

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA LITÍASE BILIAR EM IDOSOS EXPERIÊNCIA EM HOSPITAL DE ENSINO

SURGICAL MANAGEMENT OF BILIARY TRACT IN THE ELDERLY EXPERIENCE IN AN TEACHING HOSPITAL

Sanson Henrique Bromberg, ACBC-SP¹
Jaques Waisberg, TCBC-SP¹
José Eduardo Gonçalves, TCBC-SP¹
Arnaldo Zanoto²
Antônio Cláudio de Godoy³
Fábio Schmidt Goffi, ECBC-SP⁴

RESUMO: O receio de graves complicações pós-operatórias tem inibido muitas das indicações cirúrgicas da litíase biliar no paciente idoso sintomático. A finalidade principal deste trabalho foi averiguar a extensão real desse problema no Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-FMO. Foram estudados 185 idosos portadores de litíase biliar com idade média de $73,0 \pm 6,2$ anos, no período de seis anos (1990-1995). Os pacientes foram divididos em dois grupos de acordo com a idade: I – com 118 (63,8%) pacientes de 60 a 74 anos e o II com 67 (36,2%) pacientes entre 75 e 90 anos. O número de doentes do sexo masculino foi proporcionalmente maior no grupo II ($p < 0,02$). Os sintomas foram similares nos dois grupos de enfermos. A maioria dos doentes foi submetida à operação eletiva – 163 (88,1%) sendo 22 (11,9%) operados de urgência por colecistite aguda. Maior número de cirurgias de urgência incidiu no grupo II (19,4% contra 7,6%). A colecistectomia foi realizada em todos os doentes. Cirurgia complementar indicada pela presença de coledocolitíase (15,1%) e estenose papilar (2,7%) foi necessária em 38 (20,5%) deles, sendo maior no grupo II. A coledocolitotomia foi realizada em 28 (15,1%) doentes, a anastomose biliodigestiva em sete (3,8%) e a papilotomia em cinco (2,7%) doentes, não diferindo entre os dois grupos. Complicações pós-operatórias ocorreram em 37 (20%) doentes e foram as mesmas nos dois grupos. Não houve óbitos. Nossos resultados demonstram que a colecistectomia eletiva pode ser realizada com baixa morbidade e sem mortalidade em idosos, quando se impede a demora da indicação operatória em pacientes sintomáticos.

Unitermos: Colelitíase; Colecistectomia; Paciente idoso; Tratamento cirúrgico.

INTRODUÇÃO

Embora a litíase biliar tenha grande incidência em idosos e seu tratamento seja eminentemente cirúrgico, ainda se encontra resistência em indicar cirurgia eletiva para esses pacientes.¹ Tal conduta, por certo, contribui para os altos índices de morbidade e mortalidade cirúrgicas relatados, no mais das vezes resultantes de intervenções de urgência motivadas por formas complicadas da doença. Vários estudos mostraram, que, por si só, a idade avançada não contra-indica o tratamento cirúrgico eletivo.^{2,3,4} Procuramos neste trabalho rever nossa experiência com o tratamento cirúrgico de um

contingente de idosos sintomáticos, nos quais a indicação operatória não foi postergada.

MATERIAL E MÉTODOS

Cento e oitenta e cinco doentes consecutivos, de ambos os sexos, com idade acima de 60 anos, foram submetidos a colecistectomia no Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-FMO durante os anos de 1990 a 1995. Quase todos os procedimentos cirúrgicos foram realizados por residentes de cirurgia, assistidos por titulares do Serviço. Os doentes foram divididos em dois grupos: I, composto por 118 pacien-

1. Vice-Coordenador da Pós-Graduação em Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-FMO.
2. Prof. Assistente de Técnica Cirúrgica, da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo
3. Diretor do Serviço de Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-FMO.
4. Coordenador da Pós-Graduação em Gastroenterologia Cirúrgica do HSPE-FMO.

