

Síndrome postcolecistectomía en niños ¿realidad o mito?

N. Gallego Mellado, N. Albertos Mira-Marcelí, P. Deltell Colomer, M.E. Kuan Argüello, J. Mira Navarro, J. González Piñera

Hospital General Universitario de Alicante. Servicio de Cirugía Pediátrica.

RESUMEN

Introducción. El síndrome postcolecistectomía (SPC) está ampliamente definido y publicado en adultos, en cambio en la población pediátrica apenas hay artículos al respecto. Hasta un tercio de los adultos presentan síntomas dispépticos sin causa orgánica el primer año después de una colecistectomía. Nuestro objetivo es conocer la incidencia del SPC en nuestro medio.

Material y método. Se realizó un estudio observacional, recogiendo datos de los pacientes colecistectomizados por laparoscopia en nuestro hospital desde 2005. Se excluyeron pacientes diagnosticados de quiste de colédoco y atresia de vías biliares. Se recogieron los siguientes datos: tipo de síntomas dispépticos, visitas a consulta de forma programada y urgente en el primer año postquirúrgico y en los años sucesivos. Se realizó encuesta telefónica a los pacientes que no efectuaron ninguna visita.

Resultados. Se recogieron datos de 36 pacientes, de los cuales se excluyeron 3 pacientes por presentar causa orgánica. El diagnóstico más frecuente fue la colelitiasis idiopática (64,7%). Dieciséis pacientes (48,5%) presentaron síntomas en el primer año postquirúrgico, de los cuales 14 acudieron a consultas de forma programada y 6 urgente (2 precisaron ingreso). Los síntomas principales postquirúrgicos fueron el dolor abdominal (100%), náuseas (62,5%) y vómitos (50%). Tras el primer año (6 pacientes excluidos por seguimiento menor), solo 5 (18,5%) continuaron con los síntomas ($p=0,015$), 2 requirieron visita a consultas de forma programada y ninguna urgente.

Conclusión. Según nuestra muestra, el SPC en niños existe y mejora tras el primer año, por lo que es importante el seguimiento postquirúrgico de los mismos y solo realizar pruebas complementarias ante signos de causa orgánica.

PALABRAS CLAVE: Síndrome postcolecistectomía; Dispepsia; Niños.

POSTCHOLECYSTECTOMY SYNDROME IN CHILDREN, FACT OR FICTION?

ABSTRACT

Introduction. The postcholecystectomy syndrome (SPC) is broadly defined and published in adults, whereas in the pediatric population

Correspondencia: Dra Natalia Gallego Mellado. Resid. Bahía Golf. C/Isla de Lanzarote, 214. 03509 Finestrat (Alicante)
E-mail: natgallego@hotmail.com

Artículo presentado en el LIV Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Pediátrica. Alicante, 2015.

Recibido: Mayo 2015

Aceptado: Febrero 2017

are hardly any articles about it. Up to a third of adults have dyspeptic symptoms without organic cause the first year after cholecystectomy. Our goal is to determine the incidence of SPC in our population.

Methods. An observational study was performed, collecting data from patients who had been done laparoscopic cholecystectomy in our hospital since 2005. Patients diagnosed choledochal cyst and biliary atresia were excluded. The following data were collected: type of dyspeptic symptoms, scheduled office visits and emergency units in the first postoperative year and in the following. Children who did not make any visits, a telephone survey was conducted.

Results. Data from 36 patients, including 3 patients who were excluded for presenting organic cause, were collected. The most frequent diagnosis was idiopathic cholelithiasis (64,7%). Sixteen children (48,5%) had postoperative symptoms in the first year, of which 14 went to scheduled office visit and 6 emergent (2 required hospitalization). The main symptoms were abdominal postoperative pain (100%), nausea (62,5%) and vomiting (50%). After the first year (6 patients were excluded for less follow-up), only 5 patients (18,5%) continued to symptoms ($p=0,015$), 2 required visit to programmatically consultation and no one emergent.

Conclusion. In our sample, SPC in children exists and improves after the first year. So postoperative follow-up is an important fact, and only further tests must be done if signs of organic cause.

KEY WORDS: Postcholecystectomy syndrome; Dyspepsia; Children.

