

Colecistectomía y sufrimientos postcolecistectomía *

Dres. J. A. VARELA LOPEZ y L. PERI

Una larga dedicación al estudio de lo que habitualmente se denomina sufrimientos postcolecistectomía, comenzada por uno de nosotros en 1951 (10), nos ha hecho ver la necesidad de buscar una mayor precisión en los conceptos sobre el tema, si queremos evitar una serie de errores que perduran a través del tiempo.

Tales errores tuvieron un doble origen. Por un lado la pretensión de circunscribir estos sufrimientos a un capítulo de la patología biliar, por otro la confusión que introdujeron en el problema una serie de equívocos cuyo análisis será objeto del presente trabajo.

En nuestro último trabajo sobre el tema, presentado en las Jornadas Rioplatenses de Gastroenterología realizadas en 1964 (11), *ampliábamos la definición incluyendo en ella en forma expresa todos los sufrimientos digestivos preexistentes a la operación* y algunos que, aunque nuevos en su expresión clínica, responden a una fisiopatología originada en causas anteriores a la colecistectomía.

Tal precisión ya quería poner en evidencia la equivocación que se comete al pretender limitar estos síntomas a los que se originan en una enfermedad biliar primaria. Para los pacientes carece de significado el que sus síntomas postcolecistectomía dependan de un diagnóstico y tratamiento incompleto de la enfermedad biliar o del desconocimiento de una afección extrabiliar concomitante.

El empecinamiento en mantener tal distinción trae como consecuencia que, por sobrevalorar lo biliar, se olvide o menosprecie otras enfermedades que mantienen sufrimientos después de la colecistectomía.

Por eso consideramos que el concepto de sufrimientos postcolecistectomía como capítulo de la patología biliar, sólo sirve para dificultar la profilaxis eficaz de *todos estos padecimientos*.

En cambio, una dilatada experiencia nos ha demostrado *la utilidad de encarar este capítulo de manera que abarque toda la patología que pueda expresarse clínicamente como sufrimiento de la encrucijada duodenobiliar*. Es decir, introducir en él la amplísima gama que va desde la neurosis y otras perturbaciones de la personalidad, hasta la patología orgánica regional.

Solamente así se podrán tener en cuenta por igual todos los aspectos de la enfermedad del paciente, única manera de lograr el restablecimiento integral de su salud.

Entraremos ahora al análisis de los equívocos que introducen confusión en el significado de los síntomas que persisten después de la colecistectomía.

Primer equívoco.

El primero de estos equívocos *se origina en los nombres que se usan para designarlos*.

Las denominaciones de secuelas, síndromes o sufrimientos postcolecistectomía implican graves fallas conceptuales.

Estas fallas emanan del sentido explícito o implícito de tres palabras presentes en ellos.

La primera es la palabra *secuela* que algunos autores siguen empleando con salvedades. Es incorrecta porque como veremos, las secuelas de la colecistectomía son poco frecuentes. Si el capítulo que nos ocupa careciera de otro contenido, debería desaparecer de los tratados por falta de importancia práctica.

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de octubre de 1967.

Más errónea todavía es la segunda palabra: *síndrome*. En efecto, los síntomas que pueden persistir después de la colecistectomía, son muy proteiformes y no configuran jamás un síndrome.

Finalmente tenemos el término *postcolecistectomía*. Figura en todas las denominaciones como punto de referencia aparentemente anodino. Sin embargo, es la palabra más peligrosa de todas, porque lleva implícita en forma menos aparente la idea de una relación entre los síntomas y la extirpación de la vesícula. Así con ella se insinúa en forma mucho más insidiosa la falsa noción de secuela.

Ya a principios de la década del cuarenta, Gray de la Clínica Mayo (3), alertaba contra este peligro, destacando que *los síntomas que aquejaban a estos enfermos persisten a pesar de la colecistectomía y no debido a ella*, y Carolí en 1951 (2) decía que *la colecistectomía es ineficaz porque se la exige que cure trastornos que no dependen directamente de las lesiones vesiculares*.

De todo lo dicho se desprende que ninguno de los nombres empleados habitualmente expresa correctamente el verdadero significado de la persistencia de síntomas después de la colecistectomía. Seguimos empleando el de sufrimientos postcolecistectomía a pesar de las salvedades que merece, porque es el menos malo de los usados universalmente.