Recebido em 27/6/97

Aceito para publicação em 26/1/98

Trabalho realizado no Serviço de Gastroenterologia do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira – HSPE-FMO.

tes (63,8%) com idade entre 60 e 74 anos e o II, compreendendo 67 doentes (36,2%) com idade entre 75 e 90 anos.

Cinqüenta e oito doentes eram do sexo masculino (31,3%) e 127 do feminino (68,7%), com idade média de $73,0 \pm 6,2$ anos. No grupo I, o número de doentes do sexo feminino era de 89 (75,4%) e o do sexo masculino de 29 (24,6%), enquanto no grupo II havia 38 (56,7%) mulheres e 29 (43,3%) homens. À exceção de três doentes negros (1,6%) e cinco pardos (2,7%), todos os demais eram brancos (95,7%).

A indicação cirúrgica foi motivada, basicamente, pela presença de sintomatologia dolorosa. Em todos os doentes a litíase foi comprovada por ultra-sonografia. Todos receberam antibioticoprofilaxia com cefalosporinas de primeira ou segunda geração, administradas na indução anestésica.

A incisão preferencial foi a transversa, realizada em 109 pacientes (58,9%), seguida pela paramediana direita em 43 (23,2%), pela subcostal direita em 26 (14,0%) e pela mediana supra-umbilical em sete (3,8%) doentes.

A exérese da vesícula biliar invariavelmente seguiu os seguintes passos de importância: as vesículas tensas foram sistematicamente esvaziadas de seu conteúdo por punção; individualização do duto cístico, que era reparado com fio inabsorvível fino e obstruído com a feitura de nó falso; reconhecimento, ligadura e secção da artéria cística junto à vesícula biliar; descolamento da vesícula do leito hepático a partir de seu fundo, fazendo-se eventualmente a hemostasia de pequenos vasos até atingir o local da ligadura arterial. O duto cístico era então cateterizado para feitura da colangiografia intra-operatória. O leito vesicular foi quase sempre peritonizado com pontos separados de fio inabsorvível. Não drenamos rotineiramente a cavidade abdominal, reservando esse procedimento para casos selecionados.

A exploração do colédoco teve como passos usuais o descolamento duodeno-pancreático (manobra de Kocher), uma incisão pequena e longitudinal no colédoco, próxima à borda duodenal, e a utilização de sonda de Nelaton para aspiração de cálculos.⁵ Ocasionalmente, a exploração e retirada de cálculos coledocianos se fez pelo próprio duto cístico quando calibroso. Sempre que o colédoco foi aberto utilizamos o dreno em T para drenagem biliar.

A média de permanência hospitalar desses doentes foi de 17,7 dias, variando de cinco a sessenta dias.

A análise estatística das variáveis nos dois grupos de estudo foi realizada pelo teste do qui ao quadrado corrigido para continuidade segundo Yates e pelo teste exato de Fisher, adotando-se um nível de significância de 95% ($p < 0,05$). Nas tabelas, os números entre parênteses referem-se a porcentagem.

RESULTADOS

Comparado ao grupo I, o número de doentes do sexo masculino foi significativamente maior no grupo II (Tabela 1). O mais freqüente sintoma foi a dor abdominal, presente em

Tabela 1
Distribuição quanto ao sexo de 185 doentes com litíase biliar

Sexo	Grupos		Qui	Significância
	I	II		
Feminino	89 (75,4)	38 (56,7)	6,11	$p < 0,02$
Masculino	29 (24,6)	29 (43,3)		
Total	118	67		

Tabela 2
Sintomatologia de 185 doentes com litíase biliar

Sintomas	Grupos		Total N: 185
	I N: 118	II N: 67	
Dor abdominal	118 (100,0)	67 (100,0)	185 (100,0)
Intolerância alimentar	81 (68,6)	48 (71,6)	129 (69,7)
Náuseas	74 (62,7)	52 (77,6)	126 (68,1)
Vômitos	66 (55,9)	35 (52,2)	101 (54,6)
Icterícia	19 (16,1)	17 (25,4)	36 (19,5)
Febre	13 (11,0)	11 (16,4)	24 (13,0)

todos os doentes, seguida de intolerância alimentar, vômitos e náuseas, como pode ser observado na tabela 2.

