

REVISIÓ DE LA NOSTRA CONDUCTA EN EL TRACTAMENT QUIRÚRGIC DE LES COLECISTITIS AGUDES

A. BIANCHI I CARDONA*; M. PRATS I MAESO*; J. BARJA I SÁNCHEZ*; A. HEREDIA I BUDO*; C. ROSELLÓ I RODRÍGUEZ*; J. FELIU I CANALETA*; M. UBACH I SERVET*;

Paraules Clau: Colelitiasi. Colecistitis agudes. Colangiografia.

REVIEW OF OUR CONDUCT IN THE SURGICAL TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS

Convinced of the advantages of surgical emergency treatment, be it early or deferred, of acute cholecystitis, we review the results obtained in a series of 73 patients treated in our centre over a period of 42 months. Outstanding in the composition of the group is the high percentage of elderly patients with associated illnesses, which means that we are discussing high risk patients. The low mortality rate, 1.36%, an acceptable rate of morbidity, 34.5%, and the average hospital stay of 15.6 days confirm, in our opinion, the advantages of such treatment.

REVISION DE NUESTRA CONDUCTA EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS COLECISTITIS AGUDAS

Convencidos de las ventajas del tratamiento quirúrgico de urgencia, bien sea precoz o diferido, de las colecistitis agudas, revisamos los resultados obtenidos en una serie de 73 enfermos tratados en nuestro centro durante un período de 42 meses.

Destaca en la composición del grupo el elevado porcentaje de enfermos ancianos y con patologías asociadas, lo que determina que se trate de enfermos de alto riesgo. La baja mortalidad, 1,36%, una morbilidad aceptable, 34,5% y la media de estancias de 15,6 días, confirman, según nuestro parecer, las ventajas de dicho tratamiento.

INTRODUCCIÓ

El tractament quirúrgic diferit de les colecistitis agudes, propugnat principalment pels autors de l'escola francesa com MALLET GUY¹, ha anat perdent adeptes durant els darrers anys en comprovar, a partir d'estudis controlats com el de VAN DER LINDEN², o encara el més recent de JARVINEN³, els avantatges del tractament precoç i la manca de fonaments dels perills teòrics que comporta la intervenció sobre la vesícula biliar en fase inflamàtori aguda.

Nosaltres som partidaris de la intervenció en fase aguda, si pot ésser dins la primera setmana de començat el quadre, essent els avantatges d'aquest procedir, segons el nostre criteri, els següents: 1) Menors dificultats tècniques, ja que la fibrosi constituïda a les setmanes de començat el procés dificulta la dissecció en relació amb la fase d'edema inflamatori agut; 2) Remoure un focus sèptic que evita les seqüeles locals i generals que sovint es presenten en aquest tipus de malalts, generalment d'edat i amb patologies associades greus; 3) Es redueixen les estades, els costos i les molèsties que suposen per als malalts i per a la societat el tractament diferit.

D'una manera retrospectiva revisem els resultats obtinguts amb aquesta conducta en el tractament d'una sèrie de 73 malalts en un període de 42 mesos.

MATERIAL I MÈTODES

Des de maig del 1980 fins a desembre del 1983, foren intervinguts amb criteri d'urgències precoç o diferida un total de 73 malalts diagnosticats de colecistitis aguda.

El criteri cronològic que va marcar el moment de la intervenció depenia de: 1) Estat general del malalt; 2) Estadi evolutiu de la malaltia; 3) Seguretat diagnòstica.

S'atorgà una gran fiabilitat al diagnòstic clínic. Generalment, i sobretot quan hi havia algun dubte, es confirmà la sospita clínica mitjançant l'ecografia, encara que malauradament no es pogué practicar aquesta exploració com hauria estat desitjable en tots els casos, perquè no en disposàvem en el nostre centre durant el període d'estudi.

Retrospectivament es van dividir els malalts en grups segons l'edat i el sexe, i segons que presentessin o no patologia associada.

