

## Síndrome de postcolecistectomía

A. Rocha (\*)

### RESUMEN

El concepto de síndrome post-colecistectomía es analizado a la luz de un caso propio, cuya historia clínica se relata. Después de eliminar los cuadros que falsamente se han incluido en él, queda reducido a un número muy exiguo de casos. Se señalan los caracteres esenciales del verdadero síndrome post-colecistectomía.

Enferma de 53 años que padece desde hace más de 10 años crisis dolorosas típicas biliares sin fiebre ni ictericia que tiene vesícula permeable que concentra deficientemente pero evacuando casi normalmente y que bajo su insistencia es operada de colecistectomía hace 8 años. Se halla vesícula fuertemente coles-terótica, que se extirpa y ante una colangiografía que demuestra colédoco algo dilatado con ligera elevación colangiomanométrica, el cirujano cree indicada una coledoco-duodenostomía, que practica. Curso postoperatorio normal y recidiva dolorosa a los 10 días de la intervención. La radiología demuestra dilatación de ampolla de Vater con relleno opaco de bario bien visible por pasar a través de la anastomosis coledoco-duodenal (figura 1 y 2 y que al aumentar en intensidad sus crisis dolorosas, obliga a reintervenir a los 7 meses para practicar una papilotomía transduodenal que es ineficaz por cuanto clínica y radiológicamente todo está como antes. Al cabo de dos años, tras un empeora-

miento general y crisis dolorosas que obligan a emplear calmantes, se crea hábito y abuso. El cirujano con idea de denervar el sector ampular y de desviar el paso digestivo duodenal cree útil tras repetir la papilotomía transduodenal practicar una resección tipo Polya. El



Fig. 1.—La substancia de contraste ha llenado el colédoco terminal a través de la colédoco-duodenostomía. Oddi filiforme

\* Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio de Medicina: Dr. Rocha. Barcelona.



Fig. 2.—La menor densidad del contraste permite ver dos sombras lacunares simulando cálculos, probablemente debidas a semillas de tomate o granos de uva

curso postoperatorio transcurre normalmente excepto pequeña fístula pancreática que cierra espontáneamente en una semana. A los 15 días de la intervención reaparecen con poca intensidad las crisis dolorosas a las que se suman al cabo de 2 meses unos vómitos biliosos abun-



Fig. 3.—Gastrectomía parcial en la que se ve el asa aferente. El asa eferente y la boca anastomótica aparecen normales

dantísimos precedidos de dolores transfixiantes epigástricos que calman con dichos vómitos. Aparecen trastornos intestinales de alternativas de diarrea y constipación. Anorexia, pérdida ponderal considerable (20 kilos) con signos de hipoproteinemia acentuados (edemas). A la exploración radiológica se logra rellenar el asa aferente que aparece normal aunque algo dilatada (fig. 3). El muñón gástrico es normal. La boca gastroentérica es normal y no hay signos radiológicos de yeyunitis. La inyección de Biligrafín demuestra imagen en ampolla de Vater igual a la obtenida con bario antes de practicar la gastrectomía (figura 4), y la cinnerradiografía demuestra normalidad absoluta en el funcionalismo gástrico intestinal. No se observa lesión alguna en el tubo digestivo bajo el punto de vista radiográfico. Tampoco existen signos de pancreatitis. Después de 4 años persistiendo las crisis dolorosas aunque algo más espaciadas desaparecen los vómitos biliosos atribuibles al síndrome de asa aferente. Persiste la anorexia, alternativas de diarreas y constipación, adelgazamiento, y sobre todo se ha incrementado una ya existente neurosis con un componente angustioso depresivo que enmarca el cuadro clínico imprimién-

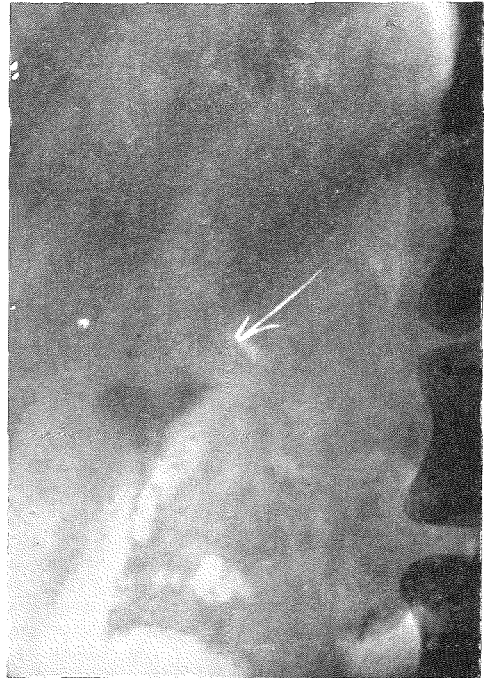


Fig. 4.—Biligrafín endovenoso. Visualización del fondo coledocal con Oddi filiforme. (Cortesía del Dr. Chérigé, París)

dole este carácter psicosomático, difícil ahora de definir en la instantánea clínica de sus sufrimientos.

