Artículo Original

Abdomen agudo de etiología biliar en el anciano

Acute abdomen a etiology biliary in the elderly

Dra. Rosa Ferreira[1], Prof. Dr. Osmar Cuenca[2], Dr. Jorge Giubi[1], Dr. Rubén Dominguez[1], Dr. José Canese[3]

RESUMEN

Introducción: La patología de la vía biliar es la principal causa de consulta por dolor abdominal agudo y la primera indicación de cirugía abdominal en el anciano. El abdomen agudo es de real importancia , ya que puede ser la manifestación de complicaciones de enfermedades preexistentes o de otras que se presentan con mínima o ninguna sintomatología.

Objetivo: Determinar la frecuencia de abdomen agudo de etiología biliar en la urgencia, la patología de base, la morbilidad y mortalidad.

Material y métodos: Es un trabajo descriptivo, retrospectivo, observacional de pacientes mayores de 65 años que consultan en la urgencia, por dolor abdominal en la II Cátedra Clínica Quirúrgica, en el período de marzo 2007 a febrero 2008.

Resultados: Consultaron por urgencias 537 pacientes, de los cuales 87 fueron con edad mayor a 65 años, 29 pacientes ingresaron por patología biliar, 7 fueron varones y 22 mujeres.

Las patologías de base halladas más frecuentes fueron Diabetes Mellitus y la Cardiopatía Hipertensiva.

El tiempo de evolución transcurrido fue en promedio de 181hs (2-360hs)

Los síntomas fueron el dolor, náuseas, vómitos y anorexia.

Se operaron 13 pacientes, colecistitis aguda 9 , ictericia obstructiva 1, peritonitis biliar 2, plastron vesicular 1 caso.

Se presentaron 30% de complicaciones, evisceración grado I en 2 casos, neumonía intrahospitalaria en 1 caso e infección de la herida operatoria 1 caso.

La estancia hospitalaria en promedio fue de 26 días (1- 51días).

Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos sólo 1 paciente.

La mortalidad fue de 3,4% en 1caso, la causa fue sepsis.

Conclusión: La frecuencia de abdomen agudo de etiología biliar es del 33,3%. La colecistitis es la causa más frecuente de consulta. La morbilidad fue de 30%. La mortalidad es del 3,4%.

Palabras Claves: Abdomen agudo. Anciano. Mortalidad.

SUMMARY

Introduction: The pathology of the bile duct is the leading cause of acute abdominal pain consultation and the first indication of abdominal surgery in the elderly. The acute abdomen is of real importance, as it may be the manifestation of complications from pre-existing diseases or others that are presented with minimal or no symptoms.

Objective: To determine the frequency of acute abdomen in the biliary etiology of urgency, the pathology, morbidity and mortality.

Materials and methods: A descriptive, retrospective, observational patients over 65 who consult on the urgent need for abdominal pain in the Chair II Surgical Clinic, in the period from March 2007 to February 2008.

Result: They consulted by 537 emergency patients, of whom 87 were increased with age to 65 years, 29 patients were admitted for biliary disease, 7 were male and 22 female.

1. Médico de Guardia, Servicio Urgencias. Hospital Clínicas. Auxiliar de la enseñanza. II Cátedra Clínica Quirúrgica. FCM-UNA. Asunción, Paraguay
2. Prof. Asistente y Jefe de Sala. II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. FCM-UNA. Asunción, Paraguay
3. Médico Residente de Cirugía General. II Cátedra Clínica Quirúrgica. Hospital Clínicas. FCM-UNA. Asunción, Paraguay
Correspondencia: draferreiraacosta@hotmail.com

Pathologies base were found more frequently Diabetes Mellitus and Hypertensive heart disease.

The elapsed time of evolution was in 181hs average (2-360hs)

The symptoms were pain, nausea, vomiting and anorexia.

It was operated on 13 patients, acute cholecystitis 9, obstructive jaundice 1, biliary peritonitis 2, plastron vesicular 1 case.

Presented 30% of complications, gutting Grade I in 2 cases, 1 case in an inpatient pneumonia and infection of the wound 1 case.

The average hospital stay was 26 days (1 - 51días).

They entered the intensive care unit only 1 patient.

The mortality was 3.4% in 1CAS, the cause was sepsis.

Conclusion: The frequency of acute abdomen etiology of bile is 33.3%. Cholecystitis is the most frequent cause of consultation. The morbidity was 30%. The mortality is 3.4%.

