

EL SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMIA

*Dr. Gustavo A. Zúñiga A. **

Estudios prospectivos en pacientes de ambos sexos con colecistectomía han demostrado que en el 95o/o de ellos ven desaparecidos en forma completa las molestias que les hicieron llegar a cirugía (1), sin embargo, en el porcentaje restante los pacientes reconsultan por una gama de quejas que la mayoría de los cirujanos etiquetan como el Síndrome Postcolecistectomía. (2-3-4).

Este síndrome que fue un tanto popular hace unas décadas, se ha visto desplazado en la literatura médica a medida que han hecho su aparición medios diagnósticos más exactos para llegar a precisar anormalidades orgánicas y funcionales en el tracto digestivo y sistema hepatobiliar. (5-6).

De acuerdo a Spiro y colaboradores, éste síndrome puede dividirse en forma aguda y crónica(7), (Cuadro No. 1), aunque en la gran mayoría de los casos los síntomas se circunscriben a dispepsias y mínimas molestias en el cuadrante superior derecho, que en nuestro medio son, la mayoría de las veces, aceptadas pacientemente por el enfermo como el precio por carecer de la vesícula biliar. El interrogatorio sin embargo, debe en estos pacientes ser dirigido a las siguientes seis preguntas que siempre habrán de arrojar luz acerca del origen del problema:

- 1.- ¿Padeció el paciente de ictericia o cólico biliar?
- 2.- ¿Son los síntomas actuales iguales a los que presentó antes de la operación?
- 3.- ¿Fue una intervención profiláctica?

* Médico Internista
Profesor Medicina Interna
U.N.A.H.

CUADRO No. 1 SÍNDROME

POSTCOLECISTECTOMIA

1. **AGUDO:**
 - 1.1 **Trastornos digestivos menores.**
 - 1.2 **Complicaciones de la operación.**
2. **CRÓNICO:**
 - 2.1 **Enfermedades del colédoco.**
 - 2.1.1 **Coledocolitiasis.**
 - 2.1.2 **Estenosis coledociana.**
 - 2.1.3 **Estenosis esfinteriana.**
 - 2.2 **Conducto cístico residual.**
 - 2.2.1 **Colecisto "reformado".**
 - 2.2.2 **litiasis.**
 - 2.3 **Disquinesia biliar.**
 - 2.4 **Síntomas originales no vesiculares.**
 - 2.4.1 **Colon irritable.**
 - 2.4.2 **Enfermedad pancreática.**
 - 2.4.3 **Enfermedad hepática.**
 - 2.4.4 **Hernia hiatal, etc.**

- 4.- ¿Se creyó tanto por el médico como por el paciente que la operación aliviaría los síntomas?
- 5.- ¿Fue la extirpación de la vesícula una actitud desesperada ante un estreñimiento crónico, un dolor abdominal rebelde o un síndrome dispéptico alto?
- 6.- ¿Hubo durante la operación dificultades técnicas o el paciente tuvo que permanecer con un tubo en T después que fue dado de alta?

Se puede definir al síndrome de Postcolecistectomía como la falta de mejoría o recurrencia de síntomas después de que en forma aguda o selectiva

se llevó a cabo una extirpación de la vesícula biliar.

Los trastornos digestivos menores que se presentaron en las siguientes semanas a la operación son de intensidad variable y no requieren, excepto en casos extremos; ía hospitalización del paciente, y se describe como frecuente la diarrea o heces blandas que representa el período de adaptación del árbol biliar a la falta del reservorio que representa la vesícula biliar, aunque otro limitado número de pacientes se quejarán de estreñimiento, el cual lo más seguro, está condicionado por la inactividad y limitaciones en la dieta que algunos cirujanos preconizan.

No existe en la actualidad motivo válido para restringir la dieta en un paciente sin colecisto aunque muchos consideran una medida de cautela limitar las grasas en las dos primeras semanas, pasado este período el paciente puede ingerir la cantidad que desee de grasas; se ha recomendado el uso de sales biliares o enzimas digestivas en general, pero no hay al respecto ningún estudio científico que lo respalde y su uso es en base anecdótica.

La gama de complicaciones atribuidas a la operación misma son en la actualidad cada día más raras (8-9-10), y dentro de ellos cabe mencionar las colangitis postoperatorias, estenosis biliares, pancreatitis traumáticas, calculosis residual del conducto común y sección de colédoco, todas ellas reducidas a un mínimo, por depuraciones de técnicas quirúrgicas, uso de antibióticos y la colangiografía transoperatoria, usándose en algunos casos la coledoscopia con aparatos ópticos de fibra de vidrio. A pesar de las precauciones mencionadas la coledocolitiasis en el postoperatorio inmediato se observa del 1 al 3.3o/o en series globales de la Clínica Mayo (11).