S'analitzaren els signes, símptomes i antecedents biliars, així com la cronologia de la intervenció en relació amb el temps d'evolució i els dies d'ingrés, la tècnica quirúrgica emprada, la morbiditat segons grups d'edat i patologies associades, la mortalitat i, finalment, els dies d'estada.

RESULTATS

A la taula I es recullen les dades generals respecte a edat i sexe. No hi hagueren diferències significatives respecte al sexe (49,3% d'homes i 50,7% de dones). El 63,1% dels malalts tenien més de 65 anys i el 49,3% més de 70.

La patologia associada queda recollida a la taula II, que presenta un 54,8% de malalts, essent els processos més freqüents la diabetis (7 malalts), pneumopaties (15 malalts) i càrdio-vasculopaties (13 malalts). Tres malalts van presentar xoc sèptic a les poques hores de l'ingrés.

Un 33% de malalts no presentaven cap antecedent de dispepsia biliar.

Els signes i símptomes més freqüents en ordre decrei-

* Servei de Cirurgia General. Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena. Mataró. Correspondència: Dr. A. Bianchi i Cardona. C/. Madrazo, 24-26. 3.er. 2.ª 08006 Barcelona.

xent varen ésser: Dolor (72 malalts - 98,6%, Leucocitosi (56 malalts - 76,7%), Febre (40 malalts - 54,8%), Massa en hipocondri dret (21 malalts - 28,8% i Icterícia (18 malalts - 24,65%).

TAULA I

PERÍODE: MAIG/80 a DES./83

N.º MALALTS: 73

EDATS: 28-91 MITJANA: 67,06

H - 65,75

D - 68,35

SEXE: { H - 36 (49,3 %)
D - 37 (50,7 %)

GRUPS EDAT	HOMES	< 40 anys	-3
		40-65 anys	-9
	DONES	> 65 anys	-24
		< 40 anys	-1
		40-65 anys	-20
		> 65 anys	-16

46 m. (63,1 %) > 65 anys
36 m. (49,3 %) > 70 anys

TAULA II

PATOLOGIA ASSOCIADA

NO: 33 (45,2 %)

SI: 40 (54,84 %)

HOMES 19 (52,77 %)

DONES 21 (56,71 %)

1) PATOL. ASSOC.	25	{ 15 Homes 10 Dones
2) PATOL. ASSOC.	9	{ 1 H. 8 D.
3) PATOL. ASSOC.	6	{ 3 H. 3 D.
XOC SÈPTIC	3	
DIABETIS	7	{ 3 H. 4 D.
CARDÍAQUES	13	{ 5 H. 8 D.
RESPIRAT.	15	{ 9 H. 6 D.
HTA	16	{ 3 H. 13 D.

ALTRES (INSUFICIÈNCIA RENAL, ARTEROSCLEROSI, ETC.) 11

El diagnòstic fou clínic en 71 malalts (97,2%), en dues ocasions fou quirúrgic (diagnòstic diferencial d'ingrés d'apendicitis aguda). En 45 malalts (61,6%) es va confirmar mitjançant l'ecografia i en 7 mitjançant radiologia.

La cronologia de la intervenció queda recollida a la taula III, la qual destaca que el 80,8% dels malalts foren

operats dins la primera setmana des de l'ingrés.

La tècnica quirúrgica emprada queda recollida a la taula IV i destaca l'elevat percentatge de laparotomies subcostals (41%). En dues ocasions es va practicar una colecistostomia amb anestèsia local a malalts de 86 i 89 anys en xoc sèptic i amb patologia associada molt greu.

En el 65% dels casos es va practicar colangiografia peroperatòria i en 15 casos (7 sense colangiografia prèvia) exploració instrumental de la via biliar principal.

La morbiditat queda recollida a la taula V: un 34,5% dels malalts (29) va presentar complicacions; un 65,2% d'aquestes corresponia a malalts de més de 65 anys amb patologia associada greu.