INTRODUCCIÓN

El síndrome postcolecistectomía (SPC) está ampliamente definido y publicado en adultos, sin embargo, solo hay dos estudios que evalúen su incidencia en niños. En el estudio de Della Corte y cols. se estima que la incidencia es de un 5%, al tiempo que hace mención del estudio de Wesdorp y cols. con un 47%^(1,2). La duración de los síntomas puede ser de 2 días a 25 años⁽³⁾. Es definido como una recurrencia de los síntomas, similares a los presentados antes de la colecistectomía⁽⁴⁾. El síntoma principal es el dolor abdominal, asociado o no a dispepsia, a menudo no relacionado con la vía biliar. Es más frecuente en mujeres que en hombres (43% vs 28%)⁽³⁾. Hay descritas muchas causas para explicar el SPC, tanto biliares como extrabiliares, recogidas en la Tabla I^(2,5).

Tabla I. Causas biliares y extrabiliares del SPC.

<i>Causas biliares</i>	<i>Causas pancreáticas</i>	<i>Otras causas GI</i>	<i>Causas extraintestinales</i>
Coledocolitiasis	Pancreatitis	ERGE	Alteraciones psiquiátricas
Estenosis biliar	Pseudoquiste pancreático	Alteraciones motoras esofágicas	Enfermedad coronaria
Remanente del cístico	Malignidad pancreática	Isquemia mesentérica	Neuritis intercostal
Disfunción del esfínter de Oddi	Páncreas <i>divisum</i>	Adherencias intraabdominales	Neuroma de la herida
Papilitis estenosante		Malignidad intestinal	Alteraciones neurológicas
Malignidad		Síndrome intestino irritable	Síndromes dolorosos no filiaados
Coledococele		Hepatitis	
Duplicación de la vesícula biliar		Reflujo duodenogástrico	
Remanente de la vesícula		Diverticulitis	
Ascaris biliares			
Ligadura de la vía biliar			
Lesión del conducto biliar			
Fuga biliar			

Aunque si bien es cierto que en un alto porcentaje de casos no se llega a un diagnóstico y tienden a mejorar tras el primer año postquirúrgico⁽⁶⁾.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la incidencia del SPC en nuestro Servicio de Cirugía Pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y observacional, durante un período de 10 años, que incluía a todos los pacientes colecistectomizados entre enero 2005 y diciembre 2014 en nuestro Servicio. Se recogieron las características demográficas de cada niño de nuestra muestra. De cada paciente se realizó una búsqueda en los programas informáticos de atención ambulatoria y hospitalaria (Abucasis®, MIZAR®) para conocer todas las visitas realizadas en las que el paciente presentara dolor abdominal o síntomas dispépticos. Además, mediante entrevista telefónica con los padres de los niños que no habían tenido visitas a consultas o Urgencias, se interrogó sobre si el paciente había presentado alguno de los síntomas de forma crónica recogidos en la Tabla II durante el primer año postquirúrgico y tras el primer año.

Se analizaron los resultados empleando el estadístico Chi-Cuadrado para la comparación de proporciones. Los resultados fueron analizados con el SPSS para Windows versión 18.0.

RESULTADOS

Se estudiaron 36 pacientes, tras excluir a los pacientes diagnosticados de atresia de vías biliares y quiste de colédoco. En nuestra muestra 20 casos eran de sexo masculino (55,6%). El rango de edad era de 4-17 años con una media de 10,7 años. A todos los pacientes se les intervino, realizándose una cole-

Tabla II. Síntomas gastrointestinales preguntados en la entrevista.

<i>Síntomas dispépticos</i>
1. Dolor abdominal
2. Flatulencia
3. Distensión abdominal
4. Náuseas
5. Vómitos
6. Pérdida de apetito
7. Restricción de alimentos
8. Diarrea

cistectomía mediante laparoscopia. En cuanto al diagnóstico inicial que indicó la colecistectomía, en 24 pacientes (66,7%) fue colelitiasis idiopática, en 8 (22,2%) esferocitosis, 1 caso de colecistitis alitiásica, un paciente con protoporfiria, 1 paciente con síndrome de Gilbert y un paciente con inmunodeficiencia congénita grave por sospecha de reservorio de *Campylobacter jejuni* (Fig. 1).

Tras la revisión de las historias clínicas se excluyeron a 3 pacientes de los resultados finales, ya que habían presentado multitud de visitas en atención primaria, Servicio de Urgencias y hospitalizaciones. Un paciente fue diagnosticado tras toma de biopsias endoscópicas de esofagitis crónica por reflujo gastroesofágico, otra paciente se encuentra actualmente en tratamiento psiquiátrico tras ser diagnosticada de anorexia nerviosa y depresión y el tercer paciente presentaba una inmunodeficiencia congénita con múltiples episodios de enteritis y colitis, que ocasionaban síntomas gastrointestinales graves. De los pacientes restantes, ninguno presentó complicaciones postquirúrgicas, ni se encontró otra causa biliar o extrabi-

