



11209
134
2y

Universidad Nacional Autónoma
de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

“COLECISTECTOMIA EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS”

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. ROGELIO ENRIQUE VIETO RODRIGUEZ

ASESOR: DR. DAVID JUAREZ CORONA



IMSS

MEXICO, D. F.

1994

1995



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.

DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital General Centro Médico "La Raza"

DR. JAVIER ORTEGA GONZALEZ

Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación
Hospital General Regional No 25-IMSS

DR. ANGEL ZARATE AGUILAR

Profesor Titular del Curso de Cirugía General
Hospital General Centro Médico "La Raza"

DRA. GRACIELA ZERMENO GOMEZ

Profesora Adjunta del Curso de Cirugía General
Hospital General Centro Médico "La Raza"

DR. DAVID JUAREZ CORONA

Asesor de Tesis

Hospital General Regional No 25 IMSS

DEDICATORIA

DOY GRACIAS A DIOS:

POR PERMITIRME LOGRAR MIS OBJETIVOS.

A MIS PADRES:

**POR SU EJEMPLO DE SUPERACION
Y APOYO EN TODO MOMENTO.**

A MIS HERMANOS:

POR LA UNION QUE NOS CARACTERIZA.

A ZULY MI AMOR:

POR SU ETERNA COMPRESION Y APOYO.

A MIS HIJOS:

POR LLENAR MI VIDA DE ALEGRIA Y ESPERANZAS.

AGRADECIMIENTOS ESPECIALES

DR. DAVID JUAREZ CORONA

MEDICO CIRUJANO DEL H.G.R.25 IMSS


**POR SU CONSTANCIA Y APOYO INCONDICIONAL EN LA
ELABORACION DE ESTA TESIS.**


DR. SERGIO FLORES GOMEZ

MEDICO JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL H.G.R.25 IMSS


DR. SAMUEL BENTLES CARBAJAL

MEDICO CIRUJANO DEL H.G.R. 25 IMSS


DR. FRANCISCO GOMEZ BAUTISTA

MEDICO CIRUJANO DEL H.G.R. 25 IMSS

INDICE

	PAG.
TITULO DEL TEMA	1
OBJETIVO	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
HIPOTESIS	5
INTRODUCCION	8
MATERIAL	9
METODO	10
RESULTADOS	11
COMENTARIOS Y DISCUSION	25
CONCLUSIONES	30
BIBLIOGRAFIA	31

TITULO DEL PROYECTO

COLECISTECTOMIA EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS DE EDAD

UNIDAD DONDE SE EFECTUO EL ESTUDIO
HOSPITAL REGIONAL DE ZONA No.25 " IGNACIO ZARAGOZA "
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AREA PRIORITARIA

CIRUGIA GENERAL

OBJETIVO

EVALUAR LA MORBIMORTALIDAD DE LOS PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE SE SOMETEN A COLE - CISTECTOMIA DE URGENCIA Y COMPARARLA CON LA QUE SE PRESENTA EN LA COLECISTECTOMIA ELEC - TIVA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La patología de la vesícula y vía biliar aumenta con la edad. El grupo específico de pacientes mayores de 60 años tiene una alta frecuencia de enfermedades asociadas que incrementan la morbimortalidad. Existe la evidencia de que la colecistectomía electiva es el procedimiento que ofrece mejores resultados, por lo cual decidimos comparar estadísticamente esta evidencia con las colecistectomías realizadas en forma urgente.

HIPOTESIS

Existe realmente significancia en la morbimortalidad de la colecistectomía realizada de urgencia en comparación con la electiva en pacientes mayores de 60 años de edad ?

CRONOGRAMA

		DIA	MES	AÑO
ETAPA I	MONTAJE E INSTRUMENTACION	08	04	94
ETAPA II	DESARROLLO DE TECNICAS	12	04	94
ETAPA III	OBTENCION DE DATOS	15	10	94
ETAPA IV	ANALISIS DE RESULTADOS	30	10	94
ETAPA V	PRESENTACION DEL INFORME TECNICO FINAL	30	10	94

TIPO DE ESTUDIO

RETROSPECTIVO

TRATAMIENTO ESTADISTICO

JI CUADRADA

EN BASE A:

