

Cirugía biliar de alto riesgo. Estudio de 108 pacientes operados por el método tradicional

Armando Vargas-Domínguez,* Luis Humberto Ortega-Léon,**
Octavio Amancio-Chassin,** José Méndez-Jacinto***

Resumen

Este estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y descriptivo, realizado en 108 pacientes con riesgo mayor al normal, sometidos a cirugía biliar en el Hospital General de México de la Secretaría de Salud, se realizó entre 1989 y 1992 con seguimiento mínimo de 30 días, con uno o más factores de riesgo. Se incluyeron en el grupo de alto riesgo a 63 enfermos, en el que tuvieron dos factores. 31 pacientes con tres factores, 11 pacientes con cuatro o más factores en tres de ellos. Evolucionaron satisfactoriamente 87 pacientes (81%), mostraron resultados negativos 21 pacientes (19%), es decir, 19 mujeres y dos hombres, registrándose dos defunciones y tres reintervenciones quirúrgicas. Los resultados positivos se registraron en la mayoría de pacientes con un factor de alto riesgo (57/63=90.5%). Hubo diferencia estadística al compararlos con los enfermos que sumaron dos, tres y cuatro factores de riesgo.

Palabras clave: Cirugía biliar, alto riesgo quirúrgico.

Summary

This study is to inform the patients outcomes from biliary tract surgery, with surgical risk higher than normal, in a general hospital. It was observational, retrospective, longitudinal and descriptive study. Among 1989-1992 were studied 108 patients with a 30 days follow up, operated from one or more risk surgical factors, 63 cases were included because had one high risk factor, 31 had two factors, 11 with three and three with four or more. 88 patients (81%) had good outcomes, while 20 (19%) had bad outcomes, 18 were women and two men, with two deaths and two reoperations. The good outcomes were in majority of patients with one high risk factor (57/63=90.5%), there were statistical difference with the two, three or four high risk factors cases.

Key words: Biliary surgery, surgical high risk.

* Jefe de Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

** Médico de Base del Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

*** Unidad de Epidemiología Clínica, Hospital General de México

**** Médico residente del Servicio de Cirugía General, Hospital General de México

Correspondencia y solicitud de sobretiros: Servicio de Cirugía General, Hospital General de México, Dr. Balmís No. 148, Doctores, 06720 México, D. F.

Las complicaciones quirúrgicas son preocupación esencial para el paciente y para el cirujano, incluyendo la mortalidad perioperatoria, misma que se ha reducido a niveles muy bajos, tanto en el procedimiento abierto como en el laparoscópico, por ello ha dejado de utilizarse para juzgar los resultados, por otra parte, la baja mortalidad ha motivado que cada vez se operen mayor número de pacientes con edad avanzada, enfermedades intercurrentes, obesidad y otros agravantes que puedan poner en peligro la vida.

En esto ha influenciado el advenimiento de la cirugía laparoscópica, que ha dejado a la colecistectomía abierta como segunda elección quirúrgica, sin embargo, el método tradicional continúa siendo el más utilizado en países en desarrollo.

Otra de las consecuencias benéficas de esta nueva técnica, ha sido la reactivación del interés en publicar literatura referente al tema¹ extendiéndose a otros tratamientos, como los agentes para disolver cálculos, ya sea por vía oral o por contacto² así como la litotripsia o la terapéutica por vía endoscópica;³ además se ha estimulado el interés por conocer otros aspectos relacionados con la cirugía biliar. Esto no ha sido ajeno al Hospital General de México en donde al igual que en otros nosocomios, se ha observado que al efectuar cirugía biliar en pacientes de alto riesgo a veces alarga el período preoperatorio, por la necesidad de preparar mejor al enfermo, además se registran mayor número de resultados adversos. Por otra parte, en la literatura consultada, no hay información exacta de cuáles pacientes son de alto riesgo, ya que no es lo mismo un cardiópata que un obeso o que una persona que está en terapia intensiva, tampoco se comparan pacientes con un sólo factor de riesgo con enfermos portadores de varios factores.