Segundo equívoco.

Sustenta y concreta el primero y proviene de dos conceptos falsos.

El primero consiste en la creencia casi universal de que la extirpación de una vesícula funcionante, sobre todo si es alitiásica, va seguida en un porcentaje importante de casos, de secuelas biliares con traducción clínica.

Este concepto se originó en los estudios experimentales de Judd y Mann (5) de 1917. Estos autores parecieron demostrar que los conductos biliares extrahepáticos se dilatan después de la extirpación de la vesícula, si no se secciona el esfínter de Oddi en el momento de la operación. Tal conclusión fue desmentida por trabajos posteriores sucesivos.

En 1931 y 1938 Puestow (8) demostró en el perro y en el hombre que la colecistectomía va seguida de una pérdida del tono del esfínter de Oddi.

Hicken y col. en 1931 (4) y Quist en 1957 (7) comprobaron que la dilatación franca del hepatocolédoco, después de la colecistectomía, es un fenómeno patológico ligado a una afección orgánica del canal biliar.

Igual comprobación realizamos nosotros en 1965 (11) a través del estudio bien controlado de 35 casos de dilatación postoperatoria del hepatocolédoco.

Empero, todos estos trabajos nada pueden contra la experiencia de la mayoría de los cirujanos que creen comprobar un porcentaje mayor de malos resultados con las colecistectomías practicadas en pacientes que tienen una vesícula funcionante.

Sin embargo, esta es una de las tantas falsedades que se hace decir a las estadísticas cuando se realizan sin un análisis correcto de los hechos.

La verdad es muy diferente, lo que sucede es que *en los pacientes con vesículas funcionantes, litiásicas o no, se comete con mayor frecuencia un error al atribuir el sufrimiento del paciente a la afección vesicular*. En cambio, en los sujetos con vesículas muy enfermas, excluidas, el error también se comete, pero sólo en forma parcial y en una proporción menor de casos.

El segundo concepto falso también es frecuente. Atribuye un porcentaje superior de buenos resultados a la colecistectomía realizada en las colecistopatías litiásicas con respecto al que se obtiene en las alitiásicas. Carolí (2) dice a este respecto que lo que sucede es que el error de la indicación operatoria es más frecuente en las afecciones no litiásicas.

Sin embargo, en los casos con vesícula funcionante nuestra experiencia nos indica que las posibilidades de error se equilibran en ambas circunstancias y, en series no muy numerosas, la equivocación puede predominar en las colecistopatías litiásicas.

Así en la serie de 62 colecistectomizados estudiados por nosotros en el trabajo ya mencionado, 41 habían sido considerados antes de la intervención quirúrgica como afecciones limitadas a la vesícula. De ellas 35 eran litiásicas y 6 alitiásicas.

De las 35 litiásicas se obtuvo la cura definitiva de la enfermedad biliar solamente en 4 (11,5 %), en cambio de las 6 observaciones alitiásicas se obtuvo la cura total en 4 (66,6 %).

En 1960 Poilleux (6) también llamó la atención sobre la frecuencia de los malos resultados de las colecistectomías por litiasis vesiculares debido a un estudio incompleto de los pacientes.

Por todo lo que antecede, nosotros decíamos que *“el resultado de la colecistectomía no depende de la presencia o ausencia de cálculos en la vesícula, como tampoco de la importancia de sus lesiones anatómicas”*. En cambio, *el destino del paciente lo decide el conocimiento exacto de todos sus aspectos: personalidad, afecciones digestivas y extradigestivas concomitantes y conocimiento preciso del estado del hígado y del hepatocolédoco con atención especial a su zona esfinteriana.*

Cuando se agota el estudio en todas direcciones, el porcentaje de persistencia de síntomas postoperatorios se reduce a un mínimo con prescindencia de la naturaleza e importancia de la afección vesicular.

Tercer equívoco.

Proviene del paralelo que a menudo se establece inconscientemente con los sufrimientos postgastrectomía.

Sin embargo, la colecistectomía y la gastrectomía son dos operaciones completamente diferentes desde el punto de vista de las repercusiones que acarrearán.

Mientras que la duodenogastrectomía con gastroyeyunoanastomosis, tiene alrededor de un 20 % de secuelas, que en su expresión clínica van desde la simple molestia hasta una invalidez severa, la colecistectomía es una operación que prácticamente carece por sí misma de secuelas.

