



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado
Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**Manifestaciones clínicas post-colecistectomía en el
Hospital de Emergencias Grau-EsSalud, 2004-2006**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Gastroenterología

AUTOR

Luis Alejandro JARA MEJÍA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Jara L. Manifestaciones clínicas post-colecistectomía en el Hospital de Emergencias Grau-EsSalud, 2004-2006 [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2007.

AGRADECIMIENTO

A MI FAMILIA, DOCENTES Y AMIGOS

ÍNDICE

	Página
LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS	IV
RESUMEN	X
INTRODUCCIÓN	XI
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 BASES TEÓRICAS	
1.1.1 LITIASIS BILIAR: EPIDEMIOLOGÍA, PATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO	1
1.1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS POST-COLECISTECTOMÍA	2
1.2 ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES	4
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
2.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL	5
2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	5
2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	6
2.4 JUSTIFICACIÓN Y TRASCENDENCIA DEL ESTUDIO	6
2.5 OBJETIVOS	7
2.6 HIPÓTESIS	7
2.7 VARIABLES DE ESTUDIO	7
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN	8
3.2 POBLACIÓN	8
3.3 MUESTRA	9
3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	10
3.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	10
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	11
CAPITULO V: DISCUSIÓN	53
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
BIBLIOGRAFÍA	58
ANEXOS	61

LISTA DE TABLAS Y GRÁFICOS

TABLAS	Página
TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR EDAD Y SEXO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	11
TABLA N° 2: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	13
TABLA N° 3: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	16
TABLA N° 4: TIPO DE COLECISTECTOMÍA Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	19
TABLA N° 5: TIPO DE COLECISTECTOMÍA Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	21
TABLA N° 6: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	23
TABLA N° 7: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	25

TABLA N° 8: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	27
TABLA N° 9: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	32
TABLA N° 10: CONSOLIDADO COMPARATIVO ENTRE TIPO DE SÍNTOMAS Y NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	37
TABLA N° 11: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	41
TABLA N° 12: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	44
TABLA N° 13: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	47
TABLA N° 14: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE PATOLOGÍA EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.	50

GRÁFICOS	Página
GRÁFICO N° 1A: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR EDAD. H.E.G. 2004-2006.	12
GRÁFICO N° 1B: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR SEXO. H.E.G. 2004-2006.	12
GRÁFICO N° 2A: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	14
GRÁFICO N° 2B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	15
GRÁFICO N° 3A: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006	17
GRÁFICO N° 3B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	18
GRÁFICO N° 4A: TIPO DE COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	20
GRÁFICO N° 4B: HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	20

GRÁFICO N° 5A: TIPO DE COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	22
GRÁFICO N° 5B: HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	22
GRÁFICO N° 6A: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN MESES Y EN AÑOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	24
GRÁFICO N° 6B: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN GRUPO DE AÑOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	24
GRÁFICO N° 7A: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN MESES Y EN AÑOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	26
GRÁFICO N° 7B: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN GRUPO DE AÑOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	26
GRÁFICO N° 8A: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	28
GRÁFICO N° 8B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	29

GRÁFICO N° 8C: COMPARATIVO ENTRE SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	30
GRÁFICO N° 8D: COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	31
GRÁFICO N° 9A: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	33
GRÁFICO N° 9B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	34
GRÁFICO N° 9C: COMPARATIVO ENTRE SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	35
GRÁFICO N° 9D: COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	36
GRÁFICO N° 10A: CONSOLIDADO COMPARATIVO ENTRE SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA. H.E.G. 2004-2006.	38
GRÁFICO N° 10B: CONSOLIDADO COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA. H.E.G. 2004-2006.	39

GRÁFICO N° 11A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	42
GRÁFICO N° 11B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.	43
GRÁFICO N° 12A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	45
GRÁFICO N° 12B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.	46
GRÁFICO N° 13A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS. H.E.G. 2004-2006.	48
GRÁFICO N° 13B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS. H.E.G. 2004-2006.	49
GRÁFICO N° 14A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE PATOLOGÍA EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS. H.E.G. 2004-2006.	51
GRÁFICO N° 14B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE PATOLOGÍA EN PACIENTES POST- COLECISTECTOMIZADOS. H.E.G. 2004-2006.	52

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal en 200 pacientes con síntomas post-colecistectomía con el objeto de evaluar la influencia de la colecistectomía en la presentación de estos síntomas. El estudio comprendió a 158 pacientes del sexo femenino y 42 pacientes del sexo masculino, con una relación de sexo femenino/masculino de 3.8/1.