La incidència d'abscessos de paret fou del 6,8%. Un malalt va presentar una evisceració total que va requerir reintervenció immediata.

Entre les complicacions intraabdominals destaquem un abscess subhepàtic diagnosticat un cop donada d'alta la malalta, el qual fou drenat tan punt fou reingressada a l'habitació a través de la ferida.

Un malalt va presentar un seroma subhepàtic amb cultiu negatiu, drenat a través del trajecte del Penrose al cinquè dia. Un altre malalt va presentar un sagnat pel Penrose que va obligar a transfondre'l sense necessitat de reoperar-lo.

Entre les complicacions respiratòries destaca com a única important un TEP que va requerir tractament anticoagulant.

La morbiditat en relació amb la cronologia de la intervenció no va presentar variacions significatives, encara que fou més gran en el malalts intervinguts entre el tercer i setè dia (38,8%).

Els malalts amb coledocotomia presentaren d'una manera certament sorprenent menor morbiditat que la de la resta de malalts (20% contra 29,2%).

En tres malalts es va evidenciar una litiasi residual (4,5%). En dos d'aquests se'ls va practicar colangiografia peroperatòria i coledocotomia amb exploració instrumental de la via biliar; al tercer no se li havia practicat colangiografia. Els dos primers casos es resolgueren mitjançant papil·lotomia endoscòpica, i el tercer calgué reintervenir-lo als 6 mesos puix que, en ser portador d'una gastrectomia tipus Billroth II, no se li pogué practicar, malgrat intentar-ho, l'esmentada terapèutica endoscòpica.

Una malalta de 70 anys va presentar, als 9 mesos, crisi de colangitis, i mitjançant endoscòpia ERCP és va diagnosticar una papil·litis que es resolgué en practicar-li una papil·lotomia endoscòpica.

Una altra malalta de 76 anys va presentar també crisi de colangitis als 6 mesos; mitjançant endoscòpia li fou apreciada una gran estenosi coledocal, la qual es va tractar amb endopròtesi i en la qual no es va poder descartar una neoplàsia de la via biliar.

Com a morbiditat tardana hem de citar també 5 eventracions (7,1%), totes elles en malalts portadors de laparotomies mitjanes (12,2% d'aquestes).

La mortalitat postoperatòria fou d'1 cas (1,36%). És tractava d'una malalta de 75 anys diabètica i hipertensa que va presentar una insuficiència cardíaco-respiratòria a les 9 hores de la intervenció, de la qual va morir.

L'estada mitjana fou de 15,6 dies.

En tots els casos es va confirmar per mitjà de l'anatomia patològica el diagnòstic clínic i quirúrgic. En 6 malalts es

tractava d'un empiema (8,2%), en 16 d'una colecistitis gangrenosa (21,9%), en 4 ocasions amb perforació de la vesícula i coleperitoneu generalitzat. En 3 malalts (4,1%) el diagnòstic fou de colecistitis aguda alitiàsica.

TAULA III

INTERVENCIÓ

CRONOLOGIA

DES DE L'INICI DEL QUADRE	<3 d.	21	53,41 %
	3-7 d.	18	
	>7 d.	34	
DES DE L'INGRÉS	<3 d.	31	80,83 %
	3-7 d.	28	
	>7 d.	14	

TAULA IV

INTERVENCIÓ

MITJANA	41 (56,16 %)
LAPARO. SUBCOST.	30 (41,09 %)
PARA	2 (2,73 %)
COLECISTECTOMIA	71 (97,26 %)
COLECISTOSTOMIA	2 (2,74 %)
COLEDOCODUODENOST.	1
PAPILLOTOMIA	1
COLANGIOGRAFIA PER.	46 (64,8 %)
COLEDOCOTOMIES	15 (7 sense colangio) (20,54 %)

DISCUSSIÓ

En els darrers anys, el tractament quirúrgic precoç de les colecistitis agudes ha anat guanyant adeptes atès que els inconvenients més grossos que se li atribueixen s'han anat esvaint mercès als moderns mètodes d'exploració, com l'ecografia, que fan que el marge d'error diagnòstic sigui mínim, i a les mesures de reanimació tant pre com postoperatòries que permeten, en la majoria dels casos, col·locar el malalt en una situació adequada, si no òptima, per a tolerar perfectament la intervenció.

