadas directamente al procedimiento quirúrgico se presentaron en el 30.95% de los casos siendo la mas común la descompensación de la diabetes mellitus (9.52%) en 4 pacientes, siendo variado otro tipo de complicaciones, (Tabla No.8).

Diabetes Mell. Descompensada	4 (9.52%)
Insuficiencia Cardíaca	1 (2.38%)
Retención Aguda de Orina	1 (2.38%)
Neumonía	1 (2.38%)
Sangrado Digestivo Alto	1 (2.38%)
Ileo Postoperatorio	1 (2.38%)
Crisis Asmática	1 (2.38%)
Insuficiencia Renal Aguda	1 (2.38%)
Insuficiencia Hepática	1 (2.38%)

Tabla No.8 Complicaciones no Relacionadas al
Procedimiento Quirúrgico

MORTALIDAD

Unicamente se presentaron dos defunciones, las cuales no se relacionaron directamente al procedimiento quirúrgico.

Uno de los casos fue por insuficiencia renal y hepática en paciente con patología previa.

El otro caso por muerte súbita al tercer día postoperatorio.

En total la mortalidad fue del 4.76%.

La estancia hospitalaria promedio fue de 12.9 días siendo la menor de 4 y la mayor de 50 días.

El retraso en el diagnóstico en promedio fue de 2.02 días siendo el mayor de 15. días.

CONCLUSIONES

La colecistitis aguda es un padecimiento frecuente en la población general. Hay que reconocer la importancia del padecimiento en el anciano (24), ya que en nuestro medio, una de cuatro cirugías por colecistitis aguda es realizada en pacientes de este grupo de edad.

Asimismo, en el total de las cirugías de urgencia realizadas en el anciano, ocupa mas de la mitad de las causas, siendo así el primer lugar como indicación de cirugía de urgencia en el anciano (8,10,21,22,23).

El padecimiento es mas frecuente en el sexo femenino (16), presentándose en una relación de 1.62:1, a diferencia de otros grupos de edad en los que se presenta en proporción de 3:1.

Se encontró en una edad promedio de 68 años.

Es importante remarcar que la mitad de los pacientes refieren algún antecedente de patología vesicular, lo cual concuerda con otros reportes (9,16,24,25).

El cuadro clínico es similar con lo descrito en otros grupos de edad en el cual hay dolor, nausea, vómito, fiebre e ictericia (4,5,18,21,24,26).

Con respecto al dolor, el cual se presentó en todos los pacientes es referido al CSD ó al epigastrio, ambos en el 50% de los casos respectivamente. El dolor fue de tipo cólico en solo la mitad de los casos y de intensidad variable, lo cual dificultó en algunos casos el diagnóstico.

Asimismo aunque la irradiación mas frecuente fue la clásica al hipocondrio derecho y a la escápula, estos se presentaron apenas en la cuarta parte de los pacientes respectivamente, también hay que señalar que solo hubo un factor desencadenante de la sintomatología en la tercera parte de los casos.

Con respecto a la exploración física un dato importante es que se encontró dolor localizado al CSD ó en el epigastrio, aproximándose ambos al 95%.

Hay que señalar que solo la tercera parte de los pacientes presentan datos de irritación peritoneal y la peristalsis estuvo alterada solo en la mitad de los pacientes por lo que estos no son confiables para llegar al diagnóstico cuando no se presentan.

Por otra parte se palpó una tumoración en el CSD en casi el 70% de los pacientes, dato importante para sospechar en patología vesicular.

Resumiendo, ante un paciente anciano que se presenta de urgencia con dolor abdominal en epigastrio ó en CSD, no importando el tipo ó la intensidad del mismo, y sobre todo que se encuentre dolor durante la exploración ó una tumoración en el CSD, habrá que descartar como primera posibilidad, una colecistitis aguda, sin importar que no se encuentren datos de irritación peritoneal ni alteraciones en el tránsito intestinal (18).

Con respecto a los estudios de laboratorio se encontró que en general los pacientes presentaron cifras normales de hemoglobina habiendo poliglobulia en casi el 20% de ellos, lo que es un indicador de enfermedad pulmonar obs--

tructiva crónica.

Contrario a lo expuesto en diversos reportes (9,14, 21,28) hubo buena respuesta leucocitaria (5) en la mayoría de los pacientes, así como neutrofilia, siendo estos buenos indicadores de padecimiento agudo. Sin embargo hay que señalar que no se presentaron formas jóvenes de neutrófilos en más del 70% con lo que concluimos que su ausencia no descarta en estos pacientes una patología aguda.

La glucosa sérica se encontró elevada en más de la mitad de los pacientes siendo esto debido a que se trataba de pacientes diabéticos en más de la mitad de los casos (25% del total de pacientes estudiados) y el resto debido a diabéticos no conocidos, o bien como simple respuesta metabólica a la patología aguda.

La urea y la creatinina como indicadores de función renal se encontró normal en la mayoría de los casos.