Las secuelas de la gastrectomía obligan a precisar muy bien sus indicaciones en cada enfermo y en cada enfermedad gastroduodenal, y explican la búsqueda actual de otros caminos quirúrgicos en afecciones como el úlcus duodenal con indicación operatoria. De ahí los replanteos de la vaguectomía con derivación o con resecciones parciales seguidas de restablecimiento de la continuidad normal del tubo digestivo.

En cambio, como ya dijimos, las verdaderas secuelas de la colecistectomía son una rareza. Por eso nadie plantea la necesidad de cambiarla por otro tipo de operación.

Para reafirmar el concepto es útil pasar revista a las *secuelas de la colecistectomía*.

Se pueden reducir a tres: una, mencionada por Pribam (7), consiste en la anulación transitoria de la función del esfínter de Oddi. Sería debido a la remoción de los plexos nerviosos durante la operación. Los trabajos ya mencionados de Puestow, así como los de Bergh, Sandblom e Ivy (1) y la observación personal de uno de nosotros publicada en 1952 (10) han probado la realidad de esta parálisis del esfínter terminal del colédoco.

Clínicamente se traduce en algunos colecistectomizados por una diarrea postoperatoria inmediata y persistente que desaparece paulatinamente. La mayoría de las veces no pasa de una molestia. Raramente adquiere importancia y sólo en casos excepcionales puede llevar a la muerte por desequilibrio hidroelectrolítico.

La *segunda secuela* es la angulación del duodeno en D₁ por adherencias al lecho vesicular. Las acodaduras que así se producen pueden originar obstrucciones mecánicas que dificultan la evacuación gástrica y que remedan en su expresión clínica un sufrimiento biliar paroxístico.

La peritonización cuidadosa del lecho vesicular, con o sin fijación del epiplón mayor para interponerlo entre la cara inferior del hígado y el antrodoodeno, hace que esta secuela se vea raramente. Cuando aparece es necesaria la reintervención para liberar las adherencias y suprimir las acodaduras. El diagnóstico de este proceso se realiza con seguridad durante el sondeo duodenal por la imposibilidad de franquear la angulación con la sonda semirrígida.

La *tercera secuela* sería el neuroma de amputación del muñón cístico. Esta entidad ha sido muy discutida, tanto en su frecuencia como en el papel que juega en la persistencia de síntomas. Personalmente no podemos referir ningún caso de sufrimiento en un colecistectomizado que pudiera atribuirse *con seguridad* a esta lesión.

Finalmente también se incluyen a veces entre las secuelas de la colecistectomía las

ligaduras o lesiones de la vía biliar principal. Sin embargo, no creemos que se pueda dar ese nombre a los problemas que se originan en fallas de la técnica operatoria.

En suma: dentro del conjunto de los procesos que originan síntomas después de la colecistectomía, *las secuelas de la operación ocupan un lugar muy secundario, debido a su baja incidencia, su significado dudoso o la poca importancia de sus manifestaciones clínicas.*

En cambio, *el lugar de primera fila lo ocupan afecciones que nada tienen que ver con la extirpación de la vesícula. Estas afecciones son anteriores a la operación y no se diagnosticaron en el momento oportuno debido al estudio incompleto pre y peroperatorio de los pacientes.*

Otras veces el diagnóstico de tales afecciones se hizo durante esos estudios, pero el médico o el cirujano las desestimaron por ignorar su verdadera trascendencia.

En resumen: si se quiere reducir la persistencia de sufrimientos después de la colecistectomía es necesario dejar de lado conceptos que sólo sirven para introducir confusión e impedir ver con claridad los hechos reales. Tales hechos son:

1º) Que la colecistectomía con vesícula funcionante o no, es una operación que no produce secuelas de importancia.

2º) Que la persistencia de síntomas después de la cirugía biliar se debe a un diagnóstico y tratamiento incompleto de la enfermedad que aquejaba al paciente.

3º) Que para poder realizar con éxito la profilaxis de tales síntomas es necesario hacer un estudio exhaustivo de todos los aspectos del supuesto paciente biliar.

4º) Que el tratamiento del auténtico enfermo biliar desborda muy a menudo la vía biliar secundaria e incluso la vía biliar principal, tanto en el aspecto médico como en el aspecto quirúrgico.