El comentar este caso nos servirá de base para enjuiciar el concepto que debemos adoptar respecto a la existencia del síndrome postcolecistectomía.

Si despojamos del antiguo concepto de postcolecistectomía todas las circunstancias que han venido aclarando el sentido clínico del síndrome, veremos que éste queda reducido a una escasa casuística expuesta a continua revisión depuradora.

El criterio de Pribram (síndrome postcolecistectomía es aquel que se manifiesta por el simple hecho de extirpar una vesícula) ha dado lugar a imprecisiones. En primer término hemos de considerar si la vesícula extirpada era normal o patológica. En el primer caso la definición es correcta. En el segundo caso, deja de serlo por cuanto la vesícula enferma comporta en su nosología unas alteraciones concomitantes del árbol biliar (hepático, colédoco, esfínter) que como hemos descrito pueden hallarse en latencia absoluta durante la enfermedad vesicular y ponerse de manifiesto al perder uno de los eslabones de la cadena funcional vesícula-esfínter (disquinesias latentes).

Si tenemos en cuenta el criterio de Hutchinson, la vesícula es uno de tantos divertículos primarios que en el hombre no ha desaparecido que dio lugar a exéresis de vesículas sanas ante errores diagnósticos en la cirugía de principio de siglo, vemos con sorpresa que la colecistectomía per se y con vesícula sana no da lugar a trastornos digestivos algunos, como afirmó Korte ulteriormente.

Los progresos diagnósticos nos han conducido hoy a minimizar aquellos errores diagnósticos y por lo tanto la patología postcolecistectomía queda constituida por vesículas patológicas (habitadas o no, colesterosis, etc.). Esta patología del postoperado sería hoy la auténtica entidad sindrómica postcolecistectomía. Es decir,

se englobarían en ella las disquinesias latentes puestas de manifiesto por la operación, en sus variedades alérgicas, tóxico-alimentarias y medicamentosas.

Este concepto es totalmente opuesto a aquel esgrimido por Graham y Cole en 1934, diciendo que las llamadas secuelas postoperatorias eran menos frecuentes en las vesículas muy enfermas que en las semisanas. Sin embargo, creemos que no existe auténtica discordancia entre estos dos criterios puesto que el grado de afectación vesicular máximo está en la exclusión vesicular y en esta circunstancia las disquinesias latentes se pusieron ya de manifiesto en el curso de la adaptación a dicha exclusión vesicular. Todos sabemos que una vesícula funcional y anatómicamente excluida no suele ir seguida de molestias postoperatorias, aunque existen casos (tenemos recogidos 7 enfermos) en los que aparecieron dichas disquinesias (alérgicas, tóxico-alimentarias o medicamentosas) en el transcurso de uno a tres años después de la colecistectomía por vesícula calculosa excluida anatómico-funcionalmente.

Hemos descrito una disineria bilio-hepática como expresión de trastornos esfinterianos correspondientes a hepatitis anictéricas o ictericas que desaparecen al compás de la mejoría funcional hepática.

Algunos de estos casos han sido atribuidos a la operación de colecistectomía sin tener en cuenta la existencia de hepatitis satélites de las colecistitis (Graham, Tietze y Winker, Corachan y Vilardell) y en las que hemos visto juegan un papel importante la colangitis latente de dichas colecistitis.

Las constataciones de los anatomo-patólogos (Benson) sobre las dilataciones coledócicas de los colecistectomizados no han sido comprobadas «in vivo» por Kehr, Mayo, Hicken en 1.400 colangiografías de postoperados. Tampoco Mirizzi con la colangiografía postoperatoria de sus primeros 1.000 casos, ni Mallet-Guy

con la manometría de los postoperados han podido comprobar dilataciones coledócicas ni aumentos de presión intracoledocal. Las esclero-odditis de Del Valle, en los postoperados eran ya existentes (disquinesias latentes) antes de la operación según Mirizzi. Este mismo autor al describir la patología del hepático, la considera anterior a la colecistectomía.

Las alteraciones del quimismo gástrico de los colecistectomizados ya estudiados por Hernando y Lössl en los enfermos vesiculares no sufren variación alguna con la operación, aunque Mogenha ha encontrado algunas variaciones no regulares en los colecistectomizados.

Las duodenitis y yeyunitis atribuidas al flujo biliar continuo en los colecistectomizados por Pribram tienen su expresión clínica en los frecuentes despeños diarreicos de algunos operados, a veces molestos por su prolongada insistencia.

