



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Artículo original

Elección de la conducta terapéutica en la colecistitis aguda del anciano

Sánchez-Beorlegui J,¹ Lamata-Hernández F,² Lagunas-Lostao E,³ Monsalve-Laguna EC,¹ Peñalva-Segura P.⁵

- 1 Servicio de Cirugía General y Digestiva. Fundación Hospital de Calahorra, La Rioja, España.
- 2 Profesor de la Facultad de Medicina de Zaragoza. Cátedra de Patología Quirúrgica "B" del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España.
- 3 Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.
- 4 Director Económico, Financiero y de Servicios Generales de la Fundación Hospital de Calahorra, La Rioja, España.
- 5

■ Resumen

Antecedentes: La colecistitis aguda en el anciano es una entidad clínica frecuente, caracterizada por la elevada tasa de complicaciones y morbi-mortalidad.

Objetivo: Comparar los resultados obtenidos mediante tratamiento conservador

versus cirugía urgente y establecer la estrategia terapéutica más beneficiosa en este grupo de enfermos.

Pacientes y métodos: Se estudiaron en forma retrospectiva aquellos pacientes con edad igual o superior a 70 años tratados por colecistitis aguda (CA) entre 2003 y 2009. Se analizaron parámetros epidemiológicos, clínicos, diagnósticos,

Palabras clave:
colecistitis aguda, colelitiasis, colecistectomía laparoscópica, anciano, complicaciones, España.

■ Abstract

Background: Acute cholecystitis in elderly patients is a common disease characterized by a high mortality rate and serious complications.

Aim: To compare conservative vs. surgical therapy for acute cholecystitis in the elderly.

Methods: This is a retrospective study including patients 70 years-old or older with the diagnosis of acute cholecystitis (AC) treated between 2003 and 2009. Epidemiological and clinical data, diagnostic approach, surgical variables and cost-effectiveness were analyzed. According

Key words:
acute cholecystitis, cholelithiasis, laparoscopic cholecystectomy, elderly, surgical complications, Spain.

quirúrgicos y de costo-efectividad. El análisis se realizó según la primera intención terapéutica, entre los grupos finales de tratamiento y entre los casos mayores y menores de 80 años. El nivel de significancia estadística se estableció para valores $p < 0.05$. El tratamiento estadístico se realizó con el programa informático *StatView*® 5.0.

Resultados: Durante los seis años de estudio fueron tratados 173 episodios de CA en 147 pacientes (52% mujeres), con una edad media de 80.6 años (rango 70-101). En 103 casos se adoptó tratamiento médico con 82 resoluciones del cuadro clínico, 15 intervenciones no previstas y seis decesos. Otros 70 episodios fueron intervenidos como primera opción, de ellos 78.5% vía laparoscópica con una tasa de conversión de 19.7%.

Conclusiones: En nuestro estudio, cirugía y tratamiento médico obtienen resultados similares, siendo los casos tratados mediante colecistectomía laparoscópica precoz los que mejor evolucionaron. En los ancianos deteriorados y con colecistitis graves debe indicarse una colecistectomía urgente por encima de la terapia conservadora, ya que tienden a complicarse y acumulan una mayor morbilidad.

to the first therapeutic intent, the analysis was performed among final treatment groups and among older than 80 years and younger cases. $p < 0.05$ was considered significant. Statistical analysis was performed with StatView® 5.0.

Results: During the six-year period 173 episodes of acute cholecystitis were treated on 147 patients (52% females), with a mean age of 80.6 years (range 70-101). In 103 cases medical treatment was taken, with 82 cases of resolution of the clinical picture, 15 unexpected operations and 6 deceases. Other 70 cases were undergone surgery as first option, 78.5% of them through laparoscopy with a conversion rate of 19.7%.

Conclusions: In our study, surgery and medical treatment get similar outcomes, making better progress those who underwent early laparoscopic cholecystectomy. We recommend performing emergency surgery in high-risk elderly patients rather than conservative therapy due to a tendency to increase morbidity with later approach.

■ Introducción

La aparición de la vídeo-laparoscopia quirúrgica a principios de los años 90 supuso una revolución a la hora de afrontar el tratamiento de la colecistitis aguda litiásica (CA). Hoy en día la colecistectomía laparoscópica (CL) precoz es procedimiento estándar para los cirujanos de todo el mundo y ha desplazado casi por completo a otras modalidades terapéuticas (como el tratamiento médico) y vías de abordaje (como la colecistectomía abierta).^{1,2}

Sin embargo, en los ancianos el consenso no es tan amplio, ya que el elevado riesgo quirúrgico y la co-morbilidad condicionan en gran medida las decisiones terapéuticas.^{3,4} Durante décadas predominó una postura conservadora, reservando la cirugía para los casos que presentaban mala evolución o

la sospecha de complicaciones.⁵⁻⁷ En la actualidad, pacientes octogenarios o nonagenarios son candidatos a CL^{8,9} ante un episodio de CA, aunque este sea leve.^{10,11} Otros autores, por el contrario, cuestionan esta actitud agresivamente quirúrgica y destacan los beneficios que aporta al anciano el tratamiento médico seguido de una CL electiva tras la remisión del cuadro inflamatorio.^{5,12,13}

En el presente trabajo se estudiaron los motivos en que se basa un cirujano cuando decide indicar un tratamiento conservador o una cirugía urgente y se siguió la evolución de los ancianos según esa decisión inicial para establecer los datos clínicos y diagnósticos que orienten a escoger la opción terapéutica más adecuada para cada caso.