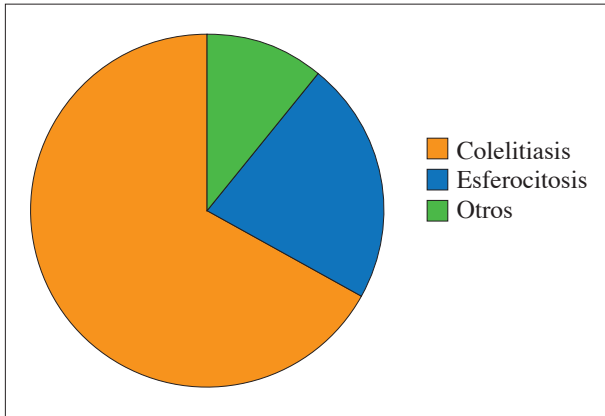


Figura 1. Distribución de las frecuencias por diagnóstico inicial.

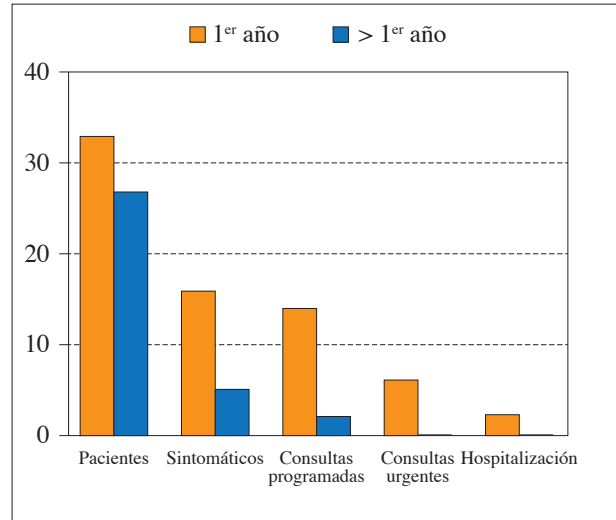


Figura 2. Distribución de pacientes que presentaron síntomas y requirieron asistencia médica en el primer año y en los sucesivos.

liar que explicara los síntomas descritos. Solo se realizaron pruebas diagnósticas postoperatorias en 3 pacientes, en los cuales, los síntomas impedían la realización de sus actividades diarias. En dos de ellos se realizó analítica sanguínea completa y ecografía abdominal, resultando normales. El tercer paciente requirió analíticas sanguíneas, ecografía abdominal, tránsito gastrointestinal y endoscopia digestiva alta y toma de biopsias, sin encontrar causa para su sintomatología.

En el primer año postquirúrgico se tomaron datos de 33 pacientes, de los cuales 16 niños (48,5%) habían presentado algún síntoma de la tabla II, dentro de este grupo, 14 (42,4%) acudieron a consulta de atención primaria o especializada de forma programada (7 niños presentaron una visita, 3 pacientes dos visitas, 3 pacientes 4 visitas y 1 paciente 6 visitas; con una media de 2,2 visitas); 6 pacientes (18,2%) también precisaron atención en Urgencias y 2 (6%) requirieron hospitalización (Fig. 2).

En cuanto a la distribución de los síntomas, el 100% presentó dolor abdominal, el 62,5% náuseas, el 50% vómitos, el 12,5% distensión abdominal, restricción de algunos alimentos y diarrea y, por último, el 6,25% pérdida de apetito (Fig. 3).

Tras el primer año postquirúrgico, tomamos datos de 27 pacientes que habían tenido un seguimiento mayor a un año después de la colecistectomía laparoscópica. En este grupo solo 5 pacientes (18,5%) continuaron con síntomas, de los cuales solo 2 niños (7,4%) habían acudido a consultas de forma programada (1 paciente realizó una visita y otro paciente 5 visitas) y ninguno precisó asistencia urgente (Fig. 2). El síntoma más frecuente siguió siendo el dolor abdominal (100%), después las náuseas (80%), vómitos y diarrea en el 40%; y el 20% restricción de algún alimento (Fig. 3). Ningún paciente precisó pruebas complementarias, ya que en ningún paciente los síntomas afectaban a su calidad de vida ni impresionaban de gravedad.