Las hipotonías y parálisis del Oddi observadas por Kalk en el 72 % de los colecistectomizados no escapan a la posibilidad de poder ser incluidas entre las disquinesias latentes observadas por nosotros en los colecistíticos.

Arias Vallejo al estudiar las disquinesias biliares de postoperados cree en la posibilidad de que éstas ya existieron antes de la operación, lo que corrobora nuestra manera de ver al describir las disquinesias latentes.

Al desaparecer con la exéresis vesicular la vía inicial del arco vesícula-esfínter se establecen una condiciones de inestabilidad funcional por quedar ausente uno de los vectores del relajamiento-contracción del Oddi (vesícula ausente) pudiendo desencadenar un síndrome doloroso en un todo parecido al existente en presencia de la vesícula enferma. Esta inestabilidad esfinteriana puede ser calificada como disquinesia de adaptación, lo que explicaría el que Scheila Sherlock haga sinónimas las disquinesias biliares del síndrome postcolecistectomía y Spell-

berg considere a dichas disquinesias postoperatorias de un mayor relieve que las formas primarias, según él, de menos importancia.

Por lo tanto, al enjuiciar el problema de las consecuencias de la colecistectomía en vesícula enferma (habitada o no) hemos de descartar a priori todas las llamadas secuelas que no fueron sino consecuencia de errores diagnósticos o errores quirúrgicos (cálculos olvidados en vías biliares, adherencias y estrecheces postoperatorias, pancreatitis ya existentes antes de la operación). Además hemos de segregar de este estudio o de la nomenclatura del síndrome postcolecistectomía todos aquellos estados de simultaneidad de enfermedades que evolucionando por sí, después de la colecistectomía nada tienen que ver con los efectos de su extirpación (nefrolitiasis, hernia hiatal, úlcus duodenal, diverticulosis, colopatías, enteritis y radiculitis por enfermedades vertebrales, etc.). Gran número de trabajos médicos engloban voluntariamente todos aquellos síndromes dolorosos postcolecistectomías ya sean debidos a enfermedades concomitantes o del mismo sistema vesículo-biliar ya existente antes de la recaída (Carro, Mogenha, Casas, etc.) apartándose de la definición de Pribram en la que se refiere exclusivamente al síndrome por ausencia de vesícula (seguida por los cirujanos Martín-Lagos, Pi-Figueras, etc.). Las disquinesias latentes despertadas por la colecistectomía quedarían cabalgando entre los dos grupos, ya que si bien su empeoramiento es debido a la intervención, constituía una enfermedad existente antes de la misma.

En resumen, nuestro concepto de síndrome postcolecistectomía quedaría reducido a aquellas consecuencias fisiopatológicas de ausencia del órgano vesicular y de sus funciones (concentración, eliminación específica alimentaria, acción laxante, acción digestiva coenzimática del «colecismón» de Pribram sobre las grasas), a las alteraciones sobre la mucosa

duodenal yeyunal (duodeno-yeyunitis por flujo biliar continuado) y sobre todo a la inestabilidad funcional del esfínter de Oddi, con espasmos a veces o, con mayor frecuencia, las atonías esfínterianas.

El caso que hemos presentado es muy parecido al presentado por Walter-Snell que después de un calvario de sufrimientos y 7 intervenciones condujeron al éxito sin que la necropsia pudiese explicar el síndrome de postcolecistectomía que en vida mortificó a la enferma. Sin embargo, la diferencia entre este caso y el nuestro está en que la vesícula extirpada era patológica (vesícula colesterósica típica). En nuestro concepto esta patología vesicular alteró desde un principio el mecanismo inervatorio del árbol biliar. La coledocoduodenostomía y las papilo-

tomías recidivantes han contribuído a crear en la enferma un clima de enfermedad que obligó a ser reintervenida practicando una resección gástrica de tipo Polya que a más de ser intempestiva tuvo la mala fortuna de hacer luego un síndrome del asa aferente que ha llegado a mejorar hasta casi su desaparición después de 4 años de la operación.

De ningún modo se puede inculpar en este caso la extirpación de la vesícula como responsable de la enfermedad actual que podemos incluir en el grupo de enfermedades ya existentes antes de la operación (disquinesia biliar) y agravada ya-trogénicamente por las intervenciones sucesivas que como en el caso de Walter-Snell no son resueltos por el médico ni por el cirujano.

#### SUMMARY

### Post - cholecystectomy Syndrom

The concept of post-cholecystectomy syndrom is analyzed at the lighth of a case which clinical history is recorded. The syndrom after the elimination of the clinical pictures which

erroneously have been assimilated to it, comprises a very few number of cases, its characteristics being delineated.