Los objetivos de este estudio son comparar los resultados obtenidos mediante tratamiento

conservador *versus* cirugía urgente, y establecer la estrategia terapéutica más beneficiosa en este grupo de enfermos.

■ Material y métodos

Se realizó un estudio sobre una cohorte retrospectiva de episodios de CA en pacientes con edad \geq 70 años, ingresados de urgencia (enero de 2003 a enero de 2009).

El diagnóstico de CA se basó en la presencia de dolor abdominal en hipocondrio derecho de al menos ocho horas de evolución, acompañado de fiebre mayor de 37.5°C y leucocitosis. El diagnóstico de confirmación por la imagen fue fundamentalmente ecográfico,¹⁴ aunque en casos seleccionados, se solicitaron tomografía computarizada (TC) abdominal, colangio-resonancia magnética (CRM) o colangiopancreatografía endoscópica (CPRE). Para el manejo clínico se demandó un estudio consistente en electrocardiograma, radiología de tórax, hemograma, coagulación y pruebas de función hepática. Se registraron los antecedentes y el riesgo anestésico expresado mediante la clasificación *American Society of Anesthesiology* (ASA).

Tras el diagnóstico de CA, se estableció una *primera intención terapéutica*, dividiendo a los episodios entre los seleccionados para tratamiento médico (conservador) o cirugía urgente. Dentro del grupo quirúrgico se crearon dos subgrupos según la colecistectomía fuera abierta o laparoscópica. Se anotaron en la historia clínica los motivos de estas decisiones y las incidencias a lo largo del seguimiento: demora de la cirugía urgente, intervención no prevista durante el ingreso por fracaso del tratamiento médico, traslado a cuidados intensivos y reingresos.

El riesgo de coledocolitiasis se determinó a partir de cuatro factores predictivos: valores duplicados de fosfatasa alcalina, transaminasas, bilirrubina total y dilatación ecográfica del colédoco mayor de 8 mm (en septuagenarios) o de 10 mm (en octogenarios).^{15,16} La presencia de tres o más factores implicaba *alto riesgo* de coledocolitiasis y la petición de una CPRE. En los pacientes de *riesgo moderado* (uno o dos factores positivos), TC o CRM seleccionaron a los candidatos para CPRE.

Se pretendió que todos los enfermos fueran intervenidos con un tiempo de protrombina superior al 50% y con INR (*International Normalized Ratio*) inferior a 1.5. Para lograrlo, se administró vitamina

K intravenosa o transfundió plasma fresco congelado (10 mL/kg), si la operación no admitía demora. En el resto de los casos empleamos una pauta de heparina de bajo peso molecular.

El manejo médico de la CA incluyó monitorización de parámetros biomédicos (temperatura, frecuencia cardíaca, tensión y diuresis); dieta absoluta durante dos o tres días, aspiración nasogástrica en presencia de íleo paralítico, hidratación endovenosa o nutrición parenteral, analgesia y antibiótico-terapia empírica mediante una asociación de penicilina con un inhibidor de la β -lactamasa o una cefalosporina de segunda generación.¹⁷

El tratamiento quirúrgico se realizó empleando la técnica que ha sido descrita previamente.¹⁸ Las operaciones fueron realizadas en un Hospital Comunitario de nivel uno por un equipo de seis cirujanos expertos en cirugía laparoscópica con al menos 100 CL previas. La ausencia de residentes evitó el sesgo de los resultados debido a la inclusión de casos pertenecientes a su curva de aprendizaje.¹⁹ Se practicó una CL abierta con el paciente en posición francesa, mediante la inserción de un trocar umbilical de Hasson y tres puertos accesorios, instaurando posteriormente un neumoperitoneo de baja presión (10-12 mmHg). En la colecistectomía abierta y en la laparoscopia convertida empleamos una laparotomía subcostal derecha.

Análisis estadístico: Las variables del estudio fueron de dos tipos: a) predictoras; decisión clínica sobre tratamiento médico versus quirúrgico (*cualitativa nominal*), y b) de desenlace; la morbimortalidad (*cualitativa ordinal*) establecida según la escala de Clavien.²⁰

Fueron consideradas otras variables para el estudio: Epidemiológicas (sexo y edad); clínico-diagnósticas (antecedentes personales, anticoagulación y antiagregación, riesgo de coledocolitiasis y resultados de las pruebas complementarias); factores de riesgo medidos en escalas (riesgo ASA); variables quirúrgicas: tiempo operatorio, drenaje abdominal y tasa de conversión) y estudio de costo-efectividad. El costo imputable a cada paciente fue calculado mediante la suma de los gastos de hospitalización, antibiótico-terapia, intervención quirúrgica y pruebas complementarias. Los costos totales fueron tomados del contrato-programa de nuestro Centro Hospitalario (Boletín Oficial de La Rioja 2004) y expresados en dólares americanos (USD): colecistectomía abierta \$7452 USD, colecistectomía laparoscópica \$3246 USD, día de estancia

■ **Tabla 1.** Comparativa de las diferentes características demográficas y variables clínicas según la primera intención terapéutica establecida en el momento del ingreso.