Si analizamos la incidencia del SPC en el primer año postquirúrgico y después del primer año (48,5% vs 18,5%, $p=0,015$) vemos que hay diferencias estadísticamente significativas, que rechazan que la presencia de síntomas relacio-

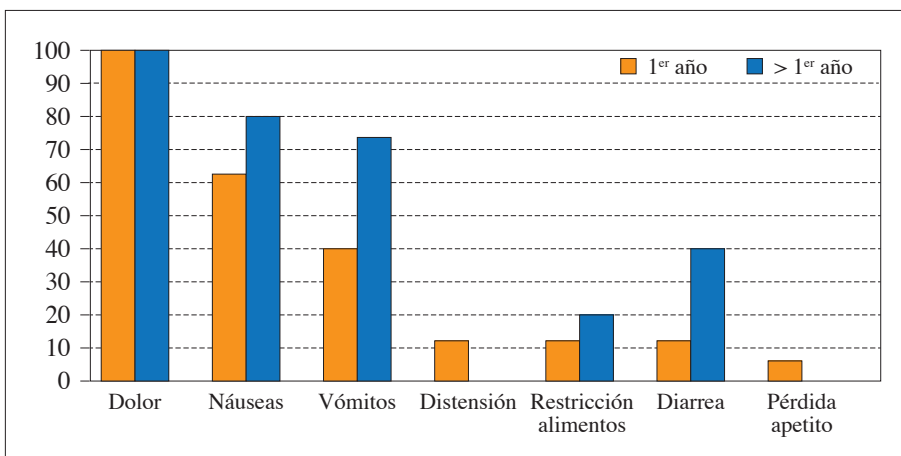


Figura 3. Distribución de frecuencia de síntomas en el primer año y posteriores.

nados con el SPC se distribuyan a igual proporción entre el 1^{er} y 2^o año. Por tanto, podemos afirmar que el SPC sin causa definida mejora tras el primer año de la colecistectomía.

DISCUSIÓN

La colecistectomía laparoscópica es una técnica frecuente realizada en adultos por la alta prevalencia de colelitiasis (15-20%), en cambio en la población pediátrica la prevalencia de colelitiasis es del 0,13-1,9%; aunque se está agravando por el aumento de la obesidad y los cambios en la dieta⁽⁷⁾. Otros estudios explican este incremento, por la realización de más ecografías abdominales en niños⁽¹⁾. En nuestra población el diagnóstico principal que indicó la cirugía fue la colelitiasis idiopática (66,7%), de los cuales, más del 80% estaban sintomáticos. Se decidió la intervención quirúrgica en los pacientes asintomáticos que presentaban litiasis múltiples y sin mejoría tras un periodo superior a un año. Sin embargo, en los niños hay otros factores que inducen la formación de litiasis biliares: condiciones temporales como sepsis, antibióticos, nutrición parenteral total, inmovilización y otras permanentes, como enfermedades hemolíticas, intestino corto, hereditarias...⁽⁶⁾.

La realización de una colecistectomía conlleva una serie de cambios fisiológicos, que podrían explicar los síntomas del SPC, se alteran los reflejos colecistoesofágico, colecistoantrales y colecistoesfinteriano (esfínter de Oddi), las hormonas gastrointestinales locales y aumenta la incidencia de gastritis, reflujo gastroesofágico y duodenogástrico alcalino^(3,8). Aunque también hay numerosas causas extrabiliares que explicarían este síndrome, lo sospecharemos cuando el paciente refiera los síntomas con las mismas características que sufría antes de la cirugía; por lo que es probable, que la sintomatología fuera atribuible incorrectamente a una causa biliar. Dentro de las causas biliares, la coledocolitiasis sería la entidad más frecuente y se estima que el 1-2% de todas las colecistectomías laparoscópicas sin colangiografía en adultos lo presentan. Si ocurren en los dos primeros años se denominarían litiasis “retenidas” y si ocurren después, “recurrentes”. La fuga biliar y la lesión del conducto biliar sería la complicación postquirúrgica más frecuente con una incidencia de 0,1-0,5% en la técnica laparoscópica y suele ocurrir en las primeras 3 semanas. Otra causa biliar infrecuente serían anomalías del remanente del conducto cístico: litiasis, neuromas, granulomas...⁽²⁾. Se cree que dejar un cístico >1 cm causaría complicaciones⁽³⁾ y la ecografía sería una prueba con una sensibilidad muy baja (27%), teniendo que recurrir a la colangiorresonancia magnética (CRMN)⁽⁹⁾ y el único tratamiento eficaz sería la resección del mismo⁽¹⁰⁾. La disfunción del esfínter de Oddi, también denominada disquinesia biliar⁽⁵⁾, es una entidad que se estima relativamente frecuente, hasta el 29% de las colecistectomías presentan algún grado de disfunción; pero es una entidad de difícil diagnóstico, ya que requiere manometría biliar para ello⁽²⁾.