La coledocolitiasis en forma crónica como parte del "Síndrome Postcolecistectomía" se presenta cuando los síntomas se inician dentro de los veinticuatro meses siguientes a la intervención (12). El diagnóstico se efectúa por ultrasonido, colangiografías percutánea o endoscópica y representa para el paciente una nueva intervención (13), a menos que el tubo en T todavía no se haya retirado o se usen sustancias litolíticas (14); se hace extrac-

ción de los mismos en manos expertas ya sea a través del tubo (15) o por medio de una papilotomía endoscópica que cada vez toma más popularidad. Cabe mencionar que las estenosis de los conductos biliares si bien no son predecibles se presentan por manipulación excesiva de las mismas o reacciones al material de suturas y su curación aún representa un reto a la técnica operatoria de las vías biliares (16).

Si no se extirpa el cístico tan cerca como sea posible del colédoco la porción residual puede dilatarse y predisponer a la formación de cálculos, a esto se le ha dado en llamar vesícula biliar reformada y es una complicación bastante rara que en ocasiones se acompaña de neuroma en el tejido cicatricial.

De lo anterior es que nace la recomendación general de no ligar el cístico más de 5mm de distancia del colédoco (17).

También desde el punto de vista clínico, el conducto cístico residual se asocia a menudo con la presencia de cálculos en el colédoco, aunque puede ser por mala técnica quirúrgica inicial, Glenn (6) encontró cálculos en el curso de coledectomías en casi la mitad de 44 pacientes con conducto cístico residual, cosa que no ha sido corroborada por otros autores.

El término disquinesia biliar tiene interpretaciones diferentes desde el punto de vista del médico general, radiológico y gastroenterológico; para el primero, es una explicación para todo paciente que se queja de dispepsia grasa y en quien no se le ha comprobado litiasis vesicular tenga o no dolor, para el radiólogo es una falta de contracción de la vesícula después de la comida de prueba y para el último es una incoordinación motora (arritmia) entre la Vesícula, conductos biliares, y el esfínter de Oddi, y en este grupo se debe incluir la estenosis ampular que tiene como sinónimos estenosis papilar, papilitis, Odditis, estenosis del esfínter de Oddi y otros. La idea fisiopatológica es sin embargo la misma y es la obstrucción del flujo normal de bilis ya sea en forma activa como espasmo o la presencia de fibrosis o inflamación que representan una forma pasiva. Estas anomalías funcionales son en la actualidad comprobables por medio de presiones manométricas transendoscópicas (18-19-20), y la papilo-

tomía a través del mismo endoscopio resulta en la actualidad el tratamiento de elección. (21)

Finalmente, el último grupo de condiciones que pueden dar lugar al Síndrome Postcolecistectomía lo representan una serie de enfermedades no relacionadas con la vesícula biliar y son indicativos de que el paciente fue intervenido erróneamente, aunque pudiera haber existido una colelitiasis asintomática.

Las hepatopatías, hernia hiatal y enfermedades crónicas del páncreas lo mismo que el colon irritable con su variante de Síndrome del ángulo hepático, deben siempre ser considerados antes de efectuar una colecistectomía y aunque existieren cálculos obvios debe hacerse saber al paciente que después de la operación algunos de los síntomas pudieran no ser curados con la operación, aunque el efecto placebo en algunos pacientes es difícil de valorar, tomando además en cuenta que se han comprobado trastornos psiquiátricos en 43o/o de los pacientes en series grandes de S.P.C. (3)

Diagnóstico

Todo paciente con síntomas postcolecistectomía debe ser inicialmente revalorado con respecto a las seis preguntas básicas a hacer en presencia de S.P.C, para luego complementar el interrogatorio con un examen físico acucioso en busca especialmente de estigmas de enfermedad hepática. Pruebas hepáticas y amilasa en pruebas iniciales deben ser efectuadas lo mismo que estudios endoscópicos y baritados altos y bajos; es de hacer notar que la colangiografía intravenosa ha sido casi abandonada (1) para darle lugar a la ultrasonografía y las colangiografías endoscópicas o percutáneas con la aguja de Chiba (22-23-24-25); la tomografía axial resulta más útil en aquellos pacientes en que se sospecha malignidad de páncreas (26).