El número de pacientes con síntomas post-colecistectomía se incrementa con la edad, siguiendo una presentación similar a la prevalencia de la litiasis biliar, si bien los pacientes más jóvenes tienden a ser polisintomáticos, mientras la sintomatología disminuye a partir de los 50 años.

Los síntomas predominantes pre-colecistectomía fueron el dolor en hipocondrio derecho y el meteorismo. El promedio de síntomas fue de 2 por paciente.

El tipo de colecistectomía fue laparoscópica en el 90% de casos. No hubo influencia entre el tipo de colecistectomía y la aparición de síntomas post-colecistectomía, dado que el tipo de sintomatología fue similar en ambos grupos.

El período de aparición de los síntomas post-colecistectomía fue en el primer año de 70% de los pacientes y si sumamos el segundo año, esta cifra aumenta a un 90% de casos. Solo un 10% de pacientes manifiestan síntomas posteriores a los 2 años de la cirugía.

Los síntomas post-colecistectomía que predominaron fueron la acidez, meteorismo y cambios en el ritmo evacuatorio sobretodo disminución de la consistencia de las evacuaciones. El promedio de síntomas fue de 3 por paciente, lo que señala que hubo un incremento de síntomas post-colecistectomía en este grupo de pacientes por la aparición de síntomas diferentes a lo manifestado previo a la cirugía. Hay que tener en cuenta que en los criterios de inclusión consideramos a grupos de pacientes sintomáticos, dado que según la literatura el 80% de pacientes post-colecistectomía cursan asintomáticos.

Se encontró entre los diagnósticos post-colecistectomía cuadros de gastritis crónica y en un grupo de ellos gastritis alcalina, con la evidencia de reflujo biliar duodenogástrico. Asimismo trastornos funcionales digestivos asociado a diarreas episódicas.

Se concluye que los cambios fisiopatológicos post-colecistectomía por aumento de la circulación enterohepática pueden influir en la aparición de estos síntomas, pero debe evitarse usar el término síndrome post-colecistectomía dado que los síntomas y signos posteriores a la colecistectomía son debidos a múltiples causas, en muchos casos en relación a la patología original previa a la cirugía, ya sea biliar o extrabiliar.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar es una de las mayores causas de morbilidad a nivel mundial. Por lo menos el 10% de los adultos tiene litiasis. La prevalencia en el sexo femenino es 2 a 3 veces mayor que el sexo masculino, y esto se debe a la influencia del factor hormonal, lo que señala el rol que los estrógenos podrían tener en el aumento de la secreción de colesterol a la bilis en las mujeres más jóvenes (1).

Dada su alta prevalencia, la colecistectomía es la cirugía abdominal electiva más frecuente, por lo que en la práctica clínica encontraremos pacientes que teniendo antecedente de colecistectomía manifiestan diversos síntomas.

Los síntomas post-colecistectomía se dan en promedio según los diferentes reportes en 20% de los pacientes, el 80% restante alivia sus síntomas con la colecistectomía (2).

En la evaluación de grupos sintomáticos post-colecistectomía se identifican síntomas asociados a patología biliar o extrabiliar, por lo que ante un paciente que manifiesta síntomas post-colecistectomía debemos precisar si sus síntomas están en relación al antecedente de colecistectomía o si se trata de la evidencia de una patología subyacente, que produce que un grupo de pacientes continúen con síntomas posteriormente a la colecistectomía. Estos síntomas pueden ser pasajeros y leves que no conllevan muchas consecuencias, pero un grupo de estos pacientes pueden tener síntomas recurrentes persistentes o nuevos de mayor intensidad que requieran ser investigados (2) (3).

Es por eso importante identificar los síntomas post-colecistectomía que están en relación a los cambios fisiopatológicos que se producen por la ausencia de la vesícula, de manera de lograr una adecuada evaluación de estos pacientes a través de los exámenes diagnósticos que nos permiten establecer el diagnóstico de los síntomas que aquejan a estos pacientes.

Entendiendo los cambios fisiopatológicos que se producen post-colecistectomía podremos establecer una adecuada evaluación diagnóstica y por ende un adecuado manejo clínico de este tipo de pacientes.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 BASES TEÓRICAS