Key words: Acute abdomen. Elderly. Mortality.

INTRODUCCIÓN

Conforme aumenta el número de personas que llegan a la ancianidad, surge la necesidad concomitante de proporcionar asistencia quirúrgica a un número creciente de pacientes ancianos, los datos de alta de hospitales de corta estancia, en 2000 muestran que el 36% de las colecistectomías se había efectuado en pacientes mayores de 65 años (1).

La enfermedad de la vía biliar es la causa única más frecuente de problemas abdominales agudos y supone un tercio aproximadamente de todas la operaciones abdominales en la vejez (1). La alta susceptibilidad a la patología biliar que exhibe la población de ancianos es ocasionada por un incremento en la síntesis de colesterol y a una disminución en la producción de ácidos biliares debido a una actividad anormal de la 7 α-hidroxilasa, la cual promueve la conversión de colesterol a ácidos biliares (2).

En el anciano la etiología y la presentación son diferentes a las del adulto joven, por lo tanto, el dolor abdominal agudo se debe considerar como un signo de alarma en una persona de edad, así éste sea de menor intensidad o constituya su única manifestación clínica. A su vez, las características en la presentación del dolor abdominal en ancianos están relacionadas con el fenómeno de la inmunosenescencia, los cambios fisiológicos normales del envejecimiento, la comorbilidad y la disminución de la reserva funcional, los cuales pueden dificultar el diagnóstico e incrementar la morbilidad y mortalidad en estos pacientes (2).

En consecuencia, un anciano tiene mayor probabilidad de presentar complicaciones relacionadas con el manejo del abdomen agudo (infección de la herida quirúrgica y sepsis), la reagudización de la patología crónica (falla cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC] e insuficiencia renal) o por los riesgos que implican una hospitalización en este tipo de pacientes (caídas, delirium, declinación funcional, incontinencia, úlceras por presión, y/o reacciones adversas medicamentosas). Algunos investigadores han encontrado que los ancianos con esta patología tienen no sólo una mayor necesidad de cirugía de urgencias, ser ingresados a la unidad de cuidado intensivo y requerir ventilación mecánica, sino también de una más prolongada estancia hospitalaria, mortalidad global y quirúrgica, lo cual indiscutiblemente representa un mayor costo para la atención en salud de estas personas (2,3).

De los ancianos que consultan a estos servicios, 50% requieren hospitalización y entre 30 y 40% cirugía, en contraste con pacientes jóvenes, los cuales sólo aproximadamente 16% necesitarán intervención quirúrgica (5). Al ingreso hospitalario cerca de 40% se diagnostica de forma errónea, su mortalidad global es de 10%, la cual se eleva hasta 20% si el paciente requiere cirugía de urgencia. Lo anterior es producto de la patología abdominal de base y de las complicaciones cardíacas y pulmonares subyacentes (6). Adicionalmente, mientras que en los pacientes jóvenes las causas más frecuentes de dolor abdominal son la apendicitis y el dolor abdominal inespecífico, en los ancianos la mayoría de las series reportan que la patología de la vía biliar, la obstrucción intestinal la diverticulitis y los defectos de pared son los principales responsables de consulta, además de otras afecciones que son poco frecuentes en los jóvenes como la patología tumoral y la vascular (7).

En todo paciente anciano con posibilidad de abdomen agudo se deberá hacer una cuidadosa anamnesis para determinar el inicio de los síntomas, las enfermedades concomitantes y realizar examen físico completo que permita establecer el posible diagnóstico.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de abdomen agudo por patología biliar en el anciano

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la etiología biliar que motivó la consulta
- Determinar el porcentaje de cirugías realizadas por urgencias
- Determinar la patología de base asociada
- Determinar la morbilidad y mortalidad

MATERIAL y MÉTODO

Diseño: observacional, descriptivo de corte transverso, retrospectivo.

Sujetos:

Población enfocada:

Pacientes operados de urgencia mayores de 65 años.

Población de accesible:

Pacientes operados de urgencia, mayores de 65 años, en la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de Asunción en el periodo de marzo 2007 a febrero 2008.

Criterios de inclusión:

- Ambos sexos.
- Pacientes operados de urgencia.
- Pacientes mayores de 65 años de edad.
- Historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con historia clínica incompleta.

Tipo de muestreo: No probabilístico a criterio.

Reclutamiento:

Se solicitó la autorización del Jefe de la II Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de Asunción previa nota, posteriormente se recolectaron los datos de interés para este estudio de las historias clínicas a través de cuestionario.