Os sintomas foram similares nos doentes de ambos os grupos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os mesmos.

A maioria dos doentes foi submetida a operação eletiva – 163 (88,1%); os 22 (11,9%) restantes foram operados de urgência por apresentarem sinais de irritação peritoneal, febre, icterícia e leucocitose persistentes, nas primeiras 60 horas de internação. Um número significativamente maior de cirurgias de urgência foi observado no grupo II (Tabela 3).

Tabela 3
Tipo de intervenção cirúrgica realizada em 185 portadores de litíase biliar

Cirurgia	Grupos		Qui	Significância
	I	II		
Eletiva	109 (92,4)	54 (80,6)	4,59	$p < 0,05$
Urgência	9 (7,6)	13 (19,4)		
Total	118	67		

A colangiografia peroperatória, realizada em 157 doentes (84,8%), foi interpretada como anormal em 31 (19,7%) oportunidades, em virtude da suspeita de coledocolitíase, da presença de dilatação das vias biliares com ou sem dificuldade de esvaziamento do contraste e de aspecto compatível com papilite. Esses resultados anormais ocorreram predominantemente no grupo II, não havendo, porém, diferença estatisticamente significativa entre os grupos (Tabela 4).

A colecistectomia foi complementada por outros procedimentos em 38 doentes (20,5%), sendo vinte pertencentes

Tabela 4
Interpretação de 157 colangiografias peroperatórias

Colangiografias	Grupos		Qui	Significância
	I	II		
Normais	82 (82,8)	44 (75,9)	0,72	N.S
Anormais	17 (17,2)	14 (24,1)		
Total	99	58		

Tabela 5
Tratamento cirúrgico realizado em 185 doentes com litíase biliar

Procedimentos	Grupos		Qui	Significância
	I	II		
Colecistectomia (C)	98 (83,0)	49 (73,1)	2,0	N.S
C + cirurgia complementar	20 (17,0)	18 (26,9)		
Total	118	67		

ao grupo I (17,0%) e 18 ao grupo II (26,9%), indicados quer pelo calibre aumentado da via biliar principal, pela palpação de cálculos coledocianos e pela certeza ou suspeita de litíase, quer por um esvaziamento dificultoso pela papila. (Tabela 5).

Maior número de cirurgias complementares foi observado no grupo II, porém esses valores não foram significativos.

A coledocotomia foi o procedimento complementar principal, sendo feita em 35 (18,9 %) doentes, sendo 19 (16,1%) do grupo I e 16 (23,9%) do grupo II, quer para retirada de cálculos isoladamente, quer antecedendo a realização da anastomose biliodigestiva ou da papilotomia. Realizaram-se sete (3,8%) anastomoses biliodigestivas, sendo duas (1,7%) no grupo I e cinco (7,5%) no grupo II. Das cinco (2,7%) papilotomias, duas (1,7%) realizaram-se no grupo I e três (4,5%) no grupo II; uma em cada grupo foi praticada sem o concurso da coledocotomia. Não houve predominância estatística de procedimento cirúrgico complementar em nenhum dos grupos.

Os achados durante a exploração das vias biliares podem ser analisados na tabela 6.