PROFILAXIS DE LA PERSISTENCIA DE SINTOMAS DESPUES DE LA COLECISTECTOMIA

De acuerdo a lo ya expuesto, para evitar la persistencia de síntomas después de la cirugía biliar, es necesario conocer las circunstancias que las originan. Estas circunstancias son las siguientes:

1º) La indicación equivocada de una colecistectomía.

2º) La colecistectomía justificada, pero insuficiente como terapéutica quirúrgica de la enfermedad biliar.

3º) Una operación adecuada para la enfermedad biliar que ignora otra afección que exige tratamiento quirúrgico.

4º) Intervención quirúrgica adecuada y omisión de un tratamiento médico necesario.

Consideramos necesario llamar la atención sobre la importancia que tienen para los numerales 1º y 4º las perturbaciones de la personalidad. Estas perturbaciones suministran un contingente numeroso de colecistectomías mal indicadas o de colecistectomías justificadas que tienen un mal resultado por desconocimiento de la patología síquica del paciente.

Los pacientes del primer grupo presentan cuadros biliares más o menos ruidosos con expresión puramente dolorosa lo más de las veces, dolorosa y febril en algunas ocasiones, nunca con ictericia. Son somatizaciones funcionales biliares, duodenales y duodenobiliares, creadas como defensa contra la angustia originada en problemáticas inconscientes.

Hay que meditar mucho antes de indicar una colecistectomía en un neurótico, solamente se justifica frente a una afección orgánica vesicular bien evidente. Pero aun así es necesario evitar la trampa de creer que la colecistectomía va a resolver la enfermedad existencial del paciente. Lo que sucederá inexorablemente es que ésta buscará expresarse por nuevas somatizaciones. Muchas historias lamentables de intervenciones biliares o gastroduodenobiliares reiteradas, que terminan en una verdadera invalidez o inclusive en la muerte, tienen este origen.

Sólo un tratamiento sicoterápico bien conducido, pre y postoperatorio, conducirá a la verdadera curación.

RESUMEN

1) Los autores encuentran útil encarar los sufrimientos postcolecistectomía como un capítulo amplio de la patología. Este capítulo comprendería toda enfermedad que se exprese clínicamente como un sufrimiento de la encrucijada duodenobiliar.

2) Se revisan las distintas denominaciones que se han propuesto para los síntomas que persisten después de la colecistectomía y se analiza la confusión conceptual que introducen en el tema algunos de los vocablos empleados en estas denominaciones.

3) Se deduce de los estudios de otros autores y de los propios:

a) Que la mayor proporción de malos resultados en las colecistectomías realizadas sobre vesículas funcionantes, se deben únicamente a la mayor frecuencia con que se atribuye erróneamente a ellas el sufrimiento del paciente a las colecistopatías. En las vesículas no funcionantes la proporción de este error es menor.

b) Que el porcentaje de buenos o malos resultados no depende tampoco de la presencia o ausencia de litiasis, sino del porcentaje de error en la indicación operatoria, que es mayor en las colecistopatías alitiásicas.

c) Que el destino del paciente lo decide el conocimiento exacto de todos los aspectos de su enfermedad.

4) Se demuestra que las verdaderas secuelas de la colecistectomía son una rareza y quedan reducidas a tres: la diarrea postoperatoria inmediata por atonía del esfínter de Oddi, el sufrimiento de hipocondrio derecho por acodadura duodenal debida a las adherencias al lecho vesicular y el sufrimiento originado en un neuroma de amputación.

5) Se resumen los errores terapéuticos que originan la persistencia de síntomas después de la cirugía biliar y se llama la atención sobre el papel importante que en ellos juega el desconocimiento de frecuentes perturbaciones neuróticas.

RÉSUMÉ

1) On déduit des études du signataire et d'autres auteurs:

a) Que la majeure proportion des mauvais résultats obtenus dans les cholécystectomies pratiqués sur des vésicules fonctionnant est due uniquement à l'attribution erronée, dans la majorité des cas, de la responsabilité de celles-ci sur les souffrances du patient à la cholecystopathie. Sur les vésicules non fonctionnant la proportion de ces erreurs est mineure.

b) Que le pourcentage de bons ou mauvais résultats ne dépend pas non plus de la présence ou de l'absence de lithiase, sinon du pourcentage d'erreur dans l'indication opératoire qui est majeure dans les cholecystopathies alithiasiques.

c) Que de destin du patient est conditionné à la connaissance exacte de tous les aspects de son infirmité.