Variables:

- Sexo
- Patología de base
- Cirugía realizada
- Etiología
- Tipo de complicaciones

Otras variables:

- Cirugía de urgencia
- Evolución
- Ingreso a Unidad Cuidados Intensivos
- Mortalidad

Instrumentos:

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario que se completo mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente que contenían las variables de interés

Asuntos éticos:

La revisión de las historias clínicas no ocasionarán ningún daño a los pacientes, tanto identidad como los resultados de cada paciente será confidencial.

Asuntos estadísticos

- Gestión y análisis de los datos:

Los datos recolectados serán introducidos en una planilla electrónica Excell, y posteriormente analizados empleando estadística descriptiva.

Se revisaron 87 historias clínicas de pacientes que ingresaron por urgencias mayores de 65 años, que cumplieron con los requisitos de inclusión. Se consignan datos sobre edad, sexo, etiología, clínica, patología de base, tratamiento y evolución de la enfermedad.

RESULTADOS

De 87 pacientes, 29 ingresaron por abdomen agudo de etiología biliar, fueron del sexo masculino 7 y del sexo femenino 22 pacientes (Gráfico 1).

Las patologías de base asociadas en genera fueron: Cardiopatía hipertensiva en 9 pacientes y Diabetes Mellitus en 6 pacientes, Epoc 2, Nefropatía 1 paciente, una frecuencia de 20,6%, en los de etiología biliar fue de 24,1% (7 pacientes); siendo la cardiopatía hipertensiva y la Diabetes las más frecuentes (Gráfico 2).

El tiempo de evolución transcurrido fue en promedio de 181 hs. (2 hs. – 360 hs.).

Los síntomas fueron el dolor, náuseas, vómitos y anorexia.

La etiología del dolor abdominal biliar (n=29) fueron:

- colecistitis aguda 9 pacientes
- pancreatitis aguda 3 pacientes
- ictericia obstructiva 14 pacientes
- peritonitis biliar 2 pacientes
- plastron vesicular 1 paciente

Se ilustran en el Gráfico 3.

Gráfico 1. Distribución de acuerdo al sexo.
N=29

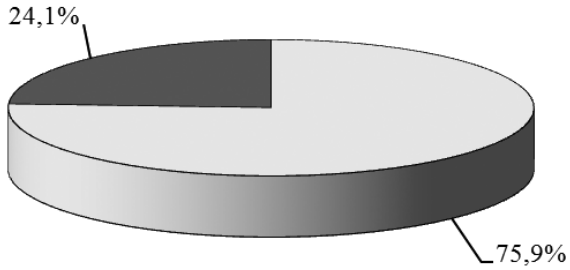
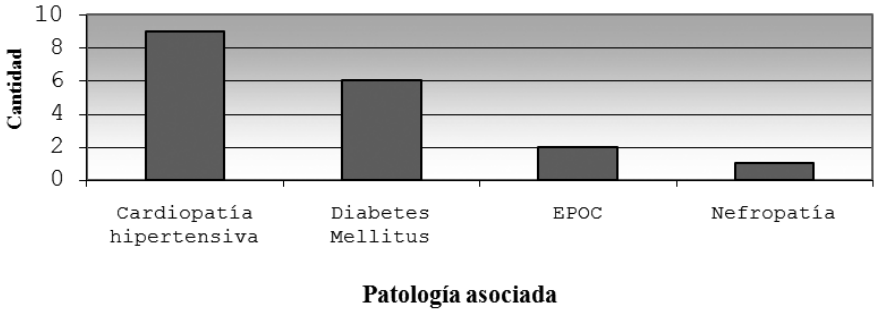
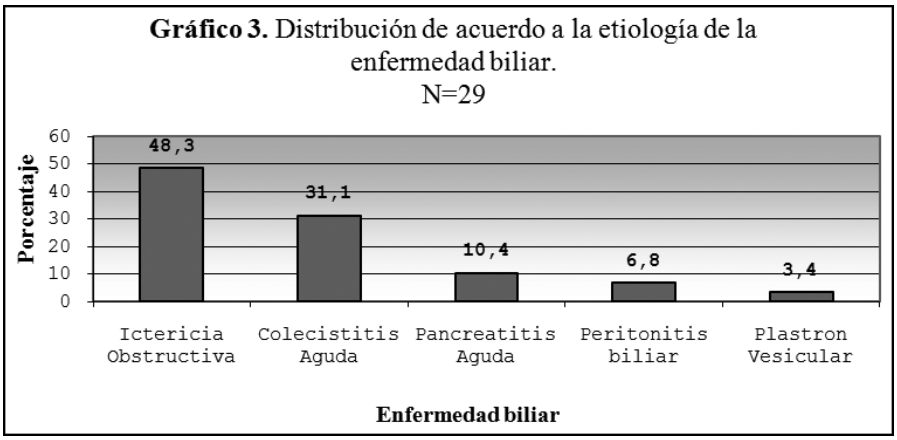