En el seguimiento y tratamiento del SPC, en las 3 primeras semanas postquirúrgicas, si hay sospecha de complicación derivada de la cirugía se debe realizar ecografía abdominal y analítica sanguínea que incluya hemograma completo, fosfatasa alcalina y bilirrubina⁽²⁾. Si hay presencia de dilatación de la vía biliar (>10 mm) y aumento de la bilirrubina sérica, sin visualización de litiasis, estaría indicado realizar una CRMN y si se visualiza la litiasis en la vía biliar, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)⁽⁴⁾.

Presentamos uno de los pocos estudios que evalúan la incidencia de SPC en el niño. Si tomamos a los 3 pacientes excluidos de los resultados como SPC de causa extrabiliar, es decir, que sus síntomas antes de la colecistectomía fueran motivados por otro diagnóstico pasado por alto, nuestra incidencia de SPC en el primer año postquirúrgico es del 52,78%. Sería un dato ligeramente más alto que el descrito para adultos que se estima de hasta un 47%⁽²⁾.

Según nuestros resultados, el SPC sin causa filiada presenta una mejoría tras el primer año postquirúrgico, hallando una diferencia estadísticamente significativa entre el primer año y los posteriores, 48,5% frente al 18,5% ($p=0,015$). Esto podría hacernos pensar que el SPC es debido a los cambios fisiológicos y hormonales gastrointestinales tras la colecistectomía y que pasado un tiempo de evolución, el organismo se habitúa a ellos o vuelven al funcionamiento basal.

Nuestro estudio tiene una serie de limitaciones por el diseño del mismo y el tipo de variables estudiadas. La evaluación de los síntomas es muy subjetiva, ya que la mayoría de los niños presentan síntomas dispépticos durante su infancia. Y al ser un estudio retrospectivo, el estudio presenta sesgos de información que tenderían a subestimar los resultados hallados, ya que en los casos más antiguos puede haber un sesgo de memoria al no recordar si hubo síntomas.

Podemos concluir que según nuestra muestra, el SPC en niños existe y en los que no presentan una causa aparente mejora tras el primer año. Por lo que es importante el seguimiento postquirúrgico de los pacientes colecistectomizados y solo realizar pruebas complementarias ante la sospecha de complicaciones postquirúrgicas u otra causa que motivara los síntomas y no se hubiera diagnosticado antes de la colecistectomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Della Corte C, Falchetti D, Nebbia G, Calacoci M, Pastore M, Francavilla R, et al. Management of cholelithiasis in Italian children: A national multicenter study. *World J Gastroenterol.* 2008; 14: 1383-8.
2. Schofer J. Biliary causes of postcholecystectomy syndrome. *J Emerg Med.* 2007; 39: 406-10.
3. Jaunoo SS, Mohandas S, Almond LM. Postcholecystectomy syndrome (PCS). *Int J Surg.* 2010; 8: 15-7.
4. Terhaar OA, Abbas S, Thornton FJ, Duke D, O'Kelly P, Abdullah K, et al. Imaging patients with “post-cholecystectomy syndrome”: an algorithmic approach. *Clin Radiol.* 2005; 60: 78-84.

5. Girometti R, Brondani G, Cereser L, Como G, Del Pin M, Bazzocchi M, et al. Post-cholecystectomy syndrome: spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. *Br J Radiol.* 2010; 83: 351-61.
6. Ure BM, Jesch NK, Nustede R. Postcholecystectomy Syndrome with Special Regard to Children- A Review. *Eur J Pediatr Surg.* 2004; 14: 221-2.
7. Svensson J, Makin E. Gallstone disease in children. *Semin Pediatr Surg.* 2012; 21: 255-65.
8. Csendes A, Csendes P, Rojas J, Sanchez M. Clinical status of patients subjected to cholecystectomy ten years ago. *Rev Med Chile.* 2000; 128: 1309-12.
9. Macaron C, Qadeer M, Vargo J. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy. *Cleve Clin J Med.* 2011; 78: 171-8.
10. Sadowitz B, Azer W, Neulander O. A dilated cystic duct stump as a cause of postcholecystectomy syndrome. *Am Surg.* 2011; 77: E67-8.
11. Bisgaard T, Rosenberg J, Kehlet H. From acute to chronic pain after laparoscopic cholecystectomy: a prospective follow-up analysis. *Scand J Gastroenterol.* 2005; 40: 1358-64.
12. McClure C, Gausche-Hill M, Ngai S. Cholelithiasis and its complications in children and adolescents: update and case discussion. *Pediatr Emerg Care.* 2012; 28: 68-79.
13. Comstock D. Dealing with postcholecystectomy syndrome. *Nursing.* 2008; 38: 17-19.