BUENA EVOLUCION - SIN COMPLICACIONES

MALA EVOLUCION - CON COMPLICACIONES

METODO DE BLOQUES PARALELOS

INTRODUCCION

Existen estudios que demuestran que la sensibilidad de la vesícula biliar a la colecistoquinina disminuye con la edad (1). Al mismo tiempo se incrementa la concentración sérica de péptidos pancreáticos que experimentalmente han mostrado efectos en la contractilidad vesicular (2). No es clara aún la forma de estimulación y función de la vesícula biliar en el anciano, pero es notorio que la incidencia y prevalencia de la colelitiasis aumenta con la edad (3,4), siendo la primera causa de indicación quirúrgica en este grupo de pacientes (5-7). Las complicaciones debidas a la gravedad del cuadro son mayores ya que resulta más común encontrar coledocolitiasis, enfisema y perforación, entre otros estados de gravedad (4). Observamos un aumento en la mortalidad que va desde el 1.8% hasta el 6.7% (8-10). Actualmente el mejor conocimiento de la evolución de estos pacientes ha disminuido la mortalidad hasta el 3.8% (3), cuando la cirugía es programada.

La colecistectomía es el tratamiento idóneo y debe ser practicado en cuanto se diagnostique el padecimiento (3,11,12), para mejorar el pronóstico y sobrevida de estos pacientes.

MATERIAL

Fueron captados todos los pacientes sometidos a colecistectomía del 16 de mayo de 1992 al 15 de octubre de 1994. Se incluyeron en el estudio todos aquellos pacientes con edad de 60 años o más. Se excluyeron todos los pacientes con 59 años, 11 meses o menos, y no se incluyeron los pacientes con expedientes incompletos, no localizados, o en los cuales no se pudo integrar totalmente los datos requeridos en el presente estudio.

METODO

Los pacientes se distribuyeron en dos grupos:

GRUPO A: COLECISTECTOMIA ELECTIVA

GRUPO B: COLECISTECTOMIA URGENTE

Se calculó el índice de presentación de enfermedad vesicular comparado al de otras patologías en pacientes de 60 años o más, también fue comparado con el del resto de las colecistectomías realizadas en el resto de la población de nuestro servicio. Se detectaron las causas del diferimiento de la cirugía.

Se calculó la morbimortalidad por grupos de edad y su comparación estadística.

Se realizó comparación estadística JI CUADRADA en base a presencia o no de complicaciones.

CRITERIOS DE INCLUSION: Pacientes con 60 años de edad o más, sometidos a colecistectomía.

CRITERIOS DE NO INCLUSION: Pacientes de 59 años 11 meses o menos.

CRITERIOS DE EXCLUSION: Pacientes con expedientes incompletos o sometidos a colecistectomía en otra unidad.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 16 de mayo de 1992 y el 15 de octubre de 1994 se realizaron 1072 colecistectomías en el Servicio de Cirugía General del Hospital General Regional 25 del Instituto Mexicano del Seguro Social, de las cuales 228 correspondieron a pacientes mayores de 60 años de edad (21.26%).

Se incluyeron únicamente 47 pacientes en el presente estudio, ya que fueron los que cumplieron los criterios establecidos.

Veintiséis (26) de los pacientes se encontraban entre los 60-69 años de edad (55.31%), 17 entre 70-79 años (36.17%), y solo 4 con más de 80 años de edad (8.51%).

Treinta y dos (32) de los casos correspondieron al sexo femenino (68.1%) y 15 al sexo masculino (31.9%).

Diecinueve (19) de los pacientes fueron sometidos a colecistectomía en forma electiva (40.42%) y 28 a colecistectomía de urgencia (59.58%).

En la TABLA I se muestran los diagnósticos preoperatorios de los pacientes sometidos a colecistectomía electiva y en la TABLA II los diagnósticos de los pacientes sometidos a cirugía urgente.