Figura 2. Distribución de acuerdo a la patología de base asociada.
N=18





Se operaron 40 (43,9%)pacientes, de los cuales la causa más frecuente de laparotomía fue la biliar (13 pacientes), en 9 casos por colecistitis aguda, 2 casos por peritonitis biliar, 1 caso por ictericia obstructiva y un caso por plastrón vesicular, siguiendole la coloproctológica y la de pared.

Se presentaron 9,1% de complicaciones, evisceración grado I y IV en 4 casos, siendo en 2 casos en los de etiología biliar, neumonía intrahospitalaria en 3 casos, siendo en un caso de

Peritonitis biliar, infección de la herida operatoria 1 caso de colecistitis aguda.

La estancia hospitalaria en promedio fue de 26 días (1- 51días).

Ingresaron a la unidad de cuidados intensivos 6 pacientes, de los cuales 1 caso fue de etiología biliar.

La mortalidad fue de 5,7%, en 5 casos, en un caso fue por peritonitis biliar, sepsis.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal agudo por enfermedad biliar es uno de los motivos de consulta más frecuente en los servicios de urgencia de los hospitales urbanos y para los ancianos se encuentra entre los primeros cinco motivos de consulta (2), en nuestro estudio encontramos una frecuencia de 33,3% sobre la población general, cifra no tan elevada por ser la población de nuestro país, joven.

Se identificaron enfermedades crónicas concomitantes en 20% de los pacientes, siendo más frecuentes la cardiopatía hipertensiva y la Diabetes Mellitus, porcentaje bajo no coincidente con otros estudios, Fenyö (4) encontró enfermedades asociadas en 65% de los pacientes con predominio de enfermedades cardiovasculares, Kizer (8) en 70% de los casos con predominio de la hipertensión arterial; en dicho estudio la presencia de condiciones crónicas disminuyó la concordancia diagnóstica entre el diagnóstico inicial y final (hallazgo no analizado en este estudio). Kim (9), describe enfermedades concomitantes en 79,3% de los pacientes ancianos con abdomen agudo quirúrgico, las cuales influyeron en la presencia de complicaciones pero no en la mortalidad.

Las principales causas de dolor abdominal agudo encontradas en el presente estudio fueron enfermedad del tracto biliar, enfermedad coloproctológica y de pared. La enfermedad del tracto biliar es descrita como la principal causa en la literatura revisada (2,4,10,11,12); sin embargo, en cuanto a la distribución etiológica se encuentran diferencias frente a enfermedad diverticular, dolor abdominal inespecífico, apendicitis, neoplasias y obstrucción intestinal que en la literatura tienen una presentación mucho más frecuente que la encontrada en el presente estudio (2,4,7,8,11,12,13).

Encontramos en general, que 40 pacientes con dolor abdominal agudo tenían patologías que requirieron tratamiento quirúrgico, cifra semejante a otros estudios previos que revelan que aproximadamente un tercio de los ancianos que consultan por dolor abdominal agudo a los servicios de urgencias tienen desórdenes que requieren cirugía de urgencia (2,8), y de los cuales 13 fueron operados por enfermedad biliar.

En cuanto a la presentación clínica asociada al dolor abdominal en el estudio se encontró sintomatología muy inespecífica (anorexia, náuseas y vómito) como la más prevalente en el grupo estudiado, sin embargo a un porcentaje importante se le realizó tratamiento quirúrgico, varias literaturas afirman que a pesar de la sintomatología difusa del anciano, se llega a un diagnóstico certero y se impone la laparotomía (3)