En cuanto a los estudios de gabinete la Rx de abdomen es un estudio de gran valor, ya que reveló positividad en 96.6%, en cuanto a que había una patología abdominal aguda, y de estos casi en la mitad de los casos se encontró una opacidad en la región vesicular que sugería patología a dicho nivel.

Este estudio no deja de tener la limitación de ser muy subjetivo en cuanto a su interpretación.

El ultrasonido abdominal es un estudio de gran valor (21), teniendo un índice de positividad del 70%, y es más objetivo en cuanto a su interpretación. Sin embargo no está exento de errores (falsos, positivos ó negativos), y esto depende en gran parte de la experiencia que se tenga en

la interpretación de este estudio.

Podemos afirmar que contrario a lo expuesto en otros estudios (9,14,28), la respuesta leucocitaria en este tipo de pacientes es adecuada, por lo que la biometría hemática es de gran valor en la evaluación de los pacientes ancianos con padecimiento agudo, y por otra parte la Rx de abdomen y el ultrasonido abdominal asociados son indispensables para apoyar el diagnóstico de colecistitis aguda.

Es un hecho que los ancianos tienen una mayor morbimortalidad en relación a otros grupos de edad, y esto se debe a que presentan patologías sistémicas asociadas que aumentan el riesgo de un procedimiento quirúrgico. En el estudio se encontró que los mas frecuentes son la obesidad, destacándose esta por presentarse en el 42%, la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, presentándose uno ó mas factores de riesgo en mas del 96% de los pacientes (21).

Con los parámetros señalados es posible hacer el diagnóstico correcto en el 73.8% de los casos lo que es un buen índice de seguridad.

Es muy importante señalar que el diagnóstico mas común fue el pirocolecisto y de este aproximadamente el 15% fueron perforados ó gangrenados (complicaciones graves), lo que indica la necesidad de hacer un diagnóstico correcto lo antes posible.

El objetivo de la terapia en la colecistitis aguda es el tratamiento definitivo con un mínimo de morbimortalidad (5).

La colecistectomía simple es un buen procedimiento quirúrgico (4), fue el mas utilizado y la morbimortalidad no es alarmante.

Por otra parte hay que señalar que se exploró la vía biliar en la tercera parte de los pacientes, encontrándose coledocolitiasis en el 16.6% de ellos, cifra que concuerda con otros reportes (16,24).

La morbilidad global es elevada (47.61%), predominando las complicaciones relacionadas al procedimiento quirúrgico, siendo la mas común la infección de la herida quirúrgica (21); y de las no relacionadas al mismo la descompensación de la diabetes mellitus.

Requirieron reoperación solo dos pacientes (4.76%) uno por litiasis residual y otro por absceso residual los que posteriormente evolucionaron satisfactoriamente.

La mortalidad fue de 4.76% menor que en otros reportes (5,9) siendo estas por complicaciones no relacionadas directamente al procedimiento quirúrgico.

La estancia hospitalaria fue de 12.9 días aunque esta se vió incrementada por tres casos de 40,47 y 50 días siendo éstos por reoperación los dos primeros y por complicación pulmonar el último que excluyéndolos es de 10.4 días.

El retraso en el diagnóstico fue de 2.02 días, que concuerda con otros reportes (5), en promedio principalmente por duda diagnostica o bien porque se consideraron también a pacientes que se operaron en forma electiva, 6 (14.28%) habiendo presentado éstos patología aguda.

COMENTARIO

El número de pacientes ancianos sometidos a cirugía se ha incrementado, debido a un aumento en la población, mejores medios de diagnóstico, y a un mayor número de cirujanos deseosos de atender la patología quirúrgica en el paciente senil (22).

La colecistitis aguda es una enfermedad grave y letal, puede ocurrir en pacientes sin saberse previamente enfermos del tracto biliar, quienes son severamente comprometidos por trauma o disfunción gastrointestinal y requieren medidas intensivas prolongadas. El inicio es insidioso y la presentación de síntomas es inconstante, y su descuido lleva a la necrosis de la vesícula con sepsis ó muerte (18).

En la colelitiasis el cólico biliar y las complicaciones son indicaciones de cirugía (19).

La cirugía electiva esta indicada (19,25) suponiendo una mortalidad disminuida y con menor número de complicaciones, teniendo el concepto de no relegar un manejo agresivo en los ancianos, la decisión quirúrgica no es sencilla y el diagnóstico puede ser difícil de establecer, pudiendo coexistir un gran número de factores asociados. Este grupo de pacientes requieren mayores cuidados que otros pero al poseer características especiales, es prioritario entenderlas, para instituir un tratamiento adecuado y conseguir una mejor evolución de los problemas que los aquejan (9,11,21,22,28).

La colecistectomía es el procedimiento quirúrgico de elección, sin embargo la colecistostomía es un procedimiento seguro que puede ser realizado rápidamente en un selecto grupo de pacientes con colecistitis aguda (4).