Tratamiento

El manejo debe ser condicionando por el diagnóstico específico y debe ser llevado a cabo lo más pronto posible y de acuerdo con la severidad de los síntomas. (27) Si el diagnóstico no queda esclarecido, el paciente debe ser tratado en forma conservadora y en ocasiones el apoyo psiquiátrico es imprescindible.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sleisenger MH, Fordtram J. *Gastrointestinal Disease*. WB Saunders Co. pp. 1405,1983.
- 2.- Bodvall B. The postcholecystectomy syndromes. *Cl. Gastroenterol.* 2:103,1973.
- 3.- Christiansen J and Schmith A. The postcholecystectomy syndrome. *Acta Chir. Sean.* 137:798, 1971.
- 4.- Domedoff L and Schersen T. Prognosis of early postcholecystectomy distress. Analysis of 593 patients choicystectomized for gallstone disease. *Ac a Chi.Scand.* 134:291,1968.
- 5.- Gunn A and Foubister G. Biliary surgery. Afive year foliow up. *Ann. R. Coll. Surg. Edinb.* 23:292, 1978.
- 6.- Glenn F. and Mac Sherry CK. Secondary abdominal operations for symptoms following biliary tract surgery. *Surg. Gynecol. Obstet.* 121:979,1965.
- 7.- Spiro H. *Clinical Gastroenterology*. Mac Milan Co. Ontario, Canadá. pp757-772,1970.
- 8.- Hermann RE. Diagnosis and management of bile duct structures. *Am.J. Surg.* 130:519,1975.
- 9.- Hicken NF. and Mac Callister AJ. Operative cholangiography as an aid in reducing the incidence of "overlooked" common bile duct stones: A study of 1293cholecolithotomies. *Surgery* 55:753,1964.
- 10.- Hughes J. The common duct after cholecystectomy. Initial report of a ten-year study. *JAMA* 197: 247, 1966.
- 11.- Larson RE, Hodgson JR. and Priestly JT. The early and long term resulte of 500 consecutives explorations of the common duct. *Surg. Gynecology Obst.* 122:744,1966.
- 12.- Frentón JW. and Bouichier I. Experimental cholithiasis. *Gut*9:2, 1968.
- 13.- Glen F. and Beil AR. Choledocoüthiasis demonstrated at 586 operations. *Surg. Gynecol. Obstet.* 118:499, 1964.

14. Bell GD. Cholelithotic agente. *Pharmacol. Ther.* 23:79,1983.
15. Mazariello R. Review of 220 cases of residual biliary calculi treated without reoperation. *Surg.* 73:299, 1973.
16. Catell RB. and Braasch JW. Primary repair of benign strictures of the bile ducts. *Surg. Gynecol. Obstet.* 109:531,1959.
17. Hayes MA. Retained cystic duct stump. *Conn. Med.* 26:390,1962.
18. Gregg JA. Clark G., Barr C. Postcholecystectomy syndrome and its association with ampullary stenosis. *Amer. J. Surg.* 139:374,1980.
19. Bar-Meir S, Geenen JE, Hogeft WJ, Dodds W. Biliary and pancreatic duct pressures measured by ERCP manometry in patient with suspected papillary stenosis. *Dig. Dis. Sci.* 24:209,1979.
20. Hogan WI. and Gennen GE. The evaluation of suspected papillary stenosis. *Dig. Dis. Sci.* 25:473, 1980.
21. Viceconte G, Viceconte GW. and Montori A. Endoscopic sphincterotomy, indications and results. *Br. J. Surg.* 68: 376,1981.
22. Juttner HU. and Redeker AG. Fine needle transhepatic cholangiography. *Am. J. Gastroent.* 75:454, 1981.
23. Harvin WP, Mueller PR. and Ferruci J. Transhepatic cholangiography: complications and use patterns of the fine needle technique. *Radiology* 135:15, 1980.
24. Pereiras RV, Chiprut RO, Greenwald RA, and Schiff ER. Percutaneous transhepatic cholangiography with the "skinny needle" *Ann. Int. Med.* 562, 1978.
25. Mueller PR., Harbin W., Ferrucci J.T., Wittenberg J. and Sonnenberg E. Fine needle transhepatic cholangiography: reflexions after 450 cases. *Amer. J. Roentgenol.* 136:85,1981.
26. Di Magno EP., Malagelada JR., Taylor WP. and Go VL. A prospective comparison of current diagnostic test in pancreatic cancer. *N. Eng. J. Med.* 297:737, 1977.
27. Haaga JR., Alfidi RJ., Havrilla TR., Tubbs R., González R., Meany TF. and Corsi MA. Definitive role of CTs scanning of pancreas: the second year experience. *Radiology* 124:723,1977.