1.1.1 LITIASIS BILIAR: EPIDEMIOLOGÍA, PATOGENIA Y FACTORES DE RIESGO

A nivel nacional y mundial la colelitiasis es una de las mayores causas de morbilidad. De 10-15% de la población adulta tiene colelitiasis, lo que varía según la edad, sexo y raza (4). Entre los factores de riesgo para desarrollar cálculos de colesterol están: sexo femenino (por aumento de la secreción de colesterol hacia la bilis y aumento del tiempo del tránsito intestinal), mayor edad (por aumento de la secreción de colesterol hacia la bilis y disminución de la síntesis de ácidos biliares), obesidad, hipercolesterolemia (por hipersecreción de colesterol hacia la bilis y aumento de la síntesis de colesterol por el incremento de la actividad de HMG-CoA reductasa), tratamiento con medicamentos que contienen estrógeno (hipersecreción de colesterol hacia la bilis), pérdida rápida de peso (hipersecreción de colesterol hacia la bilis, reducción de la síntesis de ácidos biliares e hipomotilidad vesicular), diabetes (por hipertrigliceridemia, obesidad e hipomotilidad vesicular), enfermedades del íleon terminal (por hiposecreción de sales biliares provocada por la disminución del pool de ácidos biliares), y embarazo (por hipomotilidad vesicular).

Los trastornos que conducen a la destrucción de los glóbulos rojos, tales como la anemia falciforme y cirrosis hepática (por hemólisis crónica por hiperesplenismo) se relacionan con el desarrollo de cálculos pigmentarios o de bilirrubina (1).

En cirrosis hepática otros factores patogénicos son éstasis biliar, espasmo del esfínter de Oddi y edema de la papila de Vater, por ingesta de alcohol abundante.

La ocurrencia de los cálculos biliares varía ampliamente entre los diferentes grupos étnicos. Los indios Pima y los hispanos presentan tasas altas de ocurrencia comparado con los asiáticos, quienes en general tienen una tasa muy baja (1) (4).

El sexo es un factor de riesgo notable para la formación de cálculos vesiculares, la mayoría de trabajos informan un riesgo 2 o 3 veces más alto en mujeres que en hombres. El aumento de la incidencia en las mujeres está presente hasta la quinta década, después de la cual las tasas de incidencia se vuelven similares en hombres y mujeres. Esta tendencia sugiere que los estrógenos tienen un papel importante en el aumento de la secreción de colesterol hacia la bilis en las mujeres más jóvenes (1).

1.1.2 MANIFESTACIONES CLÍNICAS POST-COLECISTECTOMÍA

La colecistectomía es el método de elección para el tratamiento de la litiasis biliar. Los pacientes con síntomas post-colecistectomía pueden tener síntomas nuevos o similares a los síntomas pre-quirúrgicos, pudiendo ser de presentación episódica o persistente, de intensidad leve, moderada a severa.

El síndrome post-colecistectomía se refiere a la aparición de síntomas abdominales a continuación de una colecistectomía. Este término citado ampliamente en la literatura médica es inexacto dado que abarca un amplio espectro de trastornos biliares y no biliares rara vez relacionado con la operación en sí (5).

Es por esto que el concepto de síndrome post-colecistectomía es anacrónico y debiera abandonarse, ya que por una parte, pueden ocurrir problemas directamente relacionados con la operación o con la patología original, como coledocolitiasis residual, pancreatitis, estenosis de la vía biliar, etc., todos con nombres propios y clara identificación (2) (5) (6).

Por otra parte síntomas funcionales diversos que se engloban dentro del concepto de intestino irritable están presentes en igual o mayor frecuencia en la población adulta no operada comparada con los colecistectomizados (7). Presencia de intolerancia a comida, diarrea, constipación, meteorismo abdominal con flatulencias, pirosis y regurgitación son síntomas importantes de este síndrome funcional y que no tiene ninguna relación con patología biliar ni con la colecistectomía (1) (5).

Sin embargo, la colecistectomía produce algunas alteraciones fisiopatológicas que han sido bien definidas. La colecistectomía acorta el tiempo de tránsito intestinal por aceleración del pasaje colónico, produciendo diarrea que puede presentarse precozmente y persistir por lo menos 4 años después de la operación (8). En las mujeres, la colecistectomía lleva a la percepción de menos estreñimiento y defecaciones ligeramente más frecuentes pero no muestra ningún cambio consistente en la función del intestino. Por lo cual, la diarrea no es un síntoma frecuente, ni severo y no es invalidante en estos pacientes (5).

La explicación patogénica para el desarrollo de cambios en el funcionamiento intestinal es que la ausencia del reservorio vesicular ocasiona una alteración en el metabolismo de los ácidos biliares (9) . Así, aumenta la concentración de ácido deoxicólico en las heces, que actúa como irritante en el recto y conduce a la sensación de urgencia defecatoria. Además, se postula un aumento de la secreción intestinal como consecuencia del efecto estimulante del ácido deoxicólico sobre el transporte hidroelectrolítico en el epitelio colónico humano.

