

Persistencia de síntomas en el postoperatorio de la colecistectomía laparoscópica por colelitiasis sintomática

C. Gutiérrez de la Peña, F. García Molina, R. Márquez Platero, E. Domínguez-Adame y J. Medina Díez*

*Jefe de Servicio. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital del Servicio Andaluz de Salud de Jerez de la Frontera.

Resumen

Introducción. En la colelitiasis sintomática, el objetivo de la colecistectomía laparoscópica es aliviar su sintomatología. No obstante, un tercio de los pacientes continuarán con síntomas al año de la intervención. Presentamos un estudio prospectivo para determinar qué síntomas preoperatorios son predictivos de un mal resultado postoperatorio.

Pacientes y método. Un total de 300 pacientes diagnosticados de colelitiasis han contestado, preoperatoriamente y al año de la operación, a un cuestionario donde estaban reflejados los síntomas atribuidos a la colelitiasis.

Resultados. El 26% de los enfermos continuaban con sintomatología al año de la intervención. La pirosis, el dolor constante de localización imprecisa en hemiabdomen superior, la distensión abdominal postprandial y las regurgitaciones fueron síntomas dispépticos con un valor estadístico significativo de mal resultado operatorio.

Conclusión. La indicación para la realización de una colecistectomía laparoscópica continúa sin estar bien definida. Los enfermos con predominio preoperatorio de síntomas dispépticos, especialmente la pirosis, son predictivos de un mal resultado postoperatorio.

Palabras clave: Vías biliares. Colelitiasis. Colecistectomía laparoscópica. Síndrome postcolectomía.

(Cir Esp 2001; 70: 187-190)

Correspondencia: Dr. C. Gutiérrez de la Peña.
Paraíso, edificio Rosaleda-2, 9.º A. 11405 Jerez de la Frontera.
Correo electrónico: carlosgutierrez@ctv.es

Aceptado para su publicación en junio de 2001.

PERSISTENCE OF SYMPTOMS IN THE POSTOPERATIVE PERIOD AFTER LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR SYMPTOMATIC CHOLELITHIASIS

Introduction. The aim of laparoscopic cholecystectomy in symptomatic cholelithiasis basically consists of alleviating the symptoms. Nevertheless, one third of patients will continue to experience symptoms 1 year after the intervention. We present a prospective study to identify which preoperative symptoms are predictive of a poor postoperative result.

Patients and method. Three hundred patients diagnosed with cholelithiasis were surveyed by questionnaire before and 1 year after the operation. The questionnaire listed symptoms attributed to cholelithiasis.

Results. One year after the operation, 26% of the patients continued to be symptomatic. Dyspeptic symptoms with a statistically significant rate of poor surgical outcome were pyrosis, non-specific pain in the upper abdomen, postprandial abdominal distension and regurgitation.

Conclusion. The indication for laparoscopic cholecystectomy remains poorly defined. The predominance of dyspeptic symptoms, especially pyrosis, in the preoperative period is predictive of a poor postoperative result.

Key words: Biliary tract. Cholelithiasis. Laparoscopic cholecystectomy. Postcholecystectomy syndrome.

Introducción

Desde su introducción en 1987, la colecistectomía laparoscópica ha devenido en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en un servicio de cirugía¹. Su indicación como tratamiento de la vesícula litiasica sintomática está ampliamente aceptada, y se asume que el dolor tipo cólico o constante en hemiabdomen superior

con exacerbaciones, irradiado habitualmente hacia la zona lumbar, y los síntomas englobados en el término dispepsia son secundarios a la litiasis biliar y, por tanto, factibles de ser curados por la colecistectomía laparoscópica².

No obstante, esta relación permanece incierta. Entre un 30 y un 40% de los pacientes colecistectomizados presentarán alguna sintomatología postoperatoria^{3,4}, frustrando las esperanzas de curación del paciente y originando un problema al cirujano generalmente de difícil solución.

El objetivo de nuestro estudio ha sido determinar qué síntomas preoperatorios son predictivos de persistencia postoperatoria y, por tanto, no aptos para ser curados por la colecistectomía laparoscópica.