D'altra banda, s'ha vist que la major dificultat tècnica que hom atribuïa a la intervenció en fase aguda era un mite sense fonament, com s'encarregaren de demostrar els estudis randomitzats de VAN DER LINDEN i JARVINEN, qui trobaren menors morbiditat i mortalitat amb el tractament quirúrgic precoç que amb el diferit.

Altres autors com REISS⁴ o VICENTE LOPEZ⁵ al nostre país, han demostrat igualment, encara que no d'una manera randomitzada, que el tractament quirúrgic precoç de les colecistitis agudes es pot realitzar amb una morbi-mortalitat baixa, semblant als de la cirurgia electiva de la litiasi biliar.

D'altra banda, FRY⁶ destaca l'avantatge del tractament urgent de l'empíema vesicular, forma de presentació freqüent de les colecistitis agudes, la morbiditat i la mortalitat del qual foren sensiblement inferiors a les del tractament diferit (20% contra 47% i 14% contra 28%).

D'altra banda, hem de tenir en compte que si bé la cirurgia electiva de la litiasi biliar presenta en malalts joves unes xifres de morbi-mortalitat insignificants, no succeeix

així quan es tracta de malalts d'edat que generalment presenten altres patologies greus que empitjoren sensiblement les xifres estadístiques.

Així, SULLIVAN⁷ presenta una mortalitat en cirurgia electiva en malalts de més de 80 anys, del 9,5% i una morbiditat del 62%; HUBBER⁸, en malalts de més de 70 anys publica una mortalitat del 2% i una morbiditat del 20%; MCSHERRY⁹ en malalts de més de 50 anys, del 2,16% i EISEMAN¹⁰, del 2,5% per damunt dels 70 anys.

Altres autors de tant de prestigi dins la cirurgia biliar com GLENN¹¹, publiquen una mortalitat global en el tractament de les colecistitis agudes del 9,8% en malalts de més de 65 anys, recomanant la cirurgia urgent per tal de reduir l'esmentada xifra, tot i havent-hi el risc d'augmentar el percentatge de colecistostomies.

A la nostra sèrie, tenint en compte que la mitjana d'edat fou de 67 anys i que gairebé un 50% de malalts tenien més de 70 anys, amb patologies associades greus en un 55% dels casos, creiem que els resultats són acceptables i que justifiquen el criteri de tractament urgent, ja sigui precoç o diferit, que hem seguit.

TAULA V

MORBILITAT

Malalts complicats: 23 (34,5%) 29 Complicacions
El 40% de malalts amb patologia associada presentaren complicació (65,21% de malalts complicats).

PER EDAT

Menys de 40 a.	(4 m.) 0
40 - 65 a.	(27 m.) 8 (27,58%)
Més de 65 a.	(40 m.) 15 (37,5%)

El 65,21% de malalts complicats tenien més de 65 a.