También la colecistectomía aumenta el reflujo duodenogástrico (10), con aumento de la concentración de sales biliares en el estómago, produciendo síntomas en algunos pacientes, gastritis crónica en 50%, aparición de úlcera gástrica en 5% (5), sin cambios significativos en la secreción ácida y el vaciamiento gástrico. Hay metaplasia intestinal a nivel de la mucosa gástrica, es decir cambios de epitelio gástrico a epitelio intestinal, se encuentran las células caliciformes, algunas veces las glándulas gástricas son sustituidas por vellosidades y criptas intestinales. Estos cambios son debido al proceso inflamatorio, por lo general se observa en reflujo biliar post-colecistectomía (11). El diagnóstico de metaplasia intestinal es histopatológico, pero se puede asumir por imágenes endoscópicas (12) (13).

Puede ocurrir una alteración de la motilidad antroduodenal (14). Está asociado a un incremento del reflujo duodenogástrico, el cual es más marcado en pacientes sintomáticos. Hay una correlación positiva entre la severidad de los síntomas post-colecistectomía y los cambios en la concentración de sales biliares en la cavidad gástrica en períodos de ayuno, lo que sugiere que el reflujo duodenogástrico, que se presenta entre un 20-30% de pacientes colecistectomizados, tiene un rol significativo en la patogénesis de los síntomas post-colecistectomía. Sin embargo el reflujo duodenogástrico no siempre está asociado con síntomas aún cuando las concentraciones intragástricas de ácidos biliares son más altas en pacientes post-colecistectomizados que en sujetos controles (15).

Síntomas sugestivos de gastritis por reflujo como dolor epigástrico, náusea y vómito bilioso; hallazgos endoscópicos de gastritis crónica e histopatológicos de metaplasia intestinal sugieren que la colecistectomía puede afectar la mucosa gástrica debido al reflujo duodenogástrico. Puede usarse la citometría de flujo como un método objetivo para el descubrimiento y evaluación de gastritis por reflujo post-colecistectomía (13) (15) (16).

Aproximadamente el 60-80% de pacientes sometidos a colecistectomía pueden quedar asintomáticos (1). En el resto de pacientes, los síntomas más frecuentes son dispepsia, flatulencia y meteorismo, los cuales usualmente estaban presentes antes de la colecistectomía (1) (5). Sin embargo, un 5-10% de los pacientes pueden tener síntomas recurrentes persistentes o nuevos de tal severidad que requieren ser investigados. Los estudios diagnósticos tienen mucha más probabilidad de revelar una causa clara, tratable en estos últimos pacientes que en aquellos con síntomas más leves (1). En los que presentan síntomas severos como dolor abdominal severo, ictericia o emesis están asociados a patología biliar, pancreática o a complicaciones de la cirugía biliar (1) (2).

1.2 ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Se encuentra en la literatura nacional y mundial muchos trabajos sobre la colelitiasis, sus aspectos patogénicos, epidemiológicos y clínicos (1) (4) (7).

Actualmente en la literatura mundial hay controversia sobre el término síndrome post-colecistectomía, pero la mayoría está de acuerdo en que es un término inadecuado y que debe evitarse dado que los síntomas y signos posteriores a la colecistectomía son debidos a múltiples causas, en muchos casos en relación a la patología original previa a la cirugía sea biliar o extrabiliar, mientras que en otros casos está en relación a complicaciones propias del acto quirúrgico (3) (5) .

Sin embargo se describe en la literatura mundial las alteraciones fisiopatológicas que puede producir la colecistectomía (5), lo que puede dar síntomas relacionados al antecedente de colecistectomía. Estas alteraciones fisiopatológicas son sobretodo referidas a los cambios en la circulación enterohepática de la bilis lo que conlleva a un aumento de la excreción biliar colónica y a la presencia de reflujo biliar duodenogástrico que puede darse asociado a una alteración de la motilidad antroduodenal (10) (14).

Se reporta en la literatura nacional y mundial la efectividad de los procedimientos diagnósticos tanto radiológicos como endoscópicos para el diagnóstico etiológico de los síntomas post-colecistectomía tanto en la patología biliar y pancreática, como es la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) (3) (17) (18) y actualmente la colangiopancreatografía resonancia magnética (MRCP) (19).

También se encuentran trabajos comparativos entre la colecistectomía abierta y la colecistectomía laparoscópica, donde se menciona que la colecistectomía laparoscópica en la actualidad ha reemplazado a la cirugía abierta o tradicional como tratamiento de elección para la litiasis vesicular, por sus ventajas de menor dolor e incapacidad física y menor estancia hospitalaria; y a su vez es un procedimiento seguro que puede ser realizado por personal entrenado (20). Sin embargo ambos procedimientos son eficaces y hay poca diferencia en la morbilidad. Reportes en la literatura mencionan que no hay diferencias significativas entre ambas cirugías en la prevalencia de síntomas post-colecistectomía, en el seguimiento de pacientes meses después de la colecistectomía (20) (21).