Tabela 6
Alterações encontradas em 35 coledocotomias

Alterações	Grupos		Qui	Significância
	I	II		
Coledocolitíase	15 (78,9)	13 (81,2)	0,602	NS
Nenhuma	4 (21,1)	3 (18,8)		
Total	19	16		

A incidência global de coledocolitíase foi de 15,1%, não diferindo entre os dois grupos de doentes. Houve um caso de papilite associada a coledocolitíase no Grupo I e dois no Grupo II. Complicações pós-operatórias ocorreram em 37 doentes (20,0%), não sendo registradas diferenças estatísticas

Tabela 7
Complicações pós-operatórias em 37 doentes com litíase biliar

Complicações	Grupo I N: 118	Grupo II N: 67	Total N: 185
Cálculo residual	8 (6,8)	7 (10,4)	15 (8,1)
Infecção de parede	4 (3,4)	5 (7,5)	9 (4,9)
Deiscência parcial de parede	2 (1,7)	3 (4,5)	5 (2,7)
Pulmonares	2 (1,7)	2 (3,0)	4 (2,2)
Cardiovasculares	3 (2,5)	1 (1,5)	4 (2,2)
Evisceração	1 (0,8)	1 (1,5)	2 (1,1)
Fístula biliar	1 (0,8)	1 (1,5)	2 (1,1)
Total	20 (16,9)	17 (25,4)	37 (20,0)

ticamente significantes entre os grupos de pacientes (Tabela 7). Inexistiram óbitos nesta série de enfermos.

DISCUSSÃO

A incidência de litíase em pessoas com mais de 60 anos é de aproximadamente 40% e aumenta com a idade, chegando a exceder os 50% após os 70 anos.³

Entretanto, as indicações cirúrgicas são, com frequência, retardadas, quer pela opção de alternativas terapêuticas quer pelo receio infundado de insucesso, devido à alta prevalência de doenças associadas nesses pacientes.^{6,7,8}

Interessados em saber se os sintomas, tipos de cirurgia e complicações diferem com o aumento da idade, reunimos os doentes em dois grupos etários, como recomenda a OMS: idosos ativos (60 a 74 anos) e dependentes (75 a 90 anos).

A exemplo de Huber et al e de Margiotta et al, notamos que, à medida que a idade aumenta, cresce também o número de doentes do sexo masculino com litíase biliar.^{2,9} Nesta série, o sexo masculino respondeu por 24,6 % dos doentes entre 60 e 74 anos e por 43,3% entre aqueles com mais de 74 anos – $p < 0,02$ (Tabela 1). Tal acontecimento deve-se, provavelmente, aos mesmos motivos que fazem com que as intervenções de urgência aconteçam proporcionalmente em maior número nos idosos do sexo masculino: a relutância do médico em indicar cirurgia em doente sintomático e/ou a demora do enfermo em procurar atendimento.²

O quadro clínico da colelitíase no idoso é similar ao dos mais jovens, predominando invariavelmente a presença de dor, náuseas e vômitos. Nesta série pudemos observar que os sintomas foram similares entre os idosos de ambos os grupos. Muitos deles relatam padecimentos sugestivos da doença, por tempo prolongado, socorrendo-se somente por ocasião de crise dolorosa intensa. Entretanto, em boa parte dos enfermos, os sintomas são mais discretos, e o exame físico reconhece com maior dificuldade os sinais da doença. Não raro, as formas complicadas deixam de apresentar sintomas ou sinais que as distingam das habituais. Deste modo, parece-nos de grande importância dedicar especial atenção para

sintomas aparentemente vagos, principalmente quando associados à presença de febre e leucocitose discretas, sem sinais abdominais de importância. A presença de icterícia em 24,6% dos enfermos foi similar à maioria dos relatos da literatura, que a situa entre 23,0% e 25,8%.^{3,10} Entre nós, Coelho et al relataram incidência de 36%.¹¹

A classificação dos operados de urgência obedeceu a critério essencialmente clínico. Nesta casuística, semelhante a de outros autores, muitas vezes o diagnóstico anatomo-patológico da vesícula ressecada por colecistite aguda não reconhece prioritariamente fenômenos inflamatórios agudos; outras tantas vesículas ressecadas por colecistite crônica exibem esses componentes.^{6,12}

A preferência pela incisão transversa, há longos anos adotada, é baseada no fato dela proporcionar bom acesso cirúrgico, menos dor pós-operatória imediata e melhores resultados estéticos a longo prazo, como salientam Bartolomucci et al.¹³ Na experiência do Serviço, essa incisão possibilitou também menores índices de hérnia incisional.