Pacientes y método

Durante 3 años hemos realizado un estudio prospectivo a 325 pacientes diagnosticados ecográficamente de colelitiasis, con una vía biliar principal normal, y determinaciones bioquímicas (AST, ALT, bilirrubina total directa e indirecta, GGT, amilasa y fosfatases alcalinas) dentro de la normalidad.

En la entrevista preoperatoria, los pacientes completaron un cuestionario donde estaban reflejados como síntomas atribuibles a la litiasis biliar el dolor (tipo cólico o constante en hemiabdomen superior), náuseas, vómitos, intolerancia alimentaria, pirosis, distensión abdominal posprandial, regurgitaciones, estreñimiento o diarrea. Asimismo, se les preguntó si habían sufrido un episodio de ictericia o si habían tenido un ingreso hospitalario secundario a su patología biliar.

Todos los pacientes fueron sometidos a una colecistectomía laparoscópica con cuatro trócares, sin efectuarse colangiografía intraoperatoria. No hubo complicaciones intraoperatorias inherentes a la técnica quirúrgica.

A los 12 meses de la intervención los enfermos fueron citados a revisión, contestando nuevamente al cuestionario preoperatorio y realizándoseles un estudio analítico con los mismos parámetros preoperatorios. Cuando hubo sospecha de enfermedad residual de la vía biliar principal, se practicó un estudio ecográfico y una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

Como método estadístico, las variables fueron analizadas de forma apareada mediante el test de la χ^2 . Para el análisis multivariante se empleó el test de correlación de Pearson entre todas las variables y el método de regresión logística, considerando la persistencia de síntomas como variable dependiente y los síntomas preoperatorios como independientes. Se estimó que había existido significación estadística si el valor de $p < 0,05$.

Resultados

Se excluyó a 4 pacientes por presentar en el postoperatorio sintomatología y analítica sugestiva de coledocolitis residual, confirmada por ecografía y CPRE y tratada por papilotomía endoscópica, y 21 no acudieron a revisión postoperatoria, por lo que han sido apartados del análisis final. De los 300 enfermos objeto de este estudio, 246 eran mujeres y 54 varones, con una edad media de 52,3 años (límites, 25-85 años).

Ningún paciente había sufrido un episodio previo de ictericia, pancreatitis aguda o un ingreso hospitalario de origen biliar, ni había referido sintomatología de más de 6 meses de evolución antes de la intervención. Todos los enfermos presentaron dolor preoperatorio, descrito en el 60% de los casos de tipo cólico en hipocondrio derecho o epigastrio y en el 40% como dolor constante en hemiabdomen superior con leves exacerbaciones de localización imprecisa. Las náuseas (70%) y la pirosis (47%) fue-

TABLA 1. Prevalencia de la sintomatología pre y postoperatoria

Síntomas	Preoperatorio n (%)	Postoperatorio n (%)	p
Dolor	300 (100)	30 (10)	NS
Cólico	180 (60)	9 (3)	NS
Constante	120 (40)	21 (7)	0,0002
Náuseas	210 (70)	24 (8)	NS
Vómitos	123 (41)	6 (2)	NS
Intolerancia	135 (45)	36 (12)	NS
Pirosis	141 (47)	75 (25)	0,0000
Distensión	99 (33)	33 (11)	0,0001
Regurgitaciones	72 (24)	15 (5)	0,04
Estreñimiento	60 (20)	6 (2)	NS
Diarrea	36 (12)	6 (2)	NS

NS: no significativo.

TABLA 2. Correlación entre los síntomas preoperatorios y la persistencia de sintomatología

Síntomas	Error estándar	t de Student	p
Diarrea	0,1486	-0,98	NS
Distensión	0,1394	1,69	NS
Dolor cólico	0,1695	-0,28	NS
Dolor constante	0,1495	0,25	NS
Estreñimiento	0,3204	-0,18	NS
Pirosis	0,0778	7,05	0,0000
Intolerancia	0,2549	1,42	NS
Regurgitaciones	0,0909	-2,70	0,0082
Náuseas	0,1886	1,61	NS
Vómitos	0,1031	-0,30	NS

NS: no significativo.

ron los síntomas acompañantes más frecuentes.