2) On démontre que les véritables séquelles de la cholécystectomies sont rares et se réduisent à trois: la diarrhée post-opératoire immédiate par atonie du sphincter de Oddi; la souffrance de l'hypocrondre droit par ofrmation de coude duodénal du aux adhérences au lit vésiculaire et la souffrance due à un neurome d'amputation.

3) On résumé les erreure thérapeutiques qui ont leur origine en la persistance de symptômes après la chirurgie biliaire et on attire l'attention sur le rôle important que joue en elles la mécañnaissance des fréquentes perturbations névrosiques.

SUMMARY

1) Conditions arising as a result of cholecystectomies should be regarded as an important chapter in pathology, comprising every disease clinically manifest as an involvement of the doudeno-biliary junction.

2) A discussion is carried out of the various designations proposed for the symptoms persisting after the cholecystectomy and of the conceptual confusion caused by some of them.

3) From studies conducted by other authors and by ourselves it may be inferred that:

a) Most of the poor results of cholecystectomies on functioning gallbladders are due solely to the higher frequency of cases where they are erroneously blamed for the involvement. In non-functioning gall-bladders the frequency of such error is lower.

b) Neither does the percentage of good or poor results depend upon the presence or absence of gallstones but on the percentage of error in the indication of surgery, which is higher in cholecystopathies without stones.

c The patient's fate is closely dependant on a thorough understanding of every feature of the disease.

4 It has been demonstrated that the true sequelae of cholecystectomies are of rare occurrence and are confined to three factors namely, immediate post-operative diarrhea due to atony of Oddi's sphincter, high hypochondrium involvement owing to duodenal bend arising from gallbladder bed adhesions and the affliction originating in an amputation neuroma.

5 A survey is carried out of therapeutic errors resulting in the persistence of symptoms following gallbladder surgery, attention being drawn to the important role played by an insufficient understanding of frequent neurotic disorders.

BIBLIOGRAFIA

1. BERGH, J. S., SANDBLOM, PH. and IVY, A. C. Effects removal of the functioning gallbladder. *Surg. Gynec. and Obst.*, 62: 811, 1936.
2. CAROLÍ, J. Les vraies sequelles de la cholecystectomie. En: Cachera, R., Carolí, J. et Bolguert, M.: *Maladies du foie, des voies biliaires et du pancreas*. Ed. Paris. Flammarion, 1951, p. 1008-1015.
3. GREY, H. K. Síntomas consecutivos a la colecistectomía y a otras operaciones biliares. En: Walters, W. y Snell, A. M.: *Enfermedades de la vejiga biliar y los conductos biliares*. Ed. Barcelona. Salvat, 1944, p. 598-623.
4. HICHEN, H. F., Mc ALLISTER, A. J. and FRENZ, B. J. Does the removal of the gall-bladder produce functional changes of the sphincter of Oddi and the choledochus. *American Surgeon*, 17: 598, 1951.
5. JUDD, E. S. and MANN, F. C. The effect of removal of the gallbladder: an experimental study. *Surg. Gynec. and Obst.*, 24: 437, 1917.
6. POILLEUX, F. Le retentissement de la lithiase vésiculaire sur la voie biliaire principale. En: Albot, G. et Poilleux, F. *Lithiase du choledoque, lésions paralithiasiques du foie, du pancreas et de la voie biliaire principale*. Ed. Paris. Masson, 1960, p. 39-55.
7. PRIBRAM, B. O. C. Post-cholecystectomy syndromes. *J.A.M.A.* 142: 1262, 1950.
8. PUESTOW, C. B. *Arch. Surg.*, 23: 1013, 1931. *Surg. Gyn. and Obst.*, 67: 82, 1938.
9. QUIST, C. F. The influence of cholecystectomy on the normal common bile duct. *Acta Quirurg. Scandinav.*, 113: 30, 1957.
10. VARELA LÓPEZ, J. A. Le tubage duodenal et la novocaïne dans le diagnostic des souffrances post-cholecystectomie. *Arch. Mal. App. Dig.*, 41: 160, 1952.
11. VARELA LÓPEZ, J. A. y PERI, L. Algunos aspectos de los sufrimientos postcolecistectomía. *Prensa Méd. Argent.*, 52: 1971, 1965.