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO SOCIAL

La investigación se hizo en la población asegurada a ESSALUD que fue evaluada a través del área de consulta externa y sala de procedimientos de endoscopia del Servicio de Gastroenterología y los Servicios de Emergencia y Hospitalización del Hospital de Emergencias Grau que tengan antecedente de colecistectomía.

La población adscrita a ESSALUD está asegurada por diversos motivos como son los trabajadores activos y su familia, los pensionistas y los independientes, siendo una población heterogénea que abarca todos los grupos étnicos.

El Hospital de Emergencias Grau es un Hospital de nivel III que tiene el mayor número de camas de emergencia a nivel nacional, por lo cual tiene una importante cobertura a nivel de la red de atención en Lima Metropolitana y dado las características de universalidad de la Seguridad Social también es un centro de referencia importante a nivel nacional.

2.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

ESPACIAL: El estudio se hizo en el área de consulta Externa y sala de procedimientos de endoscopia del Servicio de Gastroenterología, así como en los Servicios de Emergencia y Hospitalización del Hospital de Emergencias Grau.

TEMPORAL: Se evaluaron datos de pacientes con antecedente de colecistectomía en los años 2004-2006.

SOCIAL: Población asegurada adscrita al Hospital de Emergencias Grau y/o transferida a consulta externa o emergencia de otros centros hospitalarios a nivel nacional de ESSALUD.

2.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

NOMINAL: En la práctica clínica se encuentra muchos pacientes que teniendo antecedente de colecistectomía manifiestan síntomas digestivos.

A diferencia de la apendicectomía por apendicitis en el que el alivio de los síntomas es prácticamente del 100%, la exéresis de la vesícula biliar es seguido por alivio de los síntomas en aproximadamente el 60% en algunas series (22) (23) a 80% de los pacientes en otros reportes (2) (3) (24).

OPERATIVA: ¿Qué importancia clínica hay en pacientes que manifiestan síntomas post-colecistectomía?

En aproximadamente el 20% de pacientes colecistectomizados (2) (3) (24) y en otros reportes en una frecuencia que oscila de 10% (5) al 40% (22) (23), los síntomas que presentan pueden ser leves y aislados o en otros casos los pacientes pueden tener síntomas recurrentes persistentes o nuevos de tal magnitud que requieren ser investigados (2) (3).

2.4 JUSTIFICACIÓN Y TRASCENDENCIA DEL ESTUDIO

Se encuentra reportes en la literatura mundial de trabajos sobre los síntomas post-colecistectomía y de la utilidad de las pruebas diagnósticas en el diagnóstico etiológico del cuadro clínico post-colecistectomía (3) (17) (18) (19).

Sin embargo en nuestro medio encontramos pocos reportes al respecto (25), por lo que justifica realizar un estudio sobre el tema.

Siendo el presente estudio en el Hospital de Emergencias Grau que es un organismo de ESSALUD, que dada la naturaleza de la prestación de sus servicios confiere características heterogéneas en la población en estudio.

La trascendencia de la investigación consiste en brindar un estudio en nuestro medio-dada las características mencionadas de la población en estudio-que sirva de base para estudios posteriores.

2.5 OBJETIVOS

2.5.1 OBJETIVO GENERAL

Conocer las características clínicas, las patologías más frecuentes y los grupos etáreos de mayor presentación de hallazgos clínicos post-colecistectomía mediante la evaluación de pacientes con antecedente de colecistectomía en los Servicios de Gastroenterología, Emergencia y Hospitalización del Hospital de Emergencias Grau.

2.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Determinar el grupo etáreo de mayor presentación de síntomas y hallazgos clínicos post-colecistectomía para precisar las características demográficas de grupos sintomáticos que requieran una adecuada evaluación, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos.
- 2.- Determinar las características clínicas de pacientes con manifestaciones clínicas post-colecistectomía mediante la identificación de síntomas que presentan los pacientes colecistectomizados.
- 3.- Identificar en grupos sintomáticos la forma de presentación de dichos síntomas, es decir, si son síntomas nuevos o si los presentaban previo a la colecistectomía para definir si están o no relacionados al antecedente de colecistectomía.
- 4.- Precisar el grado de intensidad de los síntomas de pacientes colecistectomizados a fin de determinar su relación con el diagnóstico clínico de cada caso.
- 5.- Identificar las patologías más frecuentes en grupos sintomáticos mediante la evaluación de pruebas diagnósticas endoscópicas y radiológicas a fin de determinar si tienen relación con el antecedente de colecistectomía.