A orientação é para realizar a colangiografia de modo rotineiro, obedecendo aos critérios clássicos de sua metodologia: correto posicionamento do doente, perfeita fixação do catéter, diluição do contraste e não insuflação de ar. Em 28 (15,1%) doentes deste estudo ela não foi realizada, quer por opção da equipe cirúrgica (cálculos palpáveis, colédoco fino) quer pela má qualidade dos registros radiográficos. Não constatamos complicações relacionadas ao seu uso.

As complicações pós-operatórias estão diretamente relacionadas à idade, à presença de doenças associadas, ao tipo de intervenção – eletiva ou de urgência e à exploração cirúrgica das vias biliares.

A maioria das complicações e óbitos que ocorrem em idosos deve-se à concomitância de doenças associadas, das quais as cardiovasculares e pulmonares são as mais freqüentes. Deixamos de comentar pormenorizadamente essa variável neste estudo em razão dela ser objeto de futura publicação.

As complicações da doença também aumentam com o avanço da idade, ocorrendo maior número de intervenções de urgência nessa fase, o que ocasiona maior morbidade e mortalidade.^{1,2,11,14,15} Nesta série, as operações de urgência ocorreram em pequeno número – 11,9% dos doentes; os portadores de colecistite aguda do grupo II foram submetidos a essas intervenções em número significativamente maior que os do grupo I (Tabela 4).

Há também significativo aumento da mortalidade e da morbidade quando o colédoco é aberto, na dependência da idade, da gravidade das complicações que levaram à coledocotomia e das doenças associadas e não ao procedimento cirúrgico isoladamente.^{18,20}

Os índices de coledocotomia por presumível litíase durante uma colecistectomia situam-se entre 3% e 26%,^{2,6,16,17} aumentando nos operados de urgência e nos idosos. Em doentes com mais de 60 anos de idade, Morgenstern et al necessitaram explorar a via biliar principal em 38% deles.¹⁸ No pre-

sente estudo, a coledocotomia foi realizada em 35 (18,9%) doentes, preferencialmente no grupo II (Tabela 4).

A indicação mais freqüente da coledocotomia na doença biliar não maligna é a coledocolitíase. Sua incidência varia de 19,3% a 33,5%, na dependência da idade e da utilização da colangiografia e/ou coledocoscopia peroperatória.^{1,2,3,20} Neste estudo ela foi de 15,1%, similar àqueles relatos. Sua incidência na colecistite aguda foi igual. No entanto, Casaroli et al,¹⁵ estudando 73 idosos acima de 60 anos, com colecistite aguda, encontraram coledocolitíase em 30%. Esta alta incidência, freqüentemente não acompanhada de icterícia,²³ enfatiza a necessidade do uso da colangiografia peroperatória.

A taxa de mortalidade pós-coledocolitotomia foi de 3,2% em 1.368 doentes para Schwab et al,¹⁹ com maior incidência na população idosa. Em 151 pacientes com mais de 60 anos, Morgenstern et al relataram nove (4,1%) óbitos.¹⁸

Aproximadamente 30% dos pacientes submetidos a coledocolitotomia necessitam de um procedimento de drenagem para complementá-la, quer por uma esfínterectomia, quer por uma anastomose biliodigestiva.¹⁷

A calculose residual pós-coledocostomia é freqüente na cirurgia biliar, sendo evidenciada usualmente pela colangiografia pós-operatória realizada pelo dreno em T. Para Neoptolemos et al²¹ ela foi de 10,9% em uma série de 438 pacientes, e, em nosso meio, Campos et al²² constataram litíase residual em 16,5% de 115 doentes submetidos a coledocolitotomia. Na experiência desses autores, a coledocolitíase residual foi mais comum nos portadores de múltiplos cálculos da via biliar principal e naqueles com cálculos intra-hepáticos. Das razões apontadas para a existência da litíase residual, tem grande importância a não realização da coledocoscopia intra-operatória e da colangiografia peroperatória pós coledocolitotomia.