TABLA I

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE PACIENTES MAYORES
DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ELECTIVA

DIAGNOSTICO	No	%(n=47)
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	14	29.78
CANCER DE VESICULA BILIAR	3	6.38
COLECISTITIS ALITIASICA	1	2.12
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA +		
COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
TOTAL	19	40.40

TABLA II

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE PACIENTES MAYORES
DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA URGENTE

DIAGNOSTICO	No	%(n=47)
COLECISTITIS CRONICA ALITIASICA	12	25.53
PIOCOLECISTO	6	12.76
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA + COLEDOCOLITIASIS	5	10.63
HIDROCOLECISTO	1	2.12
CANCER DE VESICULA BILIAR	1	2.12
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA + PANCREATITIS	1	2.12
VESICULA EN PORCELANA	1	2.12
ICTERICIA OBSTRUCTIVA	1	2.12
TOTAL	28	59.52

El diagnóstico ultrasonográfico preoperatorio de los 47 pacientes se muestra en la TABLA III.

TABLA III
DIAGNOSTICO ULTRASONOGRAFICO PREOPERATORIO DE
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

DIAGNOSTICO	No	%(n=47)
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	15	31.91
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA	9	19.47
CANCER DE VESICULA BILIAR	6	12.76
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA + COLEDOCOLITIASIS	6	12.76
PIOCOLECISTO	3	6.38
LODO BILIAR	1	2.12
COLECISTITIS CRONICA ALITIASICA	1	2.12
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA + QUISTE HEPATICO	1	2.12
VESICULA EN PORCELANA	1	2.12
VESICULA ESCLEROATROFICA + COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
NORMAL	1	2.12
NO SE REALIZO USG	2	4.25
TOTAL	47	100.25

La TABLA IV muestra los diagnósticos postoperatorios y la TABLA V los diagnósticos histopatológicos de los 47 pacientes.

TABLA IV
 DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO DE PACIENTES MAYORES
 DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

CIRUGIA ELECTIVA		
DIAGNOSTICO	No	%(n=47)
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	13	27.65
CANCER DE VESICULA BILIAR	2	4.25
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA + COLEDOLITIASIS	2	4.25
COLECISTITIS CRONICA ALITIASICA	1	2.12
PIOCOLECISTO	1	2.12
TOTAL	19	40.39

CIRUGIA URGENTE

DIAGNOSTICO	No	%(n=47)
PIOCOLECISTO	7	14.89
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA + COLEDOCOLITIASIS	4	8.51
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDIZADA	3	6.38
PIOCOLECISTO + COLEDOCOLITIASIS	2	4.25
CANCER DE VESICULA BILIAR	2	4.25
COLECISTITIS AGUDA PERFORADA/SELLADA	1	2.12
VESICULA EN PORCELANA	1	2.12
HIDROCOLECISTO + COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
VESICULA GANGRENADA + COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
COLECISTITIS AGUDA LITIASICA PERFORA- DA Y SELLADA + COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
HIDROCOLECISTO	1	2.12
SINDROME DE MIRIZZI	1	2.12
COLECISTITIS AGUDA + PANCREATITIS	1	2.12
COLECISTITIS AGUDA + QUISTE HEPATICO	1	2.12
VESICULA ESCLEROATROPICA + COLEDOCOLITIASIS	1	2.12
TOTAL	28	59.48

La relación entre el diagnóstico postoperatorio y por ultrasonido muestra una especificidad del 87.24% y una sensibilidad del 89.37% , lo cual se encuentra dentro del rango esperado.

TABLA V
 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE PACIENTES
 MAYORES DE 60 ANOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

DIAGNOSTICO	Nº	%(n=47)
COLECISTITIS CRONICA LITIASICA	35	74.46
PIOCOLECISTO	5	10.63
CANCER DE VESICULA BILIAR	3	6.38
COLECISTITIS AGUDA ALITIASICA	1	2.12
COLECISTITIS XANTOGRANULOMATOSA	1	2.12
COLECISTITIS GANGRENADA	1	2.12
VESICULA ESCLEROATROFICA	1	2.12
TOTAL	47	99.95

Las cirugías realizadas en los 47 pacientes se enlistan en la
 TABLA VI.