	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	<i>p</i>
Casos	103	70	-
Género (hombre / mujer)	52 / 51	30 / 40	-
Edad (media años ± DE)	81.9 ± 7.2	78.6 ± 5.9	< 0.05
ASA (media)	2.8	2.6	NS
Días antibiótico-terapia	6.3 ± 3.8	5 ± 3.1	< 0.05
Pruebas complementarias	1.8 ± 1.1	1.7 ± 1	NS
Morbi-mortalidad (%)	34.6%	49.3%	NS
Decesos (%)	8.7%	-	< 0.05
Estancia hospitalaria	7.4 ± 5.2	7 ± 7	NS

NS, valor sin significación estadística; DE, desviación estándar

en planta quirúrgica \$340 USD, día de antibioterapia en planta quirúrgica \$45 USD, CRM \$480 USD, TAC \$315 USD, CPRE \$669 USD y ecografía abdominal y hepato-biliar \$92 USD.

Para comparar las diversas variables y los resultados obtenidos entre los diversos grupos terapéuticos utilizamos la prueba de *Ji cuadrada* (test exacto de Fisher) en función de las variables cualitativas. Para las cuantitativas, la prueba de *t* de Student de comparación de medias o la prueba ANOVA, dependiendo del número de muestras (dos o más de dos, respectivamente). En todos las dos pruebas, el nivel de significación que asumimos para los valores de *p* < 0.05; considerando altamente significativo una *p* < 0.01. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa informático *StatView® for Windows 5.0* (SAS Institute Inc).

■ Resultados

Durante los seis años observados se trataron 173 episodios de colecistitis en 147 pacientes. La CA supuso 19% ingresos y 14% de la cirugía de emergencia en enfermos geriátricos en nuestro hospital. De esos 173 episodios, 83 correspondían a hombres (48%) y 90 a mujeres (52%) con una edad media de 80.6 ± 6.9 años (máximo 101). Treinta y cuatro episodios (19.7%) relataban un ingreso previo

■ **Tabla 2.** Descripción de los motivos por los que se indicó tratamiento médico, se demoró la cirugía o se practicó colecistectomía abierta según el número de registros en la historia clínica.

Motivos de decisión para tratamiento médico	<i>N</i>
Alto riesgo (patología asociada)	29
Colecistitis aguda evolucionada	24
No consta en la historia clínica	15
Rechazo de la cirugía. Denegación del consentimiento informado por el enfermo o la familia	14
Anticoagulación oral	12
Edad (deterioro del estado general)	10
Diagnóstico dudoso (dolor abdominal sin filiar)	10
Coledocolitiasis	8
Pancreatitis grave asociada	2
Cirugía abdominal previa < 1 mes	2
Neoplasia terminal	2
Motivos para demorar la cirugía urgente	
Mala evolución del tratamiento médico y/o complicación	14
Sospecha de coledocolitiasis (estudios y CPRE)	8
Completar estudios o estabilizar paciente	4
Suspender anticoagulación	4
Motivos decisión colecistectomía abierta	
Complicación (absceso, plastrón, peritonitis, fístula, Mirizzi)	14
Alto riesgo	6
Coledocolitiasis (exploración quirúrgica de la vía biliar)	2
Choque, sepsis, riesgo ASA V	2