Quinze (8,1%) de nossos doentes apresentaram cálculos residuais, com valores semelhantes nos dois grupos de idosos, e todos foram submetidos a papilotomia endoscópica para sua extração ou eliminação, conseguidas sem acidentes.

Parece haver concordância em que a litíase residual diagnosticada após a colecistectomia seja tratada, no idoso, preferencialmente pela papilotomia endoscópica; também é considerada como procedimento eletivo na drenagem pré-operatória da árvore biliar em doentes com colangite e pancreatite aguda grave.^{8,19,23}

A infecção da ferida cirúrgica é a mais comum das complicações após cirurgia abdominal, e sua incidência pós-colecistectomia varia de 1,9% a 10%,^{24,25} sendo maior em cirurgias de urgência e nos processos biliares agudos.¹⁸ Ocasionalmente, em grandes séries são relatados índices menores, como os de Ganev et al – 0,4% em 1.035 pacientes operados.¹⁶

Os índices encontrados no presente estudo – 4,9% – devem ser atribuídos ao preparo adequado dos enfermos, à antibioticoterapia profilática e aos cuidados da técnica cirúrgica. A presença de bactérias na bile é uma das causas da infecção da parede abdominal;²⁴ nas colecistites crônicas, a

bactibilia já é expressiva e aumenta, em muito, na colecistite aguda e na vigência de coledocolitíase.^{9,25} No entanto, Grande et al não associaram a infecção parietal à contaminação da bile vesicular.²⁵ A fístula biliar pós-operatória incide em pequena proporção, orçando ao redor de 1% dos casos.¹⁸ Geralmente encontra explicação no extravasamento de bile pelo leito vesicular, devido à presença de dutos biliares aberrantes seccionados inadvertidamente, na falência da ligadura do duto cístico e na deiscência da anastomose biliodigestiva. A fístula biliar, com frequência fecha-se espontaneamente,²⁷ como ocorreu em nossos dois doentes, conquanto sua origem nem sempre seja reconhecida.¹⁸ Sua ocorrência nesta série é similar aos dados da literatura. Obviamente, a lesão iatrogênica da via biliar principal escapa a essas considerações.

A mortalidade pós-colecistectomia é pequena e vem decrescendo progressivamente. Morgenstern et al, em 1992, compilando dados de 17 estudos sobre colecistectomias, que totalizavam 58.537 operados, encontraram uma taxa de 1,53%.¹⁸ Uma outra série expressiva de 8.910 colecistectomias realizadas no New York Hospital, da Cornell University Medical College, apresentou mortalidade de 0,4%.⁴ Nessa mesma revisão, McSherry relatou ser a idade o fator de risco mais importante no óbito pós-operatório de 11.808 doentes: o índice de mortalidade foi de 0,3% para os com menos de 50 anos, de 1,6% para aqueles com 50 a 64 anos e de 4,9% para os com mais de 65 anos de idade.

Analisando estudos globais quanto à idade, vários são os trabalhos que não registram óbitos.^{6,7} Em idosos, a mortalidade da colecistectomia eletiva situa-se entre 0% e 4,4%,^{1,9,16,18} aumentando, em muito, nas cirurgias de urgência, quando atinge valores de 3,8% a 19%.^{1,4,14} Entre nós, a mortalida-

de em cirurgia de urgência mostra cifras entre 20,8% e 11,0%.^{11,15}

Com frequência registram-se maiores índices de mortalidade em homens, provavelmente por sua menor disposição em procurar auxílio médico.^{7,9}

A gravidade da doença tem maior influência que a idade para determinar os riscos de morbidade e mortalidade na cirurgia geriátrica e, portanto, a relutância na indicação cirúrgica da litíase sintomática nesses doentes, só traz malefícios aos mesmos.