La colecistitis aguda es un procedimiento serio y frecuentemente el tratamiento quirúrgico es mandatorio (9).

La mortalidad del tracto biliar se ha reducido, con la colecistectomía simple, pudiéndose afirmar que la evolución de los pacientes ancianos después de cirugía urgente a este nivel es satisfactoria.

Sin embargo no hay que olvidar que estos deben ser operados en forma temprana ya que éstos toleran menos las complicaciones graves como la gangrena y la perforación de la vesícula.

Por otra parte hay que señalar que el anciano con enfermedad del tracto biliar debe ser siempre candidato a cirugía electiva, ya que está demostrado que es mayor la mortalidad en la cirugía de urgencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Andersen, B., Ostberg, J.: Long - Term prognosis in geriatric surgery: 2-17 year follow up of 7922 patients. 1972, Jr. Am Geriatrics Soc., 20:255-257.
2. Campbell, A.J., Mc. Cosh, L.M., et al.: Dementia in old age and the need for service. 1983, Age and Ageing., 12:11-16.
3. Chadwick, D.: Reducing anesthetic risks for the geriatric surgical patient. 1973, Geriatrics., 10:108-112.
4. Gagic, N.: The result of cholecystectomy for the treatment of acute cholecystitis. 1975, Surg Gynecol Obstet., 140:255.
5. Gagic, N.: Acute cholecystitis. 1975, Surg Gynecol Obstet., 140:868.
6. Georgotas, A.: Affective disorders in the elderly: Diagnostic and research considerations., 1983, Age and Ageing., 12:1-10.
7. Glen, F.: Trends in surgical treatment of calculous disease in biliary tract. 1975, Surg Gynecol Obstet., 140:877.
8. Glenn, F., Mc. Sherry, Ch.: Etiological factors in fatal complications following operations upon the biliary tract. 1963, Ann Surg., 157:695-706.
9. Glenn, F.: Surgical Management of Acute Cholecystitis in patients 65 years of age and older. 1981, Ann Surg. 56.
10. Greengurg: Mortality and gastrointestinal Surgery in the aged. 1981, Arch Surg., 116:788-791.
11. Griffiths, J.M.: Surgical Policy in the over seventies. 1972, Geront Clin., 14:282-296.

12. Herman, R.E.: Biliary disease and advancing age. 1969, *Geriatrics.*, 24:139.
13. Herron, P., Jesseph, J., et al.: Analysis of 600 major operations in patients over 70 years of age. 1960, *Ann Surg.*, 152:686-698.
14. Hinchey, E., Elias, G., et al.: Acute cholecystitis. 1965, *Surg Gynecol Obstet.*, 120:475-480.
15. Ishii, T., Hosoda, Y., et al.: Cause of death in the extreme aged - a pathologic survey of 5106 elderly persons 80 years old and over. 1980, *Age and Ageing.*, 9:81-89.
16. Krarup, T., Sonderstrup, J., et al.: Surgery for gallstones in old aged: Do we operate too late?. 1982, *Acta Chir Scand.*, 148:263-266.
17. Linn, B., Linn, M., et al.: Evaluation of results of surgical procedures in the elderly. 1982, *Ann Surg.*, 195:90-96.
18. Long, T.H.: Acalculous cholecystitis in critical 111 patients. 1978, *Am Jour Surg.*, 136:31-36.
19. Lund, J.: Surgical indications in cholelithiasis: Prophylactic cholecystectomy elicidated on the basis of long-term follow up on 526 nonoperated cases. 1960, *Ann Surge.*, 151(2):153-162.
20. Matolo, N.M.: Enfermedades de las vías biliares. 1981, *Surg Clin North Am.*, 4:857-865.
21. Morrow.: Acute cholecystitis in the elderly. 1979, *Arch Surg.*, 66(2):69-79.
22. Reiss, R., Deutsch, A., et al.: Decision-making process in abdominal surgery in the geriatric patient. 1983, *World J. Surg.*, 7:522-526.
23. Steiger, E., Seltzer, M. et al.: Cholecystectomy in the aged. 1971, *Ann Surg.*, 174:142-144.

24. Sullivan, D., Hood, T., et al.: Biliary tract surgery in the elderly. 1982, *Am Jr. Surg.*, 143:218-220.
25. Wenchert, A.: The natural course of gallstone disease (eleven years review of 781 nonoperated cases). 1966, *Gastroenterology.*, 50 (3):376-381.
26. Wilbur, R.: Incidence of gall bladder disease in "normal" men. 1959, *Gastroenterology.*, 36(2):251-255.
27. Wiren, J., Janzon, L.: Risk factors for postoperative respiratory complications and their predictive value. 1982, *Acta Chir Scand.*, 148:479-484.
28. Ziffren, S., Hartford, Ch.: Comparative mortality for various surgical operations in older versus younger age groups. 1972, *Jr. Am Geriatrics Soc.*, 20:485-489.