2.6 HIPÓTESIS

La manifestación de los síntomas clínicos post-colecistectomía presenta características epidemiológicas similares a la colelitiasis.

2.7 VARIABLES DE ESTUDIO

Las variables de estudio son:

Variable dependiente: síntomas clínicos post-colecistectomía.

Variable interviniente: edad y sexo.

Variable independiente: tipo de colecistectomía, patología previa a la colecistectomía, síntomas clínicos previos a la colecistectomía.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 NIVEL Y TIPO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de:

Nivel: Descriptivo

Tipo: Longitudinal.

3.2 POBLACIÓN

La población de estudio comprendió pacientes que manifestaron síntomas digestivos con antecedente de colecistectomía, que fueron evaluados en el área de consulta externa y sala de procedimientos de endoscopia del Servicio de Gastroenterología, así como en los Servicios de Emergencia y Hospitalización del Hospital de Emergencias Grau durante el período comprendido del 2004-2006.

Se utilizó los criterios siguientes:

Criterios de inclusión:

- 1.- Pacientes que tuvieron síntomas digestivos que persistieron o reaparecieron post-colecistectomía.
- 2.- Pacientes que tuvieron síntomas digestivos nuevos que aparecieron posteriormente a la colecistectomía.

Criterios de exclusión:

- 1.- Pacientes con síntomas derivados de complicaciones del acto quirúrgico (dehiscencia de sutura, infección de herida operatoria, sepsis, efectos de anestesia post-quirúrgico, etc.).
- 2.- Pacientes colecistectomizados que fueron evaluados en el establecimiento por síntomas no digestivos (respiratorio, cardiaco, ginecológico, etc.).
- 3.- Pacientes con síntomas digestivos no relacionados al antecedente de colecistectomía (diarrea aguda sin cuadro clínico previo, patología rectal).

3.3 MUESTRA

Unidad de análisis: todos los pacientes de la muestra con manifestaciones clínicas post-colecistectomía.

Unidad de muestreo: historias clínicas de pacientes con antecedente de colecistectomía que fueron evaluados por síntomas digestivos.

Marco del muestreo: archivo de historias clínicas del Hospital de Emergencias Grau.

Tamaño de la muestra: tomando en cuenta que la presentación de la colelitiasis en nuestro medio es de 10% de la población adulta, la prevalencia es de 100/1,000.

Si consideramos que aproximadamente el 80% quedará asintomático y el 20% de pacientes manifestarán síntomas post-colecistectomía, la prevalencia calculada para este grupo de pacientes sintomáticos será de 20/1,000.

Para el cálculo del tamaño de la muestra, se aplicó la siguiente fórmula (26):

$$n = \frac{Z^2 (p \cdot q)}{T^2}$$

n = magnitud o tamaño de la muestra.

Z = número de unidades de error standard igual a la probabilidad deseada (certeza de 95%, es decir 2 unidades de desviación standard, entonces Z = 2).

p = tasa de prevalencia (p = 2, ya que la prevalencia es de 20/1,000).

q = 100-p (100 - 2 = 98).

T = tolerancia de error permitido en la proporción (2%).

El tamaño calculado de la muestra es de 196 casos, como este valor es aproximado, se puede trabajar con n = 200 (redondeo estadístico).

3.4 TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICA

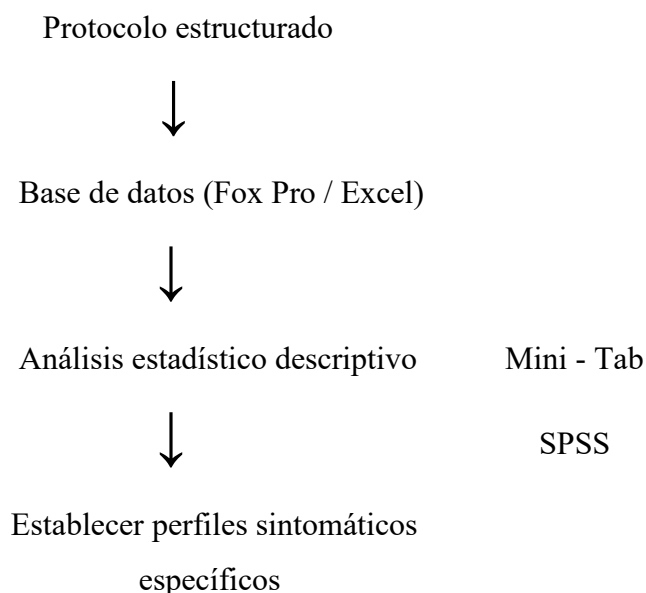
- Se revisaron y recopilaron datos en el archivo de historias clínicas de pacientes con manifestaciones clínicas post-colecistectomía que cumplieron los criterios de inclusión.
- Se recopilaron datos de pacientes con antecedente de colecistectomía que acudieron al establecimiento con manifestaciones digestivas que cumplieron los criterios de inclusión.
- Se revisaron y recopilaron datos del cuaderno de procedimientos endoscópicos del Servicio de Gastroenterología del Hospital de Emergencias Grau.
- Se revisaron y recopilaron estadísticas generales del Hospital de Emergencias Grau brindado por el área de estadística.