A colecistectomia convencional, introduzida por Carl Langenbuch, em julho de 1882,²⁸ trazendo, portanto, uma experiência consolidada por mais de um século, é de fácil execução e praticamente isenta de complicações.

O recente advento da colecistectomia videolaparoscópica ganhou rápida e universalmente, por sobejas razões, a condição de procedimento de escolha no tratamento cirúrgico da coledocolitíase. Cremos que a colecistectomia videolaparoscópica deva ser utilizada exclusivamente por médicos com formação cirúrgica adequada e, por isso, os hospitais de ensino devem oferecer a oportunidade do exercício simultâneo de procedimentos convencionais e inovatórios e assim estamos procedendo.

Os resultados deste trabalho demonstram que a colecistectomia eletiva pode ser realizada com segurança e sem mortalidade em idosos, inclusive por cirurgiões em formação, quando adestrados e convenientemente assistidos. As complicações da cirurgia foram de pequena monta e superadas com tratamento conservador. Embora não tenhamos registrado óbitos em nossos operados de urgência, devido provavelmente ao pequeno número deles, devemos envidar todos os esforços no sentido de impedir a demora da indicação cirúrgica nos idosos portadores de litíase biliar sintomática.

ABSTRACT

Due to high incidence of postoperative complications in elderly people there is some degree of reluctance in the surgical management of the biliary lithiasis in these patients. The main purpose of this study was to verify the real extension of these problem in the Department of Gastroenterologic Surgery of the HSPE-FMO. Over a 6-year period (1990-1995) 185 elderly patients with biliary lithiasis and mean age of 73.0 ± 6,2 years were evaluated. The patients were divided into two groups according to the age: I - 118 (63.8%) patients with 60-74 and II - 67 (36.2%) patients with 75-90 years. The number of male patients was significantly higher at the group II. Symptoms were similar into two groups of patients. The most part of patients was submitted to elective procedures - (163) 88.1% while (22) 1.9% underwent emergency surgery (acute cholecystitis). The number of emergency cases was more than twice in the group II (19.4% versus 7.6%). Cholecystectomy was performed in all patients. Operative cholangiography was performed in 157 (84,8%) patients Complementary surgery was necessary for 38 (21.6%) patients (choledocholithiasis in 15.1% and papillar stricture in 2.7%) and was higher in the group II. Choledocholithotomy as a component of the primary biliary operation was performed in 28 (15.1%) patients, biliar enteric anastomosis in seven (3.8%) and papillotomy in five (2.7%) patients. Complications occurred in 37 (20%) patients and were similar in both groups. There was no mortality. Retained stones of the common duct was found in 15 (8.1%) patients. Endoscopic sphincterotomy was performed upon all patients, with success. The results of the present study support the use of elective cholecystectomy with low morbidity and without mortality in geriatric patients.

Key Words: Cholelithiasis; Cholecystectomy; Elderly; Surgical treatment.