TABLA VI		
CIRUGIAS REALIZADAS EN PACIENTES		
MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA		
CIRUGIA ELECTIVA	No	%(n=47)
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL	12	25.53
COLECISTECTOMIA + EXPLORACION DE VIAS BILIARES	3	6.38
COLECISTECTOMIA + BIOPSIA HEPATICA	1	2.12
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	1	2.12
COLECISTECTOMIA PARCIAL + BIOPSIA TRANSOPERATORIA	1	2.12
BIOPSIA TRANSOPERATORIA DE VESICULA	1	2.12
TOTAL	19	40.39
CIRUGIA URGENTE		
COLECISTECTOMIA CONVENCIONAL	13	27.65
COLECISTECTOMIA + EXPLORACION DE VIAS BILIARES	12	25.53
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	2	4.25
COLECISTECTOMIA + EXPLORACION DE VIAS BILIARES + ESFINTEROPLASTIA	1	2.12
TOTAL	28	59.55

Las enfermedades asociadas en ambos grupos de pacientes se enlistan en la TABLA VII.

TABLA VII
ENFERMEDADES ASOCIADAS EN PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

ENFERMEDAD	No	%(n=47)
CIRUGIA ELECTIVA		
CIRROSIS HEPATICA	3	6.38
OBESIDAD MORBIDA	1	2.12
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	1	2.12
DIABETES MELLITUS	1	2.12
EPOC	1	2.12
ENFISEMA PULMONAR	1	2.12
TOTAL	8	16.98
CIRUGIA URGENTE		
DIABETES MELLITUS	6	12.76
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	4	8.51
CIRROSIS HEPATICA	2	4.25
EPOC	2	4.25
TROMBOCITOPENIA	1	2.12
INSUFICIENCIA CARDIACA MIXTA	1	2.12
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	1	2.12
GASTRITIS HEMORRAGICA NO ACTIVA	1	2.12
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	1	2.12
TOTAL	19	40.36

De los 47 pacientes, 27 (57.44%) tenían enfermedades asociadas, el 16.98% de pacientes sometidos a cirugía electiva y el 40.36% de sometidos a cirugía urgente.

Ocho (8) de los 19 pacientes sometidos a cirugía electiva (42%), y 19 de los 28 pacientes sometidos a cirugía urgente (67.8%), tenían enfermedades asociadas.

Se calculó el riesgo anestésico quirúrgico en los 47 pacientes, obteniendo los siguientes resultados:

TABLA VIII
METODOS EMPLEADOS PARA EL CALCULO DEL RIESGO
ANESTESICO QUIRURGICO DE LOS 47 PACIENTES
MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

CIRUGIA ELECTIVA

SISTEMA	No	%(n=47)
RAQ EIIA	2	4.25
EIIB	10	21.27
EIIIIB	4	8.51
EIVB	1	2.12
ASA II	2	4.25

CIRUGIA URGENTE

SISTEMA		No	%(n=47)
RAQ	EIIA	1	2.12
	EIIB	4	8.51
	EIII B	13	27.65
ASA	II	2	4.25
	III	3	6.38
NO CALCULADA		5	10.63
TOTAL		47	99.94

En relación a los grupos de edad observamos que mientras ésta aumenta, el tratamiento se retrasa, convirtiéndose en cirugía de urgencia en el mayor número de pacientes. De los 26 pacientes entre 60-69 años de edad, 15 fueron operados electivamente (57%), y solo 11 fueron de urgencia (42.30%); mientras en el grupo entre 70-79 años de edad, de 17 pacientes, solo 3 se operaron electivamente (17.64%), y 14 en forma urgente (82.35%); finalmente, de los 4 pacientes mayores de 80 años de edad, solo 1 fue electivo (25%), y 3 de urgencia (75%).

Por último, en el grupo de cirugía electiva (19 pacientes), se presentaron complicaciones en 3 pacientes (15.7%), los cuales se enlistan en la TABLA IX ; y en el grupo de cirugía urgente (28 pacientes), se complicaron 9 pacientes (32.14%), enlistados en la TABLA X.

El cálculo del análisis estadístico se realizó con la JI CUADRADA por medio de la tabla de contingencia 2 x 2.

TABLA IX
COMPLICACIONES EN 3 PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA ELECTIVA

COMPLICACION	No
FISTULA DUODENAL	1
FISTULA BILIAR	1
LITO RESIDUAL	1

TABLA X
 COMPLICACIONES EN 9 PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS
 SOMETIDOS A COLECISTECTOMÍA URGENTE

COMPLICACION	No
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	3
FISTULA BILIAR	2
SEPSIS	1
NEUMONIA	1
LITO RESIDUAL	1
HEMORRAGIA TRANSOPERATORIA	1

La morbilidad en el grupo de cirugía electiva es de 15.7% y en el grupo de cirugía urgente es de 32.14%.