En la revisión postoperatoria, 222 pacientes señalaron encontrarse asintomáticos y 78 continuaban con sintomatología. Un total de 30 pacientes presentaba dolor abdominal, nueve de tipo cólico y 21 de forma constante. A todos se les practicó ecografías que resultaron normales, y en los 9 casos de dolor de tipo cólico, previo consentimiento informado, una CPRE, sin hallazgos patológicos. Un total de 75 pacientes refería no haber mejorado de su pirosis, y en 33 persistía la distensión abdominal posprandial. Las determinaciones bioquímicas postoperatorias estuvieron siempre dentro de los límites de la normalidad.

Analizando estadísticamente los resultados, se observó que la existencia de distensión abdominal posprandial ($p = 0,0001$), pirosis ($p = 0,0000$), dolor constante en hemiabdomen superior ($p = 0,0002$) y regurgitaciones ($p = 0,04$) en el preoperatorio tuvo una relación estadística significativa con su presencia en postoperatorio (tabla 1). En el análisis multivariante, la pirosis preoperatoria ($p = 0,0000$) y las regurgitaciones ($p = 0,008$) fueron síntomas predictivos de persistencia postoperatoria (tabla 2). La distensión abdominal ($p = 0,0000$), la intolerancia alimentaria ($p = 0,005$), las regurgitaciones ($p = 0,03$) y el dolor en cualquiera de sus formas de presentación ($p = 0,0001$) estuvieron significativamente relacionadas con la presencia de pirosis postoperatoria (tabla 3).

El índice de curación, definido como la proporción de pacientes que teniendo un síntoma preoperatorio no lo poseen en el postoperatorio, de dolor, náuseas y vómitos

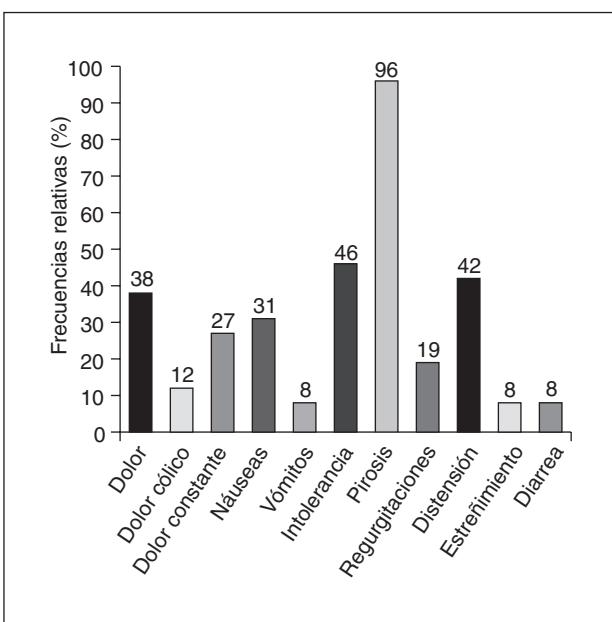


Fig. 1. Síntomas postoperatorios. Frecuencias relativas.

fue elevado (tabla 4), siendo los pacientes con pirosis preoperatoria los que tuvieron un menor índice de curación poscolecistectomía (46,8%).

Discusión

El propósito del cirujano al efectuar una colecistectomía laparoscópica en un paciente con litiasis biliar es liberarlo del dolor y los síntomas acompañantes atribuidos a su colelitiasis; sin embargo, aproximadamente un tercio de los enfermos continuarán con sintomatología un año después de su realización⁵.

Diversos estudios han puesto de manifiesto los efectos de la colecistectomía en la sintomatología preoperatoria, pero ninguno ha sido capaz de demostrar con certeza qué factores preoperatorios son predictivos de un mal resultado operatorio⁶. La persistencia del dolor postoperatorio en las series consultadas⁷ oscila entre el 9 y el 34%, persistencia que ha sido atribuida a una historia de larga evolución de dolor preoperatorio⁸, a un mal funcionamiento del esfínter de Oddi después de la colecistectomía⁹, a la atribución errónea a la colelitiasis del dolor preoperatorio¹⁰, al número de litiasis¹¹, al incremento del reflujo duodenogástrico¹², a la psicolabilidad del paciente¹³, e incluso se ha llegado a afirmar que los enfermos con dolor de escasa intensidad no deberían ser colecistectomizados¹⁴.