3.4.2 INSTRUMENTO

- Hoja de recolección de datos (ver anexos).

3.5 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La información tomada en la hoja de recolección de datos en base al protocolo estructurado previamente, debe seguir los siguientes pasos:



CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Se evaluaron 200 pacientes con síntomas post-colecistectomía en el período comprendido entre el 2004-2006, de los cuales 158 son de sexo femenino y 42 son de sexo masculino, teniendo una relación aproximada de 3.8 / 1.

Esta relación femenino / masculino es mayor en los grupos etáreos de 20 a 50 años, sobretodo entre los 31-50 años, disminuyendo esta relación a partir de los 50 años pero siempre con predominio del sexo femenino.

Se observa también que el número de pacientes que manifiestan síntomas post-colecistectomía se incrementa progresivamente con la edad en ambos sexos.

(Tabla N° 1, Gráfico N° 1A y Gráfico N° 1B)

TABLA N° 1: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR EDAD Y SEXO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Edad	Sexo		Total		Relación Fem. / Masc.
	Femenino	Masculino	Nº	%	
21-30 años	7	2	9	5	3.5 / 1
31-40 años	19	2	21	11	9.5 / 1
41-50 años	41	8	49	25	5.1 / 1
51-60 años	41	13	54	26	3.2 / 1
> 60 años	50	17	67	33	2.9 / 1
Total	158	42	200	100	3.8 / 1

GRÁFICO N° 1A: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR EDAD. H.E.G. 2004-2006.

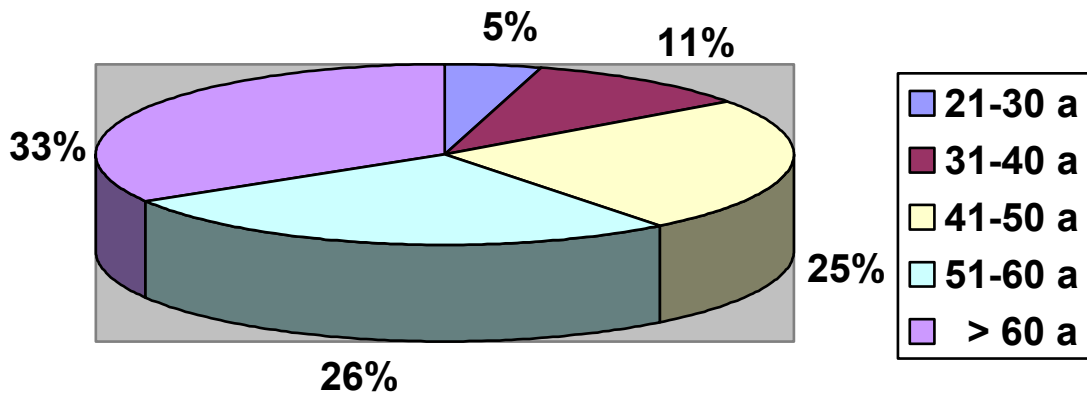
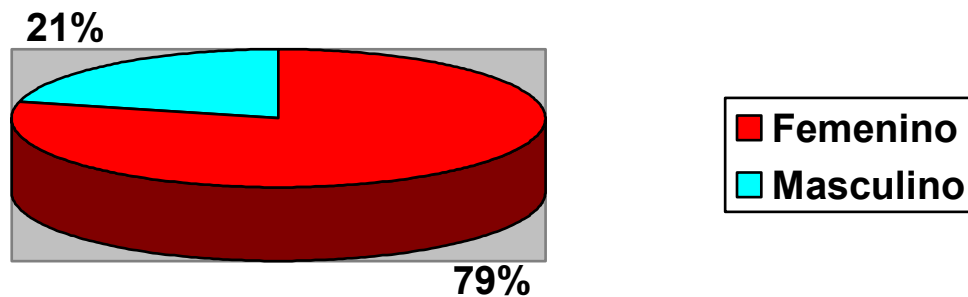


GRÁFICO N° 1B: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA POR SEXO. H.E.G. 2004-2006.