TABLA XI
 CORRELACION DE LOS PACIENTES
 MAYORES DE 60 AÑOS SOMETIDOS A COLECISTECTOMIA

EVOLUCION	ELECTIVA	URGENTE	TOTAL
MALA	3	9	12
BUENA	16	19	35
TOTAL	19	28	47

El cálculo de la JI CUADRADA reporta un resultado de 2.22, con 1 grado de libertad, y la JI CUADRADA CRITICA = 0.05, valor máximo aceptado en humanos, lo cual es estadísticamente significativo, demostrando que es altamente necesario el diagnóstico y tratamiento electivo de la enfermedad biliar en pacientes mayores de 60 años.

La morbilidad global fue del 23.40%. La mortalidad para el grupo de cirugía electiva fue del 0% , y para el grupo de urgencia, de 3.57% (1/28 pacientes): se trató de un paciente diabético con datos de sepsis cuyo origen inicial se encontraba en la vesícula biliar. La mortalidad global fue de 2.12 % (1/47 pacientes).

COMENTARIOS Y DISCUSION

La colelitiasis es la indicación más común de cirugía abdominal en el anciano (6,7). Numerosos estudios han demostrado la existencia de litiasis vesicular conforme aumenta la edad (1,3,4,7,13,14). Este hallazgo se ha comprobado en estudios de autopsia (1,4,15), que refuerzan esta conclusión.

Se considera que la litiasis vesicular se presenta en alrededor del 15% de los pacientes mayores de 60 años (4), sin embargo, puede variar hasta un 40% según otras series (5,6). En el Hospital Centro Médico Cornell, de 2401 colecistectomías, 665 (27.69%) correspondieron a pacientes mayores de 60 años (4), porcentaje muy parecido al 21.26% obtenido en esta serie.

Es muy común el hecho de que en este grupo de pacientes el cuadro clínico resulte más severo, con la presencia de coledocolitiasis, enfisema, gangrena, perforación y sepsis (3,4,7,8,10,11).

En todos los casos se considera que el tratamiento indicado es la colecistectomía (16-19), incluyendo a los pacientes de edad avanzada, no constituyendo la edad una contraindicación (20).

En el manejo del paciente de más de 60 años con cuadro vesicular agudo existe un riesgo mayor, ya que se manifiesta en forma insidiosa y se asocia a enfermedades concomitantes que agravan el problema (7,8).

El ultrasonido es habitualmente un método eficaz en el diagnóstico de litiasis vesicular, con una alta especificidad y sensibilidad (21), acorde a lo observado en nuestra serie, con rangos de 87.24% y 89.37% respectivamente.

El diagnóstico definitivo de los pacientes sometidos a cirugía electiva fue de 27.6% , comparado a los hallazgos de colecistitis crónica de Morrow et al (84%) (8). En los pacientes sometidos a cirugía de urgencia observamos solo el 8.1% comparado al 18% de la misma referencia (8). Las restantes comparaciones también muestran discordancia: colecistitis aguda, con un 6.38% contra el 44% de Morrow et al (8), observado en los pacientes de urgencia; y otras complicaciones como piocolecisto, gangrena, perforación y coledocolitiasis con porcentajes en nuestra serie del 14.8%, 2.12%, 4.25%, y 32%, comparado con los hallazgos de Morrow et al, que fueron del 21%, 10%, 8% y 15% respectivamente (8). En los pacientes sometidos a cirugía electiva se presentaron las mismas

complicaciones en nuestra serie, en un 2.12%, 0%, 0% y 4.25%, comparados con el 4%, 0%, 2% y 14% encontrados por Morrow et al (8) para piocolecisto, gangrena, perforación y coledocolitiasis, respectivamente.

La presencia de carcinoma de vesícula biliar fue observada en el 6.38% de estos casos. No existe un porcentaje relacionado a poblaciones específicas de edad. Ya que generalmente se calcula en grupos universales de pacientes sometidos a colecistectomía, se reportan índices de 1.91% (22), 1.41% (23), 1.22% (24) y 1.5% (25). Únicamente la serie de Hamrich et al (26), reporta una edad promedio de 71.6 años, con una incidencia de 1.53%. La edad avanzada, según el autor, aumenta la probabilidad de contacto de las piedras con la vesícula biliar durante un tiempo más prolongado, pudiendo ser este un factor importante para desencadenar el carcinoma (26).