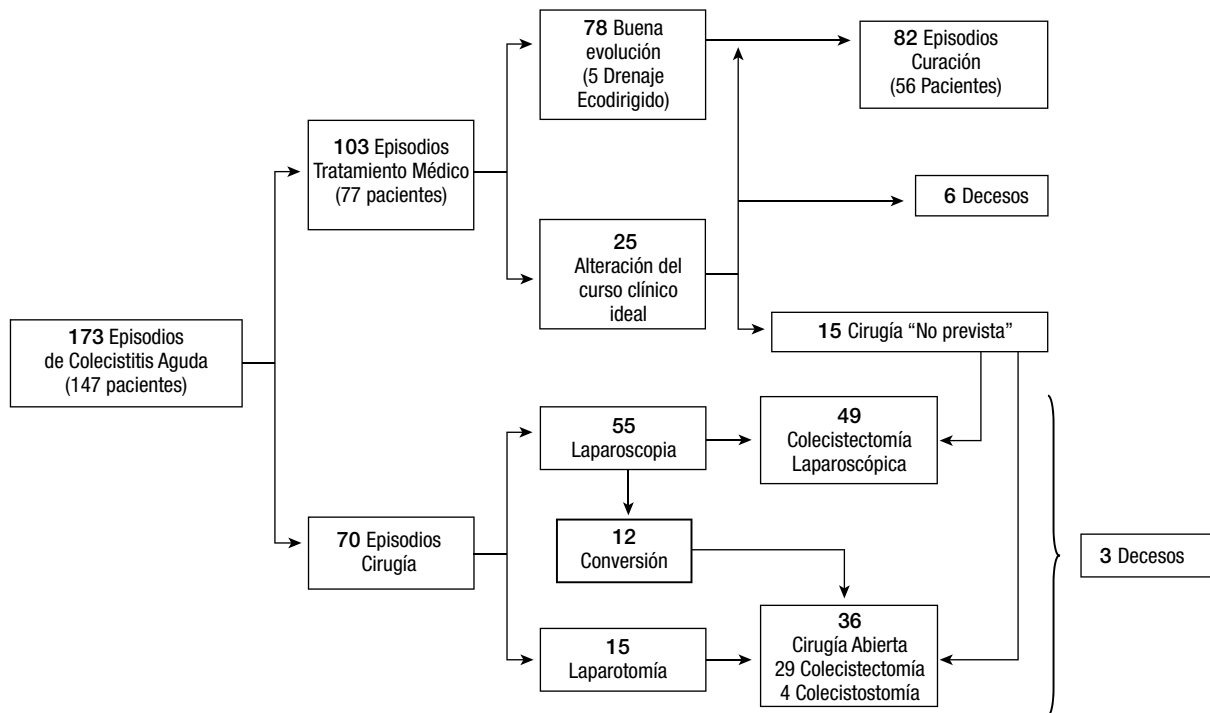
N = número de pacientes; CPRE, colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica

por colecistitis, 44 episodios habían tenido previamente cólicos biliares (25.4%), 16 episodios (9.2%) habían presentado pancreatitis biliar y 40 (23.1%) episodios presentaban ictericia en la exploración clínica.

El riesgo anestésico al ingreso establecido mediante la clasificación ASA mostró que 11 episodios tenían un riesgo ASA I (6.36%), 34 ASA II (19.65%), 60 ASA III (34.68%), 66 ASA IV (38.15%) y dos ASA V (1.16%). En 29 episodios (16.8%) los enfermos eran tratados con anticoagulantes y en 30 episodios (17.3%) los pacientes eran tratados con antiagregantes al momento de la cirugía.

Tras el diagnóstico clínico de CA, se estableció una *primera intención terapéutica* aplicándose tratamiento médico a 103 episodios y cirugía de emergencia a 70 (**Tabla 1**). La decisión de instaurar una terapia conservadora o bien de diferir la

■ Figura 1. Diagrama de flujo en el que se aprecia la evolución de la casuística de la serie.



cirugía estuvo influenciada por la edad del paciente ($p = 0.0016$) y los estados de anticoagulación ($p = 0.002$) y antiagregación plaquetaria ($p = 0.004$). Los motivos por los que el cirujano indicó tratamiento médico, se vio obligado a posponer la cirugía o a realizar una intervención no prevista, se muestran en la **Tabla 2**.

De los 103 seleccionados para terapia conservadora, en 82 (56 pacientes) se obtuvo la resolución del cuadro clínico y se registraron 25 alteraciones del curso clínico ideal: 15 cirugías no previstas, seis decesos, un traslado a la unidad de cuidados intensivos y tres drenajes eco-dirigidos en pacientes críticos (**Figura 1**). En el grupo de cirugía urgente 78.5% de las colecistectomías se abordaron por laparoscopia, con una tasa de conversión de 19.7%. A su vez se registraron tres reintervenciones, tres traslados a cuidados intensivos y tres decesos. La causas por las que se practicó una colecistectomía abierta se muestran en la **Tabla 2**. En la **Tabla 3** se muestra la estadística comparativa entre los grupos finales de tratamiento médico y quirúrgico y en las **Tablas 4 y 5**, la morbi-mortalidad según la

modalidad terapéutica adoptada. Por último, en la **Tabla 6** se presenta el estudio de costos.

■ Discusión

Las ventajas de la CL y los avances en la anestesia y reanimación postoperatoria pueden ocultarnos otras realidades que se presentan en la práctica clínica diaria.^{21,22} Muchos ancianos acuden a urgencias con colecistitis que han evolucionado a lo largo de varios días, en las que el abordaje endoscópico es técnicamente complejo.^{7,23} La CL en pacientes de edad avanzada se asocia con una mayor tasa de complicaciones, morbi-mortalidad y conversiones, recuperación tardía y estancia hospitalaria prolongada.^{1,2,23-27} La infección biliar descompensa la patología de base metabólica, cardíaca, respiratoria y renal por lo que alargar innecesariamente el tiempo operatorio está contraindicado.²⁷

Estos motivos, entre otros, impiden sortear una población geriátrica y explican la ausencia de estudios comparativos concluyentes entre las distintas opciones terapéuticas.^{4,27-30} Nosotros

■ **Tabla 3.** Comparativa de las diferentes características demográficas y variables clínicas entre los grupos finales de tratamiento médico y quirúrgico.