El efecto de la colecistectomía en los síntomas dispépticos continúa siendo ampliamente controvertido. Luman et al¹⁵ informaron que la distensión abdominal, la pirosis y el estreñimiento estaban asociados a un pobre resultado, mientras que Bates et al⁸ lo asociaron a la flatulencia y la prolongada evolución de los síntomas. McMahon et al¹⁶ no confirmaron esta asociación y Scriven et al¹⁷ y Ure et al¹⁸ fueron incapaces de identificar variables predictivas de mala evolución postoperatoria. La disparidad de

TABLA 3. Correlación entre pirosis postoperatoria y persistencia de síntomas

Síntomas	Error estándar	t de Student	p
Diarrea	0,2449	-0,97	NS
Distensión	0,1215	4,98	0,0000
Dolor cólico	0,2659	0,16	NS
Dolor constante	0,1697	0,81	NS
Dolor	0,1423	3,26	0,0001
Estreñimiento	0,3246	-1,25	NS
Intolerancia	0,1387	2,84	0,005
Náuseas	0,1707	0,78	NS
Regurgitaciones	0,1734	2,16	0,03
Vómitos	0,3243	0,91	NS

NS: no significativo.

TABLA 4. Prevalencia de los síntomas pre y postoperatorios. Índice de curación

Síntomas	Preoperatorio	Postoperatorio	Índice de curación (%)
Dolor	300	51	83
Cólico	120	13	89,1
Constante	180	38	78,8
Náuseas	225	39	82,6
Vómitos	130	8	93,8
Intolerancia	122	43	64,7
Pirosis	141	75	46,8
Distensión	103	31	69,9
Regurgitaciones	72	12	83,3
Estreñimiento	35	12	65,7
Diarrea	35	8	77,1

resultados obtenidos puede atribuirse a los diferentes métodos de evaluación, a preguntas en el cuestionario o bien a la dificultad de interpretar la abigarrada sintomatología que habitualmente refiere el paciente.

En nuestro estudio, el 26% de los pacientes continuaba con sintomatología al año de la intervención. En el 10% de los casos persistía el dolor, siempre con las mismas características preoperatorias, más frecuente de tipo constante y localización imprecisa, sin existir afección biliar que lo justificara. Ningún paciente con dolor como único síntoma preoperatorio presentó su persistencia en el postoperatorio. Es más, el dolor poscolecistectomía estuvo significativamente correlacionado con la continuidad de síntomas dispépticos, relación que no existió en la sintomatología preoperatoria.

La pirosis fue el síntoma dispéptico con menor índice de curación, y estuvo presente en el 96,1% de los pacientes con sintomatología postoperatoria. Fue, junto con la distensión abdominal y las regurgitaciones, un síntoma con valor predictivo de mal resultado operatorio. Aún no están aclaradas las dudas planteadas por algunos autores^{19,20} sobre si los pacientes con dolor poscolecistectomía son más sensibles a las molestias dispépticas o si los síntomas dispépticos son el origen del dolor postoperatorio, aunque la menor presencia del dolor (38,4%) en los enfermos con sintomatología postoperatoria nos hace inclinarnos por el segundo supuesto.

De acuerdo con el estudio del grupo de Mulgo¹⁴, creamos que las indicaciones para la realización de una colecistectomía no están bien definidas. Si bien el paciente con dolor tipo cólico y escasos o nulos síntomas dispépti-

cos presentará un elevado índice de curación con la colecistectomía laparoscópica²¹, aquellos enfermos con dolor abdominal de localización imprecisa y predominio de síntomas dispépticos, especialmente la pirosis, hacen prever un mal resultado postoperatorio.

La etiología de la continuidad de los síntomas es probablemente multifactorial, y futuros estudios deberían estar encaminados a esclarecerlos, lo que mejoraría la selección de los pacientes en la indicación de la colecistectomía laparoscópica, y como consecuencia los resultados obtenidos.