La colecistectomía simple convencional es el método que empleamos más frecuentemente al igual que lo publicado por otros autores (3,4,8,18), siendo el segundo método la colecistectomía con exploración de la vía biliar (3,4,8,18). Existen múltiples publicaciones que ponderan la efectividad de la colecistectomía por

laparoscopia (26-29), que aunque no es un método inocuo, ofrece algunas perspectivas que deben ser tomadas en cuenta; en esta serie solo presentamos 3 casos manejados con cirugía laparoscópica, ya que los restantes casos serán incluidos en otra serie específicamente de cirugía por laparoscopia.

Es indudable que en muchas ocasiones el tratamiento debe adecuarse a la gravedad del caso (30), quedando la posibilidad de realizar incluso solo una colecistostomía (3) cuando otro procedimiento es imposible; en este reporte no empleamos este método dado a que se pudo realizar colecistectomía en todos los pacientes.

La evaluación preoperatoria del riesgo de los pacientes es de suma importancia, y en nuestra serie se emplearon dos sistemas distintos, ya que fueron realizados por internistas o anesthesiólogos del hospital. El método es importante ya que en muchas ocasiones permite un juicio pronóstico en el que pueden estar involucradas las enfermedades concomitantes de los pacientes y el grado de afección aguda del enfermo (3,31-33). En este grupo de pacientes la diabetes mellitus fue la enfermedad asociada más

común. En general, en 27 de los 47 pacientes de nuestra serie había otra enfermedad que pudiera influir en el pronóstico de los mismos.

La morbilidad global reportada se encuentra en el 18%, sin embargo, en la serie de Huber et al (20), la morbilidad global fue de 28%, semejante al 22% reportado por Morrow et al (8); el rango obtenido por nosotros fue del 23.4%, con una diferencia muy marcada entre los pacientes operados en forma electiva y los operados en forma urgente, reportando significancia estadística.

La mortalidad del grupo electivo es muy importante, ya que no se presentó ninguna muerte, mientras que en el grupo de urgencia hubo un fallecimiento (3.5%), cerca de lo reportado por otros autores (3.8%) (3.4), y muy por debajo de lo reportado por Huber et al (7%) (20) y por Morrow et al (9.8%) (8).

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIONES

Es notorio que la población mayor de 60 años de edad se incrementa constantemente y con ello la incidencia de enfermedad litíásica biliar.

La colecistectomía es un procedimiento usualmente sencillo, sin embargo; en este grupo de edad, existen situaciones que modifican el abordaje de esta patología; esto requiere de la evaluación y seguimiento de la información específica para mejorar algunos de los factores que permitan mejores resultados y una disposición más acorde para la atención de este grupo de pacientes, ya que en muchas ocasiones se contempla la edad como una limitante para proporcionar al enfermo el tratamiento requerido.

BIBLIOGRAFIA

1. Khalil T, Walker JP, Wiener I, Fagan CH, Townsend CM Jr, Greeley GH Jr, Thompson JC. Effect of aging on gallbladder contraction and release of cholecystokinin - 33 in humans. *Surg*; 1985; 98; 423.
2. Conter RL, Roslyn JJ, Den Besten L, Taylor IL. Pancreatic polypeptide enhances postcontractile gallbladder filling in the prairie dog. *Gastroenterology*; 1987; 92; 771.
3. Hafif A, Gutman M, Kaplan O, Winkler E, Rozin RR, Skornick Y. The management of acute cholecystitis in elderly patients. *Am Surg*; 1991; 57; 648.
4. Glenn F. Surgical management of acute cholecystitis in patients 65 years of age and older. *Ann Surg*; 1981; 193; 56.
5. Bender JS. Cuadro abdominal agudo. *Medicina Geriátrica; Clin Med NA*; 1984; 6; 1549.

6. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly. Am J Surg; 1982; 143; 751.
7. Balsano N, Cayten CG. Urgencias quirúrgicas abdominales: Medicina de urgencia en el paciente geriátrico. Clin Med NA; 1990; 2; 451.
8. Morrow DJ, Thompson J, Wilson SE. Acute cholecystitis in the elderly. Arch Surg; 1978; 113; 1149.
9. Arnold DJ. 28,621 cholecystectomies in Ohio: Results of a survey in Ohio hospitals by the Gallbladder Survey Committee, Ohio Chapter, American College of Surgeons. Am J Surg; 1970; 119; 714.
10. Glenn F, Hays DM. The age factor in the mortality rate of patients undergoing surgery of the biliary tract. Surg Gynecol Obstet; 1955; 100; 11.
11. Glenn F, Larry DD. Developing trends in acute cholecystitis and choledocolithiasis. Surg Gynecol Obstet; 1980; 151; 582.

12. Heikii JJ, Junno H. Early cholecystectomy for acute cholecystitis: A prospective randomized study. *Ann Surg*; 1980; 191; 501.

13. Lund J. Surgical indications in cholelithiasis: Prophylactic cholecystectomy elucidated on the basis of long-term follow-up on 526 nonoperated cases. *Am Surg*; 1960; 151; 153.

14. Wenckert A, Robertson B. The natural course of gallstone disease. *Gastroenterology*; 1960; 50; 376.

15. Strohl EL, Diffenbaugh WG. Biliary tract surgery in the aged patient. *Surg Gynecol Obstet*; 1953; 97; 467.

16. Moreaux J. Prospective study of open cholecystectomy for calculous biliary disease. *Br J Surg*; 1994; 81; 116.

17. Gilliland TM, Traverso LW. Modern standards for comparison of cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long term relief of symptoms. *Surg Gynecol Obstet*; 1990; 170; 39.

18. Herzog U, Messmer P, Sutter M, Tondelli P. Surgical treatment for cholelithiasis. Surg Gynecol Obstet; 1992; 175; 238.
19. Mc Sherry CK. Cholecystectomy: The gold standard. Am J Surg; 1989; 158; 174.
20. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. Am J Surg; 1983; 146; 719.
21. Loberant N, Rose CH. Características de las imágenes de diagnóstico en el paciente geriátrico que acude al Servicio de Urgencias: Medicina de urgencia en el paciente geriátrico. Clin Med Urg NA; 1990; 2; 409.
22. Piehler JM, Crichlow RW. Collective review: Carcinoma of the gallbladder. Surg Gynecol Obstet; 1978; 147; 929.
23. Arminski TC. Primary carcinoma of the gallbladder: A collective review with addition of twenty-five cases from the Grace Hospital, Detroit, Michigan. Cancer; 1949; 2; 379.

24. Strauch GO. Primary carcinoma of the gallbladder: Presentation of seventy cases from Rhode Island Hospital and a cumulative review of the last ten years of the american literature. Surg; 1960; 47; 368.
25. Rothenberg RE, LaRaja RD, McCoy RE, Pryce EH. Elective cholecystectomy and carcinoma of the gallbladder. Am Surg; 1991; 57; 306.
26. Phillips EH, Carroll BJ, Bello JM, Fallas MJ, Daykhovsky L. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis. Am Surg; 1992; 58; 273.
27. Bailey RW, Zucker KA, Flowers JL, Scovill WA, Graham SM, Imbembo AL. Laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg; 1991; 214; 531.
28. Peters JH, Gibbons GD, Innes JT, Nichols KE, Front ME, Roby SR, Ellison E CH. Complications of laparoscopic cholecystectomy. Surg; 1991; 110; 769.
29. Graves HA, Ballinger JF, Anderson WJ. Apraisal of laparoscopic cholecystectomy. Ann Surg; 1991; 213; 655.

30. Croley GG. Gangrenous cholecystitis: Five patients with intestinal obstruction. *Am Surg*; 1992; 58; 284.
31. Velanovich V. Preoperative laboratory screening based on age, gender and concomitant medical disease. *Surg*; 1994; 115; 56.
32. Goldman L, Caldera BL, Nussbaum SR, Southwick FS, Krogstad D, Murray B. Multifactorial index of cardiac risk in non-cardiac surgical procedures. *N Engl J Med*; 1977; 297; 845.
33. Velanovich V. Ponderal index as a predictor of postoperative complications. *Am Surg*; 1990; 56; 659.