A partir de estos razonamientos, se pensó en recopilar en este trabajo, la información sobre resultados positivos y negativos, en pacientes sometidos a cirugía biliar abierta, con factores de riesgo, en un hospital general, de enseñanza, con los recursos físicos suficientes para realizar cirugía tradicional y laparoscópica.

Este estudio se realizó con el fin de conocer los resultados de la colecistectomía con técnica tradicional, en un grupo de pacientes con riesgo quirúrgico mayor al normal, en un centro hospitalario, de enseñanza quirúrgica, en el que asisten pacientes de bajos recursos económicos, considerado representativo de la patología nacional.

Material y métodos

En el servicio de Cirugía General del Hospital General de México, entre los años 1989 a 1992, se estudiaron en forma retrospectiva a 108 pacientes, 46 operados de colecistectomía y 62 de colecistectomía más coledocostomía, por el método tradicional.

En las intervenciones quirúrgicas participaron como cirujanos nueve diferentes médicos de base y 17 residentes supervisados por facultativos del hospital.

Fueron del sexo femenino 861108 (79%) y del masculino 221108 (21%), con edad mínima de 16 años, máxima de 92 y promedio de 46 años.

Los criterios de inclusión para considerar a los pacientes con riesgo quirúrgico mayor al normal se basaron en publicaciones internacionales,^{4,5,6} quedando englobados los enfermos a quienes se efectuó colecistectomía por el método abierto, con uno o más de los siguientes factores de riesgo:

1. Haber efectuado coledocostomía más colocación de sonda en T.
2. Antecedentes de ictericia.
3. Necesidad de cirugías adicionales aparte de la colecistectomía, durante el mismo acto quirúrgico.
4. Diabetes mellitus.
5. Edad mayor de 65 años de edad.

Al subgrupo uno (coledocostomía) correspondieron 621108 = 57%, al subgrupo dos (ictericia) 441108 = 40.7%, al subgrupo tres (cirugía adicional) 30/108 = 27.7%, (cuadro I), al subgrupo cuatro (diabetes mellitus) 191108 = 17.6% y al subgrupo cinco (mayores de 65 años) 181108 = 16.6%.

Cuadro I. Operaciones adicionales realizadas en pacientes con riesgo mayor al normal, sometidos a cirugía biliar

Operaciones antirreflujo	7
Plastia umbilical	5
Coledoco-duodenoanastomosis	4
Esfinterotomía transduodenal	3
Biopsia y/o drenaje pancreático	3
Gastro-yeyuno anastomosis	2
Ooforectomía	2
Biopsia hepática	2
Cierre fistula colecistocolónica	1
Apendicectomía	1
Plastia epigástrica	1
	31(*)

(*) 31 Procedimientos en 30 pacientes.

Quedaron incluidos en un sólo subgrupo, 631 108 = 58% 311 108 = 28.7% en dos subgrupos, 111 108 = 10% en tres subgrupos y 31108 = 2.7% en cuatro o más. Todos los mayores de 65 años fueron del sexo femenino.

La evaluación estadística fue con la prueba exacta de Fisher.

Cuadro II. Resultados de la cirugía relacionados con el número de factores de riesgo

Número de Factores	Total de pacientes	Con buenos resultados	Con malos resultados
1	63	57 (90.4%)	6 (9.6%)
2	31	20 (64.5%)	11 (35.5%)
3	11	9 (81.8%)	2 (18.2%)
4 o más	3	2 (66.6%)	1 (33.3%)
Total	108	88 (81.4%)	20 (18.6%)

Razón de momos (RM) = 4.29

Resultados

Los enfermos con evolución satisfactoria fueron 88/108 (81%), mientras 20/108 (19%) tuvieron resultados negativos (cuadro II), distribuyéndose como sigue: 11 litiasis residuales, cuatro fistulas biliares (uno falleció y uno tuvo litiasis residual), un biliperitoneo, una fistula de ascitis, una dehiscencia de herida quirúrgica más colección pancreática, una infección de herida quirúrgica y una gasa olvidada dentro de la cavidad abdominal, (cuadro III).