	Tratamiento médico	Tratamiento quirúrgico	Tratamiento médico-quirúrgico*	p†	p‡
Casos	88	85	15	-	-
Género (hombre / mujer)	44 / 44	39 / 46	8 / 7	NS	NS
Edad (media años \pm DE)	81.8 \pm 7.2	79.4 \pm 6.4	82.8 \pm 7.5	NS	< 0.05
ASA (media)	2.6	2.6	3.4	NS	< 0.01
Días antibioterapia	5.9 \pm 3.8	5 \pm 3.1	8.8 \pm 3.5	NS	< 0.001
Pruebas complementarias	1.7 \pm 1	1.7 \pm 1	2.6 \pm 1.4	NS	< 0.01
Morbilidad general (%)	21.6%	49.4%	47%	< 0.01	< 0.001
Morbilidad mayor (%) §	10.2%	27.1%	33%	NS	< 0.01
Decesos (%)	6.8%	3.5%	20%	NS	< 0.01
Estancia hospitalaria	6.6 \pm 4.7	7 \pm 7	11.6 \pm 5.4	NS	< 0.05

*Pacientes tratados médicamente y que tras mala evolución clínica fueron intervenidos (se contabilizan como tratados quirúrgicamente).

†Comparación tratamiento médico frente a tratamiento quirúrgico.

‡Comparación tratamiento médico quirúrgico frente a tratamiento médico y tratamiento quirúrgico.

§Porcentaje de pacientes que sufrieron complicaciones de los grados IIA, IIB y III en la clasificación de Clavien.²⁰

NS: valor sin significación estadística.

■ **Tabla 4.** Morbi-mortalidad según la escala de Clavien²⁰ en dependencia del tratamiento final aplicado y de la edad.

		Médico	Quirúrgico	70 a 79 años	\geq 80 años
Casos	N	88	85	83	90
Morbilidad total	Si - No (%)	22%-78%	49%-51%	35%-65%	36%-64%
Morbilidad menor	Grado I Clavien	10 (12)*	19 (22)	14 (15)	15 (19)
Morbilidad mayor	Grado IIA Clavien	5 (35)	15 (47)	7 (23)	13 (59)
	Grado IIB Clavien	4 (4)	7 (12)	7 (12)	4 (4)
	Grado III Clavien	-	1 (1)	1 (1)	-
Mortalidad	Grado IV Clavien	6	3	2	7

*Número de pacientes afectados y, entre paréntesis, eventos mórbidos que se registraron.

fundamentamos nuestra investigación en diferentes puntos de vista para paliar las limitaciones de un estudio retrospectivo frente a un ensayo clínico aleatorizado. No hay exclusiones ni casos perdidos, la muestra es amplia y el seguimiento suficiente lo que permite cuantificar los reingresos y valorar el curso evolutivo en su totalidad. Comparar el tratamiento médico y el quirúrgico conlleva un sesgo de selección (los casos que evolucionan mal deben operarse) controlado mediante el análisis por *intención de tratar* (orientación terapéutica en el momento del ingreso). Realizamos una comparación de variables entre casos mayores y menores de 80 años. Los pacientes con 80 o más años responden peor a

la infección y al trauma quirúrgico, lo que plantea dudas bioéticas sobre la idoneidad de la cirugía.^{12,25,31} Pese a todo, nuestros resultados sólo pueden alcanzar un nivel de evidencia científica III y un grado "C" de recomendación, en el mejor de los casos.

Cuatro factores influyen a la hora de establecer la *primera intención terapéutica*: la edad del enfermo, los antecedentes clínicos, los días de evolución de la colecistitis y el riesgo de coledocolitiasis. Además de la edad cronológica es trascendental valorar aspectos como el régimen de vida (gran dependencia), la senilidad y la edad extrema (por encima de 90 años) ya que en pacientes muy deteriorados la terapia conservadora

■ **Tabla 5.** Complicaciones postoperatorias. Clasificación según la escala de Clavien, 20 descripción y número de eventos registrados en dependencia del tratamiento final aplicado y de la edad.

Grados de Clavien	Descripción de la complicación	Médico (N = 88)	Quirúrgico (N = 85)	70-79 años (N = 83)	> 80 años (N = 90)
Grado I	Infección de herida / Hematoma / Seroma	-	9	4	5
	Íleo	2	9	5	6
	Infección urinaria	1	1	-	2
	Descompensación Diabetes / HTA	6	2	2	6
	Otras	3	1	4	-
Grado IIA	Insuficiencia respiratoria	9	5	4	10
	Insuficiencia renal aguda	10	13	4	19
	Arritmia / Insuficiencia cardiaca / Angina	5	7	3	9
	Hemorragia digestiva aguda	5	4	3	6
	Anemia aguda (Hemotransfusión)	2	10	5	7
	Fístula biliar	-	3	1	2
	Pancreatitis aguda / Colangitis	1	1	2	-
	CID	1	1	-	2
	Sepsis	1	2	1	2
	Neumonía nosocomial	1	-	-	1
Hemorragia intraabdominal	-	1	-	1	
Grado IIB	Fístula biliar	-	4	3	1
	Coledocolitiasis residual	1	3	4	-
	Piocollecisto	3	-	2	1
	Hemorragia intraabdominal	-	1	1	-
	Coleperitoneo / Biloma	-	1	1	-
	Lesión Vía Biliar Principal	-	1	-	1
	Perforación Intestino Delgado	-	1	-	1
Grado III	Fístula de Intestino Delgado	-	1	1	-
Grado IV	Deceso	6	3	2	7

■ **Tabla 6.** Colecistitis aguda del anciano. Estudio comparativo de los costos medios por episodio (en dólares americanos [USD]) entre las diferentes modalidades terapéuticas.