De los ancianos con colecistitis aguda, más de un tercio no tiene fiebre y la cuarta parte no presenta dolor abdominal. Sin embargo, cuando éste último se encuentra, con frecuencia se ubica en la región del epigastrio y en el cuadrante superior derecho, se irradia a la parte superior del dorso y habitualmente es de tipo sordo y no cólico. Si bien las náuseas y los vómitos son síntomas comunes, los signos de irritación peritoneal son raros (2), datos que coinciden con nuestro trabajo. En la valoración abdominal éstos pueden estar ausentes, aunque que se trate de una complicación grave. En cuanto al signo de Murphy, es de poca utilidad en ancianos, ya que tiene una sensibilidad de 48%; sin embargo, en la población general

es mayor de 90% (2). Por otro lado, la tríada de Charcot, la cual consiste en dolor en el hipocondrio derecho, ictericia y fiebre está relacionada con colangitis aguda. Su asociación con los signos de hipotensión y confusión mental se conoce como péntada de Reynold, ésta es una presentación clínica típica en ancianos, especialmente en estadios tardíos y severos de la enfermedad, La colangitis aguda supurada es una complicación con alta mortalidad. En 10% de los casos el anciano no presenta los síntomas clásicos de fiebre, ictericia, dolor, choque y depresión del sistema nervioso central, nosotros no constatamos casos de colangitis.

El diagnóstico en ancianos puede retrasarse por demora en la búsqueda de atención médica y porque estos pacientes no manifiestan el mismo grado de dolor, fiebre, signos abdominales y hallazgos de laboratorio que pacientes más jóvenes y este retardo en la búsqueda de atención médica conlleva así mismo, a un retardo en el diagnóstico y una mayor número de complicaciones (14,15). Es bien conocido que aquellos ancianos que sufren infecciones intraabdominales no suelen presentar los signos locales y sistémicos tradicionales que aparecen en los adultos jóvenes (11,16). Al igual que lo descrito en la literatura, los pacientes del estudio se tardaron para acudir a la consulta; sin embargo, no tuvo influencia en la presentación de un mayor número de complicaciones.

Con respecto a las complicaciones, estas se presentaron en 30% de los pacientes. Broders (14) describe 12% de complicaciones por enfermedad del tracto biliar sometida a tratamiento quirúrgico; Kim (9) describe complicaciones postoperatorias en 6,1% de los ancianos sometidos a cirugía por abdomen agudo sin que esta alta proporción influyera en la mortalidad; Fenyö (4) describe 46% de complicaciones en pacientes llevados a cirugía de urgencia.

Kizer (8) describe una morbilidad global de 45% relacionada con el cuadro agudo, Kettunen (10) encontró morbilidad postoperatoria de 26%. Esta mayor tara de complicaciones en la subpoblación de pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico se debe a que el riesgo quirúrgico aumenta con la edad, fundamentalmente por pérdida de la reserva cardiaca y pulmonar y al hecho de que las complicaciones se toleran pobremente por los ancianos (17).

La estancia hospitalaria promedio de los pacientes fue de 26 días, siendo más prolongada en los que presentaron complicaciones, mostrando diferencia estadísticamente significativa con respecto a los que no las presentaron. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Fenyö (4) quien además de las complicaciones encontró factores sociales que influyeron en la prolongación de la estancia. Miettinen (7) encontró una estancia hospitalaria promedio de 12,5 días y Kettunen (10) de 12 días, pero no aclaran los factores que influyeron en esta duración.

La mortalidad global encontrada en este estudio fue de 5,7%, Abi-Hanna (11) describe una mortalidad global de 5,82%, parecida a la nuestra, con sólo una muerte postoperatoria, atribuyendo la mortalidad a las complicaciones, al retraso en el diagnóstico y a las enfermedades asociadas. Kim (9) relata una mortalidad postoperatoria de 5,6%, y aunque en sus pacientes se presentaron mayor número de enfermedades concomitantes, neoplasias, anormalidades electrocardiográficas, necesidad de cuidado intensivo y transfusiones y mayor número de complicaciones, estos factores no modificaron la mortalidad. Kettunen (10) encontró una mortalidad postoperatoria de 22% asociada a trombosis mesentérica y obstrucción intestinal, edad mayor a 80 años y ASA IV-V (no evaluado en este estudio).