Cuadro III. Factores de riesgo relacionados con las complicaciones

Número de Factores	Litiasis residual	Herida quirúrgica	Fístula biliar	Fistula ascitis	Gasas	Mortalidad
1	4	1	1		1	
2	6	2	2	1		
3	1		1			1
4 o más	-		1			1
Total	11	3	5	1	1	2

Cuando se efectuó la evaluación estadística con la prueba exacta de Fisher, comparando a los pacientes que habían sido englobados en un solo subgrupo (con un factor de riesgo), contra los involucrados en dos o más factores, se demostró una $p = 0.004$.

Los pacientes complicados fueron mujeres, 18/20 (90%), mientras 2/120 (10%) fueron hombres; se efectuaron dos reintervenciones quirúrgicas, una para extracción de cuerpo extraño (gasa) con resección intestinal y entero anastomosis, y una laparotomía, en paciente con fistula biliar, que falleció posteriormente, de las 20 personas con mala evolución murieron dos (10%).

Discusión

La tasa de complicaciones informada en la literatura mundial es muy variable, en pacientes con riesgo normal fluctúa desde 1.3%,⁷ hasta 39.7%,⁸ pasando por cifras de 16.2%⁹ a 21%,¹⁰ mientras en individuos con edad mayor de 50 años, enfermedades concomitantes y otros riesgos preoperatorios alcanza entre 20 y 26%.¹¹⁻¹³

Del grupo aquí presentado, hubo resultados negativos en 6/63 = 9.6% de los que tuvieron un factor de riesgo, en 11/31 = 35.5% de que acumularon dos factores, 2/11 = 18% en los que sumaron tres y 1/3 = 33% con cuatro factores. Se aprecia relación con significancia estadística al comparar los pacientes con dos, tres o cuatro factores de riesgo comparados con el subgrupo de un sólo factor, esta evaluación indica que acumular dos o más factores tiene mayor posibilidad de mala evolución postoperatoria, y en algunos casos puede llegar a la muerte.

En trabajos publicados^{14,15} se dice que la mortalidad por colecistectomía es tan poco frecuente, que no es razonable utilizarla como punto final para evaluar un estudio. Los informes de mortalidad para colecistectomía simple, con riesgo normal varían de cero a uno por ciento,¹⁶⁻¹⁹ mientras en mayores de 65 años oscila entre 2 y 4.2%.^{11,13,16,20} Para exploración de vías biliares en mayores de 50 años varía de 1.6%¹⁶ hasta 29%,¹³

en la serie aquí presentada la mortalidad asciende a 1.8% (dos pacientes), uno de ellos acumuló tres factores de riesgo (edad mayor a 65 años, ictericia y coledocostomía), y el otro enfermo tuvo cuatro factores de riesgo (edad de 81 años, diabetes mellitus, ictericia y coledocostomía por coledocolitiasis).

Con relación en los cálculos retenidos, las cifras mencionadas en la literatura consultada van de 1% hasta 6%²¹ empleando radiología transoperatoria, mientras en nuestra serie se elevó a 11/62 coledocostomías (17%), de estas 62 aperturas de colédoco se usó colangiografía transoperatoria en 54, pero no se efectuó en ocho de los once casos con litiasis residual, por carencia de radiológico prolongarse el acto quirúrgico hasta el turno vespertino, en los otros tres no se visualizaron cálculos en la radiografía transoperatoria de control, aún en observación retrospectiva, a causa de excesiva concentración del medio de contraste. El tratamiento posterior de los pacientes con cálculos residuales tuvo resolución sin cirugía, nueve a cargo de radiología intervencionista con extracción por canastilla, y dos por esfinterotomía endoscópica.

Conviene notar que los cálculos retenidos no son una complicación de la cirugía, en forma correcta necesitan registrarse en "fallas de la terapéutica," puesto que el propósito de la colecistectomía, incluyendo la revisión de vías biliares, es extirpar tanto la vesícula como los cálculos coledocianos, y esto no se logró, en esos once enfermos hubo falla del procedimiento, no una verdadera complicación, si bien en este trabajo quedan anotados como resultados negativos.