Tratamiento	Casos	Hospitalización	Cirugía	Antibioterapia	Pruebas complementarias	Total
Médico	88	2244	-	266	242	2752
Quirúrgico	85	2686	4433	256	374	7749
Médico-quirúrgico*	15	3876	5770	342	580	10568
CL precoz [†]	41	1700	3246	166	282	5393
CL programada [‡]	31	680	3246	62	38	4026

*Pacientes tratados médicamente e intervenidos con posterioridad por mala evolución clínica.

[†]Colecistectomía laparoscópica realizada en las primeras 72 horas de ingreso hospitalario.

[‡]Colecistectomía laparoscópica electiva (cirugía programada) en pacientes con antecedente de colecistitis aguda.

podría ser la más adecuada.^{12,32,33} En nuestra experiencia, establecimos un tratamiento conservador en función de la mayor edad del enfermo.

La situación basal, la comorbilidad y el estatus de antiagregación o anticoagulación, fueron los motivos que con más frecuencia invocamos para in-

dicar una terapia médica (**Tabla 2**). En un primer momento, la decisión entre tratamiento conservador o cirugía es independiente de la clasificación de riesgo ASA, pero un riesgo ASA elevado es un factor para sufrir un curso evolutivo complejo que probablemente derive en una *cirugía no prevista*.^{34,35}

Ante una colecistitis con varios días de evolución o si se sospechan complicaciones, los datos obtenidos en las pruebas radiológicas pueden ser concluyentes en la toma de decisiones. La detección en la primera ECO o TC, de signos como colecistitis enfisematosa, perforación vesicular, síndrome de Mirizzi³⁶ o pericolecistitis, predice los casos que sufrirán una evolución tórpida. En ausencia de estos signos de alarma, el cirujano suele decantarse por la terapia conservadora seguida de colecistectomía programada.

De los ancianos con colelitiasis sintomática, 20% tiene una coledocolitiasis asociada¹⁶ y su estudio y tratamiento mediante CPRE puede retrasar la operación.¹⁵ En nuestra serie, 17.3% de los casos fueron considerados de *alto* o *moderado* riesgo con una tasa de *falsos positivos* de 20% y 1.73% de falsos negativos. El tratamiento simultáneo de la CA y de la coledocolitiasis está en discusión.¹⁹ Preferimos no actuar sobre la vía biliar en la cirugía urgente ya que aumenta el riesgo de causar iatrogenia^{27,37,38} y 50% de los casos se resuelve espontáneamente en un periodo de seis semanas.³⁹

En nuestro estudio, los grupos tratados médica o quirúrgicamente obtienen finalmente unas prestaciones similares, aunque con ventajas e inconvenientes característicos, destacando que el 60% de los pacientes deberán ser sometidos a una colecistectomía de emergencia en diferentes momentos de su curso evolutivo.

Los principales inconvenientes de la terapia conservadora son la cirugía no prevista durante el ingreso (19.5% de los pacientes) y la re-hospitalización por complicaciones o colecistitis recidivante que relatan 6.4% de los episodios de CA.^{40,41} Además, 100% de los decesos se produjo en los 25 casos que experimentaron alteraciones del curso clínico ideal tras instaurarse terapia conservadora.^{42,43} A favor del tratamiento médico destacamos una tasa de curación de 77% y su menor morbilidad y costo.⁵

En los pacientes sometidos a colecistectomía urgente se observó una morbilidad más alta relacionada con la agresión operatoria: complicaciones de la herida, anemia aguda, íleo, bilomas, fístulas biliares, entre otros. Sin embargo, una gran parte de esa morbilidad provino de los 15 enfermos sometidos a terapia médica como primera elección y que acabaron siendo intervenidos de urgencia.⁶ Dado que estos casos empeoran el rendimiento de la cirugía consideramos vital su detección precoz

estableciendo una sospecha basada en el valor del riesgo ASA y las pruebas de imagen.⁴⁴

La vía de abordaje también tuvo una repercusión directa en la evolución de los enfermos. En los ancianos es mucho más frecuente el uso de la cirugía abierta²⁹ y nuestra serie muestra esta tendencia, siendo un riesgo ASA alto factor para sufrir una colecistectomía por laparotomía.^{45,46} La CL ofrece mejores resultados con respecto a la abierta en días de antibioterapia, morbilidad general y hospitalización. Estos datos deben ser tomados con cautela ya que gran parte de los casos más complejos (abscesos y peritonitis difusas, laparoscopias convertidas, iatrogenia en la vía biliar) acaban en una laparotomía, lo que supone un claro sesgo que reduce el costo-efectividad de la cirugía abierta.²⁸ La gran ventaja de la CL precoz en las primeras 72 horas es que ofrece unos resultados clínicos y económicos comparables o incluso mejores que el tratamiento conservador ya que hace innecesario un nuevo ingreso para realizar la colecistectomía electiva.