1) FERIDA:

Abscès	5 (6,84%)
Seroma	3
Hematoma	1
Evisceració total	1
Evisceració petita coberta	1
Abscès trajecte Kehr	1
Complicacions en Laparo	
Mitjana	5 (12,19%)
Subcostal	6 (20%)

2) INTRAABDOMINALS:

— Abscès Subhepàtic drenat a través de ferida	1
— Seroma subhepàtic (Cultiu —)	21

3) RESPIRATÒRIES:

— Alcalosi	1
— Agudització MPOC	1
— Broncospasme	2
— TEP.	1

4) ALTRES:

— Infecció orina	5
— Retenció gàstrica	1
— Taquicàrdia supraventricular	1
— AC x FA	1
— Sagnat Penrose	1
— S. Febril sense focus	1

MORBILITAT TARDANA:

— Càlcul residual	3
— Papilitis	1
— Estenosi Coledocal (Neo)	1
— Eventracions	5

La mortalitat global, tenint en compte que es tracta d'un grup de malalts de risc, fou baixa, 1,36%, mentre que la morbiditat, malgrat assolir la xifra del 34,5%, evidentment millorable, ens sembla acceptable.

En aquest sentit hem de destacar que la morbiditat està lligada directament amb l'edat dels malalts, ja que aquella fou del 0% en els de menys de 40 anys, del 27,5% en els de 40 a 65 anys, i del 37,5% en els més grans de 65 anys.

El 65,2% de malalts que van presentar complicacions tenien més de 65 anys i eren portadors d'alguna patologia associada prèvia greu.

D'altra banda, no trobem relació entre la morbiditat i la cronologia de la intervenció; en els operats abans del tercer dia fou del 28,5%, entre el 3er. i 7 dia del 38,8%, i a partir del 7è dia del 29,4%.

La pràctica de la coledocotomia i l'exploració de la via biliar no fou acompanyada, ans el contrari, de més morbiditat (20% contra 29,2%).

Pel que fa a la tècnica quirúrgica hem de destacar que la colecistectomia, practicada en 71 casos, no va presentar dificultats especials degudes al procés inflamatori agut.

En dos casos, com ja hem comentat amb anterioritat, en malalts de 86 i 89 anys amb xoc sèptic i pluripatologia concomitant, vam practicar colecistectomia amb anestèsia local, essent l'evolució favorable en ambdós.

Un punt discutible el constitueix el fet que el percentatge de colangiografies peroperatòries fou del 65% que, juntament amb l'exploració instrumental de la via biliar practicada en 7 casos sense colangiografia, fa que gairebé un 25% de malalts fossin intervinguts sense que els fos practicat cap tipus d'exploració sobre la via biliar.

Això es justifica ja que en els casos de cirurgia d'urgència precoç motivada per la gravetat del quadre clínic i de vegades en circumstàncies no pas ideals (per exemple la impossibilitat de comptar amb un tècnic radiòleg per a practicar l'exploració), s'han seguit criteris colangiogràfics selectius, és a dir que en malalts amb càlcul únic i voluminós, cístic fi, via biliar normal a la inspecció i a la palpació, sense clínica ni analítica de colostasi, no s'ha considerat a criteri del cirurgià obligatòria la pràctica d'una colangiografia peroperatòria, exploració que sempre practiquem en cirurgia biliar electiva.

En altres sèries, com la de VICENTE LOPEZ o bé en la de HUBBER, el percentatge de colangiografies fou molt similar al nostre, 75% i 76,7% per motius superposables als assenyalats.

El percentatge de litiasi residual (3 casos, 4,5%) no és, d'altra banda, imputable a la manca de colangiografia, ja que, en dues ocasions, aquesta fou practicada juntament amb coledocotomia i exploració instrumental de la via biliar, essent positiva en ambdues. D'altra banda, aquesta xifra es troba dins els límits acceptats generalment en cirurgia electiva, que oscil·len entre un 2 i un 5%.

Hem de destacar en aquest sentit la inestimable ajuda que representa per al cirurgià la col·laboració d'un endoscopista experimentat, el qual, com en el nostre cas, resolgui la majoria d'aquests problemes sense necessitat de reintervenir el malalt, tal com passava fa alguns anys.

L'estada mitjana dels nostres malalts fou de 15,6% dies. En la sèrie de VICENTE LOPEZ aquesta fou de 13 dies per els malalts sotmesos a cirurgia precoç, de 22 dies per els de cirurgia urgent diferida i de 18 dies per els de diferida.