Conclusiones

La morbilidad es mayor, con significancia estadística, cuando se comparan pacientes con un solo factor de riesgo contra los enfermos con dos o más.

La mortalidad ocurrió en personas con tres y cuatro factores de riesgo, apoyando la aseveración que las complicaciones aumentan con el número de factores de riesgo quirúrgico.

1. Gholson CF, Sitting K, McDonald JC. Recent advances in the management of gall stones. *Am J Med Sci* 1994;307:293-304.
2. Boland GW, Lee ALJ, Mueller PR, Dawson SL, Gaa J. Gallstones in critically ill patients with acute calculous cholecystitis treated by percutaneous cholecystostomy: non surgical therapeutic options. *Am J Roentgenol* 1994;162:1101-3.
3. Strasberg SM, Clarien PA. Cholelithiasis: lithotherapy for 1990s. *Hepatology* 1992;15:820-839.
4. Schirmer WJ, Rossi RL, HughesmKS, Munson JL, Braash JW. Common surgical problems in biliary surgery. *Surg Clin North Am* 1991;71:1413-40.
5. Pitt HA, Cameron JL, Postier RG. y cols Factors affecting mortality in biliary tract surgery. *Am J Surg* 1981;141:66-72.
6. Neoptolemos JP, Shaw DE, Carr-Locke DL. A multivariate analysis of preoperative risk factors in patients with common bile duct stones. *Ann Surg* 1989;209:157-161.
7. Herzog V, Messmer PL, Sutter M, Tondelli P. Surgical treatment for cholelithiasis. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:238-242.
8. Haff MRC, Butcher HR, Ballinger WF. Biliary tract operations. *Arch Surg* 1969;98:428-434.
9. Dietrich NA, Cacioppo JC, Davis RP. The vanishing elective cholecystomy. *Arch Surg* 1988;123:810-814.
10. Margiotta SJ, Horwitz JR, Willis IEI, Wallack MK. Cholecystectomy in the elderly. *Am J Surg* 1988;156:509-512.
11. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. *Ann J Surg* 1983;146:719-722.
12. Roslyn JJ, Binns GS, Hughes EFX y cols. Open Cholecystectomy. A contemporary analysis of 42 474 patients. *Ann Surg* 1993;218:129-137.
13. Lygdakis NJ. Operative risk factors of cholecystectomy choledocotomy in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157:15-19.
14. Deziel DJ. Complications of cholecystectomy, incidence, clinical manifestations and diagnosis. *Surg Clin North Am* 1994;74:809-823.
15. Clavien PA, Sanabria JR, Mentha G y cols. Recent results of elective open cholecystectomy in north american and european centers. Comparison of complications and risk factors. *Ann Surg* 1992;216:618-626.
16. Girard RM, Monn M. Open Cholecystectomy: its morbidity and mortality as a reference standard. *Can. J Surg* 1993;36:75-80.
17. Cagir B, Rangraj M, Maffuci, Ostrander LE, Herz BL. A retrospective analysis of laparoscopic and open cholecystectomies. *J Laparoendosc Surg* 1994;4:84-100.
18. Moreaux J. Prospective study of open cholecystectomy for calculous biliary disease. *Br J Surg* 1994;81:116-119.
19. Steiner CA, Bass EB, Talamini MA, Pitt HA, Steinberg EP. Surgical rates and operative mortality for open and laparoscopic cholecystectomy in Maryland. *N Eng J Med* 1994;330:403-408.
20. Landau O, Deutsch M, Kott I, Rivlin E, Reiss R. The risk of cholecystectomy for acute cholecystitis in diabetic patients. *Hepatogastroenterology* 1992;39:437-438.
21. Osterberg A, Wikstrom J, Heuman R. Effect of operative choledocostomy after cholecystolithotomy on the incidence of retained stones. *Eur J Surg* 1993;159:213-216.