También valoramos la influencia de la edad en el curso evolutivo de la colecistitis independientemente de la terapia adoptada. Para ello comparamos las variables de riesgo, quirúrgicas, terapéuticas y de costo-efectividad entre pacientes mayores y menores de 80 años sin encontrar diferencias estadísticas. Tampoco la edad extrema tuvo repercusión en la morbi-mortalidad ni en la elección de la vía de abordaje para la colecistectomía. Estos aspectos han sido destacados por otros autores que relacionan los resultados operatorios con la gravedad clínica del episodio de colecistitis y la importancia de sus repercusiones sistémicas pero no con la edad.^{2,28,40,46} Por último, el objetivo principal del equipo quirúrgico es detectar a los pacientes que van a evolucionar de forma tórpida tras plantear de inicio una terapia conservadora. Estos casos acumulan, con diferencia los peores resultados y la mayor morbi-mortalidad de la serie. La situación clínica del paciente medida por el riesgo ASA y la gravedad del episodio de colecistitis que establecen las pruebas de imagen son factores que predicen el desarrollo de complicaciones y su presencia debe decidirnos por una colecistectomía urgente.

Concluimos que las dos opciones terapéuticas analizadas (cirugía urgente y tratamiento conservador) obtienen resultados similares, estando la primera lastrada por una mayor morbilidad y la segunda por el elevado número de reingresos y fallos

terapéuticos. Sin duda, la colecistectomía laparoscópica precoz en un anciano no deteriorado es la alternativa más recomendable y la que cursa con menor morbi-morbilidad y duración de la hospitalización proporcionando los mayores beneficios médicos y financieros.