Fenyö (4) describe una mortalidad global de 14% y 11,3% en las dos series descritas en su estudio, con una mortalidad postoperatoria de 23,1% y 11,3% respectivamente lo cual atribuye a mayor proporción de enfermedad maligna en el grupo II. Este autor, asocia la mortalidad en condiciones abdominales agudas de acuerdo con la edad del paciente, complicaciones, duración entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento, y cuando se realiza cirugía, si ésta es de emergencia, temprana o electiva. En el estudio encontramos que la presencia de complicaciones y el hecho de ser llevado a cirugía influía en la mortalidad, sin embargo no se tuvo en cuenta el momento quirúrgico (en el estudio sólo se realizaron cirugías de emergencia o tempranas). Otros factores como el bajo peso, los escasos signos y síntomas asociados y las enfermedades concomitantes no se pueden desconocer como posibles determinantes en la mortalidad, a pesar de que no se demostró significancia estadística de estas variables en el estudio.

El anciano acude al médico en etapa tardía de su enfermedad y con frecuencia tiene otros trastornos concomitantes. El diagnóstico del cuadro abdominal agudo en estos pacientes es complicado por la falta relativa de signos físicos. Las emergencias abdominales que requieren cirugía de urgencia constituyen un desafío significativo, ya que a causa de las enfermedades concomitantes estos pacientes tienen un riesgo quirúrgico mayor. Sin embargo, los síntomas y los signos son menos frecuentes, menos intensos y menos específicos haciendo el diagnóstico y el manejo más difícil (14, 18).

CONCLUSIÓN

- La frecuencia de abdomen agudo de etiología biliar es del 33,3%.
- La colecistitis es la causa más frecuente de consulta.
- La morbilidad fue de 30%.
- La mortalidad es del 3,4%.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rooney A. Rosenthal, Michael E. Zenilman. Cirugía geriátrica. In Townsend C, Beauchamp D, Evers M et col. Sabiston Tratado de Cirugía. 17 ed.Madrid: Elsevier;2005:333-56.
2. Ocampo J, Hodad HG. Abdomen agudo en el anciano. Rev Colombiana Cir. 2006; 21(4):266-82.
3. Irvin T. Abdominal pain: a surgical audit of 1190 emergency admissions, Br J Surg. 1989; 76:1121-1125.
4. Fenyö G. Acute abdominal disease in the elderly, Experience from two series in Stockholm. Am J Surg. 1982; 143: 751-754.
5. Huber DF, Martin EW, Cooperman M. Cholecystectomy in elderly patients. Am J Surg. 1983; 146: 719-722.
6. Balsano N, Cayten G. Surgical emergencies of the abdomen. Clin Emerg Med. 1990; 8: 399-410.
7. Miettinen P, Pasanen P, Salonen A, Lahtinen J, Alhava E. The outcome of elderly patients after operation for acute abdomen. [Abstract]. Ann Chir Gynaecol. 1996; 85:11-15.
8. Kizer KW, Vassar M. Emergency department diagnosis of abdominal disorders in the elderly. Am J Emerg Med. 1998; 16: 357-362.
9. Kim J-P, Kim S-J, Lee J-H, Kim S-W, Choi M-G, Yu H-J. Surgery in the aged in Korea. Arch Surg. 1998; 133: 18-23.
10. Kettunen J, Paajanen H, Kostiainen S. Emergency abdominal surgery in the elderly. [Abstract]. Hepatogastroenterology. 1995; 42:106-8.
11. Abi-Hanna P, Gleckman R. Dolor abdominal agudo: una urgencia médica en el anciano. Mod Geriatr. 1998; 10: 9-11.
12. Hu S-C, Yen D, Yu Y-C, Kao W-F, Wang L-M. Elderly use of the ED in an Asian metropolis. Am J Emerg Med. 1999; 17: 95-99.
13. Eliastam M. Elderly in the emerge. Purcell TB. Nonsurgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. Clin Emerg Med. 1989; 7: 721-740.
14. Broders CW, Benavides RA. Acute cholecystitis in the elderly. Clin Geriatr Med. 1985; 1: 453-458.
15. Purcell TB. Non surgical and extraperitoneal causes of abdominal pain. Clin Emerg Med. 1989;7:721-740.
16. Jess P, Bjerregaard B, Brynitz S, Holst-Christensen J, Kalaja E, Lund-Kristensen J, et al. Prognosis of acute nonspecific abdominal pain. Am J Surg. 1982; 144: 338-340.
17. Hickey MS, Kiernan GJ, Weaver KE. Evaluation of abdominal pain. Clin Emerg Med. 1989; 7: 437-451.
18. Brewer RJ, Golden GT, Hitch DC, Rudolf LE, Wangensteen SL. Abdominal pain, an analysis of 1000 consecutive cases in a University Hospital emergency room. Am J Surg. 1976; 131: 219-223.