En conclusió, creiem que els resultats obtinguts, analitzats com ja hem dit de manera retrospectiva, justifiquen la conducta intervencionista en el tractament de la colecistitis aguda. Aquesta filosofia evidentment no justifica practicar a qualsevol cost intervencions d'urgència en situacions no ideals, ja que generalment en la gran majoria de casos aquesta patologia ens ofereix un marge de temps suficient per a a) confirmar el diagnòstic; 2) instaurar unes mesures de reanimació adients; 3) completar l'estudi global del malalt per a situar-lo en condicions correctes de cara a la intervenció. Només en els casos de sepsis greu o perforació vesicular caldrà plantejar-se la intervenció d'emergència prèvies mesures de reanimació mínimes i indispensables.

Creiem que partint d'aquests resultats i de llur revisió crítica és lícit de mantenir la nostra filosofia, intentant de millorar els resultats, sobretot per tal de reduir la morbiditat, que és important, i de reduir tan com sigui possible el nombre d'estades.

RESUM.— Convençuts dels avantatges del tractament quirúrgic d'urgència sigui precoç, sigui diferit, de les colecistitis agudes, revisem els resultats obtinguts en una sèrie de 73 malalts tractats en el nostre centre durant un període de 42 mesos.

Destaca en la composició del grup l'elevat percentatge de malalts ancians i amb patologies associades, la qual cosa fa que es tracti de malalts d'alt risc.

La baixa mortalitat, 1,36%, i una morbiditat acceptable, 34,5% i la mitjana d'estades de 15,6 dies, confirmen, segons el nostre parer, els avantatges de l'esmentada filosofia de tractament.

BIBLIOGRAFIA

1. MALLETT-GUY P., UNGEHEUER E., WELCH C., ENCKE A.: Chirurgie der acuten cholecystitis. *Langenbecks Arch. Chir.* 1976; 341-154.
2. VAN DER LINDEN W., SUNZEL H.: Early versus delayed operation for Acute Cholecystitis. A controlled clinical trial. *Am. J. Surg.* 1970; 120: 7-11.
3. JARVINEN H.J., HASTBACKA J.: Early cholecystectomy for acute cholecystitis. A prospective randomized study. *Ann. Surg.* 1980; 191, 501-5.
4. REISS R., PIKELNIE S., ENGELBERG M.: Value of early surgery and routine operative cholangiography in the management of acute cholecystitis. *World J. Surg.* 1979; (3), 107-10.
5. VICENTE LOPEZ E., BURGOS FLOREZ J., HERNANDEZ FERNANDEZ C., ENRIQUEZ VALENS P., ALVAREZ CAPE-ROCHIPI J.: Colecistitis aguda II. Estudio comparativo del tratamiento quirúrgico precoz, diferido y electivo. *Cir. Esp.* 1982; 36, (4), 244-51.
6. FRY D., COX R.A., HARBRECHT P.H.J.: Empyema of the gallbladder. A complication in the natural history of acute Cholecystitis. *Am. J. Surg.* 1981; 141: 366-9.
7. SULLIVAN D.M., HOOD T.R., GRIFFEN W.O.: Biliary tract surgery in the elderly. 1982; 143: 218-20.
8. HUBBER D.F., MARTIN Q., COOPERMAN M.: Cholecystectomy in elderly patients. *Am. J. Surg.* 1983; 146: 719-22.
9. MCCHERY CH.K., GLENN F.: The incidence and causes of death following surgery for nonmalignant biliary tract disease. *Ann. Surg.* 1980; 191: (3) 271-5.
10. EISEMAN B.: Prognosis of Surgical Disease. Philadelphia, Saunders, 1980: 249.
11. GLENN F.: Surgical management of acute Cholecystitis in patients 65 years of age and older. *Ann. Surg.* 1981; 193: (1), 56-9.