Referencias

- Bueno Lledó J, Serralta Serra A, Planells Roig M, y cols. Colecistectomía laparoscópica en el paciente anciano. *Cir Esp* 2002; 72: 205-209.
- Kim HO, Yun JW, Shin JH, et al. Outcome of laparoscopic cholecystectomy is not influenced by chronological age in the elderly. *World J Gastroenterol* 2009; 15: 722-726.
- Glenn F. Biliary tract disease. *Surg Gynecol Obstet*. 1981; 153: 401-2.
- Guerrero O, D'Amore E, Di Meo E, et al. Approccio laparoscopico nella colecistite acuta dell'anziano. La nostra esperienza. *Chir Ital* 2008; 60:189-197.
- Makela JT, Kiviniemi H, Laitinen S. Acute cholecystitis in the elderly. *Hepato-gastroenterology* 2005; 52:999-1004.
- Mitchell A, Morris PJ. Trends in management of acute cholecystitis. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1982;284:27-30.
- Prousalidis J, Fahadidis E, Apostolidis S, et al. Acute cholecystitis in aged patients. *HPB Surg* 1996;9:129-131.
- Lujan JA, Parrilla P, Robles R, y cols. Laparoscopic cholecystectomy vs. open cholecystectomy in the treatment of acute cholecystitis. *Arch Surg* 1998;133:173-175.
- Sauerland S, Agresta F, Bergamaschi R, et al. Laparoscopy for abdominal emergencies: evidence-based guidelines of the European Association for Endoscopic Surgery. *Surg Endosc* 2006;20:14-29.
- García Marcilla JA, Vázquez Rojas JL, Pérez Vicente F, y cols. Colecistectomía electiva frente a urgente en el paciente anciano. *Cir Esp* 1998;63:365-367.
- Tambyraja AL, Kumar S, Nixon SJ. Outcome of laparoscopic cholecystectomy in patients 80 years and older. *World J Surg* 2004;28:745-748.
- Sevilla MP. Reflexión ética ante una situación de conflicto en la cirugía del anciano. *Cir Esp* 2003;74:10-14.
- Sondenaa K, Nesvik I, Solhaug JH, et al. Randomization to surgery or observation in patients with symptomatic gallbladder stone disease. The problem of evidence-based medicine in clinical practice. *Scand J Gastroenterol* 1997;32:611-616.
- Bennett GL, Balthazar EJ. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. *Radiol Clin North Am* 2003;41:1203-1126.
- Ramírez Luna M, Elizondo Rivera J, Herrera MF y cols. Utilidad de la colangiografía y esfinterotomía endoscópica como adyuvante de la colecistectomía laparoscópica en enfermos con litiasis biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2004;69:217-225.
- Sgourakis G, Dedemadi G, Stamatelopoulos A, et al. Predictors of common bile duct lithiasis in laparoscopic era. *World J Gastroenterol* 2005;11:3267-3272.
- Kanafani ZA, Khalifé N, Kanj SS, et al. Antibiotic use in acute cholecystitis: practice patterns in the absence of evidence-based guidelines. *J Infect* 2005;51:128-134.
- Sánchez Beorlegui J, Soriano P, Monsalve E y cols. Colecistectomía laparoscópica en pacientes octogenarios. Estudio comparativo entre dos poblaciones en edad geriátrica. *Cir Esp* 2009;85:246-251.
- Priego P, Ramiro C, Molina JM, y cols. Resultados de la colecistectomía laparoscópica en un hospital universitario de tercer nivel tras 17 años de experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:20-30.
- Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy. *Surgery* 1992;111:518-526.
- Brunt LM, Quaserbarth MA, Dunneagan DL, et al. Outcomes analysis of laparoscopic cholecystectomy in the extremely elderly. *Surg Endosc* 2001;15:700-705.
- Moyson J, Thill V, Simoens Ch, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly: a retrospective study of 100 patients. *Hepato-gastroenterology* 2008;55:1975-1980.
- Bueno Lledó J, Vaqué Urbaneja J, Herrero Bernabeu C, y cols. Colecistitis aguda y colecistectomía laparoscópica en el paciente anciano. *Cir Esp* 2007;81:213-217.
- Hazzan D, Geron N, Golijanin D, et al. Laparoscopic cholecystectomy in octogenarians. *Surg Endosc* 2003;17:773-776.
- Kauvar DS, Brown BD, Braswell AW, et al. Laparoscopic cholecystectomy in the elderly: increased operative complications and conversions to laparoscopy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech* 2005;15:379-382.
- Lo CM, Lai EC, Fan ST, et al. Laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in the elderly. *World J Surg* 1996;20:983-986.
- Méndez Sánchez N, Chávez Tapia NC, Zamora Valdés D. Colecistitis litíásica: ¿tenemos verdaderas opciones no quirúrgicas? *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70:73-75.
- Mayol J, Martínez-Sarmiento J, Tamayo FJ, y cols. Complications of laparoscopic cholecystectomy in the ageing patient. *Age Ageing* 1997;26:77-81.
- Chau CH, Tang CN, Siu WT, et al. Laparoscopic cholecystectomy versus open cholecystectomy in elderly patients with acute cholecystitis: retrospective study. *Hong Kong Med J* 2002;8:394-399.
- Ros A, Carlsson P, Rahmqvist M, et al. Non-randomised patients in a cholecystectomy trial: characteristics, procedures, and outcomes. *BMC Surg* 2006;6:17.
- Kwon AH, Matsui Y. Laparoscopic cholecystectomy in patients aged 80 years and over. *World J Surg* 2006;30:1204-1210.
- Bingener J, Richards ML, Schwesinger WH. Laparoscopic cholecystectomy for elderly patients. Gold standard for golden years?. *Arch Surg* 2003;138:531-536.
- Morales-Conde S, Gómez JC, Cano A, y cols. Ventajas y peculiaridades del abordaje laparoscópico en el anciano. *Cir Esp* 2005;78:283-292.
- Yi NJ, Han HS, Min SK. The safety of a laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis in high-risk patients older than sixty with stratification based on ASA score. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2006;15:159-164.
- Flores Rivera AR. ¿Es útil la clasificación ASA para determinar el riesgo quirúrgico? *Cir Ciruj* 1996;64 8-13.
- Sánchez Beorlegui J, Monsalve Laguna E, Soriano Gil-Albarellos P y cols. Síndrome de Mirizzi asociado a la coledocolitiasis complicada del anciano: diagnóstico y tratamiento laparoscópico. *Rev Gastroenterol Perú* 2008;28:15-21.
- González Rodríguez FJ, Bustamante Montalvo M, Conde Freir R, y cols. Tratamiento de pacientes con lesiones graves de la vía biliar. *Cir Esp* 2008;84:20-27.
- Mercado MA. Lesiones iatrogénicas de vías biliares. Papel del cirujano. *Rev Gastroenterol Mex* 2007;72:148-153.
- Collins C, Maguire D, Ireland A, et al. A prospective study of common bile duct calculi in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: natural history of choledocholithiasis revisited. *Ann Surg*. 2004;239:28-33.
- Bizuetto Rosas H, Hernández Pérez N, Jaime Gámiz G. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litíásica agudizada. *Cir Ciruj* 2002;70:82-85.
- Lau H, Lo CY, Patil NG, et al. Early versus delayed-interval laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis: a meta-analysis. *Surg Endosc* 2006;20:82-87.
- Vetthus M, Soreide O, Nesvik I, et al. Acute cholecystitis: delayed surgery or observation. A randomized clinical trial. *Scand J Gastroenterol* 2003;38:985-990.
- Uecker J, Adams M, Skipper K, et al. Cholecystitis in the octogenarian: is laparoscopic cholecystectomy the best approach? *Am Surg* 2001;67:637-640.
- Mercado MA. Colecistitis la expansión de un concepto y sus implicaciones. *Cir Ciruj* 2002;70:303-304.
- Massie MT, Massie LB, Marrangoni AG, et al. Advantages of laparoscopic cholecystectomy in the elderly and in patients with high ASA classifications. *J Laparoendosc Surg* 1993;3:467-476.
- Pérez Morales A, Roesch Dietlen F, Díaz Blanco F, y cols. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica en la enfermedad litíásica vesicular complicada. *Cir Ciruj* 2005;73:15-18.