REFERÊNCIAS

1. Sullivan DM, Hood TR, Griffen Jr WO – Biliary tract surgery in the elderly. *Am J Surg* 1982;143:218-20.
2. Huber DF, Martin EW, Cooperman M – Cholecystectomy in elderly patients. *Am J Surg* 1983;146:719-22.
3. Harness JK, Strodel WE, Talsma SE – Symptomatic biliary disease in the elderly patient. *Am Surg* 1986; 52:442-5.
4. McSherry CK – Open cholecystectomy. *Am J Surg* 1993;165:435-9.
5. Goffi FS, Goffi Jr PS – “Operações sobre as vias biliares extra-hepáticas”. In Coelho JCU (ed). *Aparelho digestivo. Clínica e Cirurgia*, 1ª edição, Rio de Janeiro:1990, pp 1104-13.
6. Gilliland TM, Traverso LW – Modern standards for comparison of cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long term relief of symptoms. *Surg Gynecol Obstet* 1990;170:39-44.
7. Clavien PA, Sanabria JR, Mentha G, et al – Recent results of elective open cholecystectomy in a North American and a European center. *Ann Surg* 1992;216:618-26.
8. Strasberg SM, Clavien PA – Overview of therapeutic modalities for the treatment of gallstone diseases. *Am J Surg* 1993;165:420-6.
9. Margiotta Jr SJ, Willis IH, Wallack MK – Cholecystectomy in the elderly. *Am Surg* 1989;54:34-9.
10. Targarona EM, Ayuso RMP, Bordas JM – Randomised trial of endoscopic sphincterotomy with gallbladder left in situ versus open surgery for common bile duct calculi in high-risk patients. *Lancet* 1996;347: :926-9.
11. Coelho JCU, Moraes LM, Barbara MS, et al – Colectistomia no paciente idoso. *Rev Ass Med Brasil* 1988;34:89-92.
12. Pickleman J, Gonzalez RP – The improving results of cholecystectomy. *Arch Surg* 1986;121:930-4.
13. Bartolomucci AC, Ungari Filho O, Berthoud AD – Laparotomia transversa versus vertical como via de acesso na cirurgia da litíase biliar. Um estudo prospectivo. *Rev Col Bras Cir* 1991;18:125-31.
14. Houghton PWJ, Jenkinson LR, Donaldson LA – Cholecystectomy in the elderly: a prospective study. *Br J Surg* 1985;72:220-2.
15. Casaroli AA, Bevilacqua RG, Rasslan S – Análise multivariada de risco no tratamento cirúrgico da colecistite aguda no idoso. *Rev Col Bras Cir* 1996; 23:1-7.
16. Ganey JB, Johnson Jr PA, Prillaman PE, et al – Cholecystectomy: clinical experience with a large series. *Am J Surg* 1986;151:352-7.
17. Pitt HA – Role of open choledochotomy in the treatment of choledocholithiasis. *Am J Surg* 1993;165:483-6.
18. Morgenstern L, Wong L, Berci G – Twelve hundred open cholecystectomies before the laparoscopic era. A standard for comparison. *Arch Surg* 1992;127: 400-3, 1992.
19. Schwab G, Pointner R, Wetscher G, et al – Treatment of calculi of the common bile duct. *Surg Gynecol Obstet* 1992;175:115-20.
20. Lygidakis NJ – Operative risk factors of cholecystectomy-choledochotomy in the elderly. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157:15-9.
21. Neoptolemos JP, Carr-Locke DL, Fosgard DP – Prospective randomised study of preoperative endoscopic sphincterotomy versus surgery alone for common bile duct stones. *Br Med J* 1987; 294:470-4.
22. Campos ACL, Alves MB, Massignan LL, et al – Causas de insucesso no tratamento cirúrgico da coledocolitíase. *Rev Col Bras Cir* 1993; 20:6-14.
23. Neoptolemos JP, Davidson BR, Shaw DE, et al – Study of common bile duct exploration and endoscopic sphincterotomy in a consecutive series of 438 patients. *Br J Surg* 1987;74:916-21.
24. Truedson H, Elmros T, Holm S – The incidence of bacteria in gallbladder bile at acute and elective cholecystectomy. *Acta Chir Scand* 1983; 149:307-13.
25. Grande M, Torquati A, Farinon AM – Wound infection after cholecystectomy. *Eur J Surg* 1992; 158:109-12.
26. Machado RJC, Goffi FS – Bacteriologia da bile em colecistopatias. Associação radiológica. *Arq Gastroent S Paulo* 1983; 20:48-52.
27. Pacheco Jr AM, Silva RA, Kowes I, et al – Tratamento cirúrgico da coledocolitíase: análise de 145 casos. *Rev Paul Med* 1988; 106: 215-9.
28. Traverso LW – Carl Langenbuch and the first cholecystectomy. *Am J Surg* 1976;132:81-2.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Dr. Sansom Henrique Bromberg
 Av. Angélica, 589/81
 01227-000 – São Paulo – SP