Bibliografía

1. Fresneda V, Fernández Cebrián JM, Capela I, Martínez E, Pérez de Oteyza J, Carda P et al. Análisis de los dos primeros años (1991-1993) de un protocolo de colecistectomía laparoscópica en 400 pacientes. *Cir Esp* 1994; 56: 202-207.
2. Diego Estévez M, Ferrer Riquelme R, Serrano Paz P, Molto Aguado M, Lacueva Gómez, García Peche P et al. Tratamiento de las colestosistopatías sintomáticas mediante cirugía laparoscópica. Análisis de 149 casos. *Cir Esp* 1996; 59: 395-398.
3. Lasson A. The postcholecystectomy syndrome: diagnostic and therapeutic strategy. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 897-902.
4. Thijss C, Knipschild P. Abdominal symptoms and food intolerance related to gallstones. *J Clin Gastroenterol* 1998; 27: 223-231.
5. Gui GP, Cheruvu CV, West N, Sivaniah K, Fiennes AG. Is cholecystectomy effective treatment for symptomatic gallstones? Clinical outcome after long-term follow-up. *Ann R Coll Surg Engl* 1998; 80: 25-32.
6. Jorgensen T, Stubbe Teglberg J, Wille-Jorgensen P, Bille T, Thorvaldsen P. Persisting pain after cholecystectomy. A prospective investigation. *Scand J Gastroenterol* 1991; 26: 124-128.
7. Fenster LF, Lonborg R, Thirlby RC, Traverso LW. What symptoms does cholecystectomy cure? Insights from an outcomes measurement project and review of the literature. *Am J Surg* 1995; 169: 533-538.
8. Bates T, Ebbs SR, Harrison M, A'Hern RP. Influence of cholecystectomy on symptoms. *Br J Surg* 1991; 78: 964-967.
9. Thune A, Saccone GTP, Scicchitano JP, Toouli J. Distension of the gallbladder inhibits sphincter of Oddi motility in humans. *Gut* 1991; 32: 690-693.
10. Ros E, Zambon D. Postcholecystectomy symptoms. A prospective study of gall stone patients before and two years after surgery. *Gut* 1987; 28: 1500-1504.
11. Juvonen T, Niemela O, Makela J, Kairaluoma MI. Characteristics of symptomatic gallbladder disease in patients with either solitary or multiple cholesterol gallstones. *Hepatogastroenterology* 1994; 41: 263-266.
12. Luján Mompean JA, Robles Campos R, Parrilla Paricio P, Liron Ruiz R, Torralba Martínez JA, Cifuentes Tebar J. Duodenogastric reflux in patients with Biliary lithiasis before and after cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 116-118.
13. Mühe E. Long-term follow-up after laparoscopic cholecystectomy. *Endoscopy* 1992; 24: 754-758.
14. Borly L, Bak Andersen I, Bardram E, Christensen E, Sehested A, Kehlet H et al. Preoperative prediction model of outcome after cholecystectomy for symptomatic gallstones. *Scand J Gastroenterol* 1999; 34: 1144-1152.
15. Luman W, Adams WH, Nixon SN, Maintry IM, Hamer-Hodges D, Wilson G et al. Incidence of persistent symptoms after laparoscopic cholecystectomy: a prospective study. *Gut* 1996; 39: 863-866.
16. McMahon AJ, Ross S, Baxter JN, Russell IT, Anderson JR, Morran CG et al. Symptomatic outcome 1 year after laparoscopic and mini-laparotomy cholecystectomy: a randomised trial. *Br J Surg* 1995; 82: 1378-1382.
17. Scriven MW, Burgess NA, Edwards EA, Morgan AR, Bundred NJ, Lewis MH. Cholecystectomy: a study of patient satisfaction. *J R Coll Surg Edinb* 1993; 38: 79-81.
18. Ure BM, Troidl H, Spangenberger W. Long-term results after laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg* 1995; 82: 267-270.
19. Middelfart HV, Kristensen JU, Laursen CN, Qvist N, Hojgaard L, Funch-Jensen P et al. Pain and dyspepsia after elective and acute cholecystectomy. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 10-14.
20. Weinert CR, Arnett D, Jacobs D, Kane RL. Relationship between persistence of abdominal symptoms and successful outcome after cholecystectomy. *Arch Intern Med* 2000; 160: 989-995.
21. Mjaland O, Hogevold HE, Buanes T. Standard preoperative assessment can improve outcome after cholecystectomy. *Eur J Surg* 2000; 166: 129-135.