Los síntomas predominantes pre-colecistectomía fueron el dolor abdominal en hipocondrio derecho y meteorismo, en ambos sexos. Si bien algunos pacientes manifestaron dolor concomitantemente en hipocondrio derecho y epigastrio así como otros en mesogastrio, se consignó solo el lugar predominante del síntoma. Los pacientes manifestaron en promedio 2 síntomas, siendo mayor el número de síntomas por paciente hasta los 50 años, el cual disminuye a partir de esta edad.

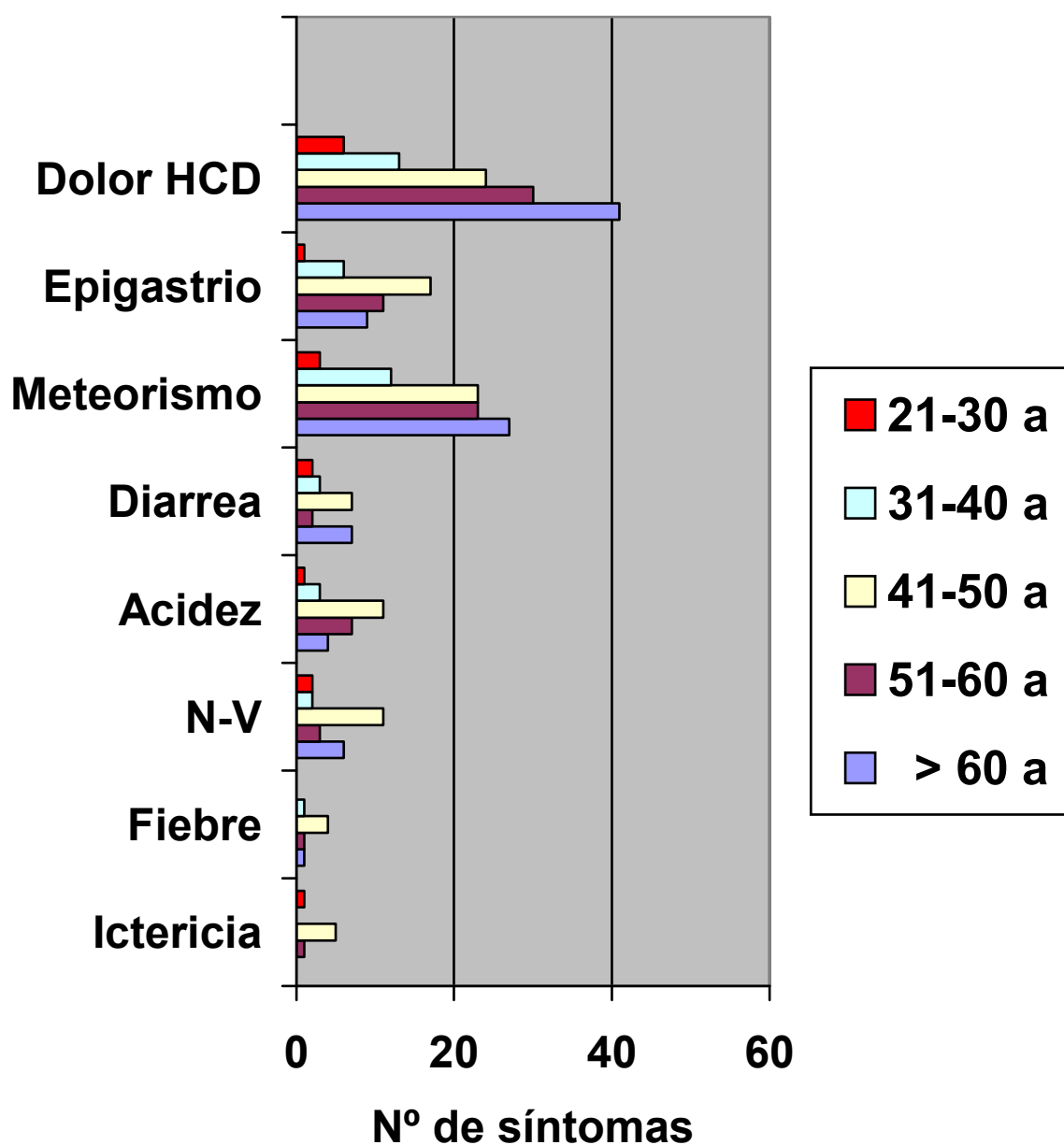
(Tabla N° 2, Gráfico N° 2A y Gráfico N° 2B: sexo femenino)

(Tabla N° 3, Gráfico N° 3A y Gráfico N° 3B: sexo masculino)

**TABLA N° 2: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

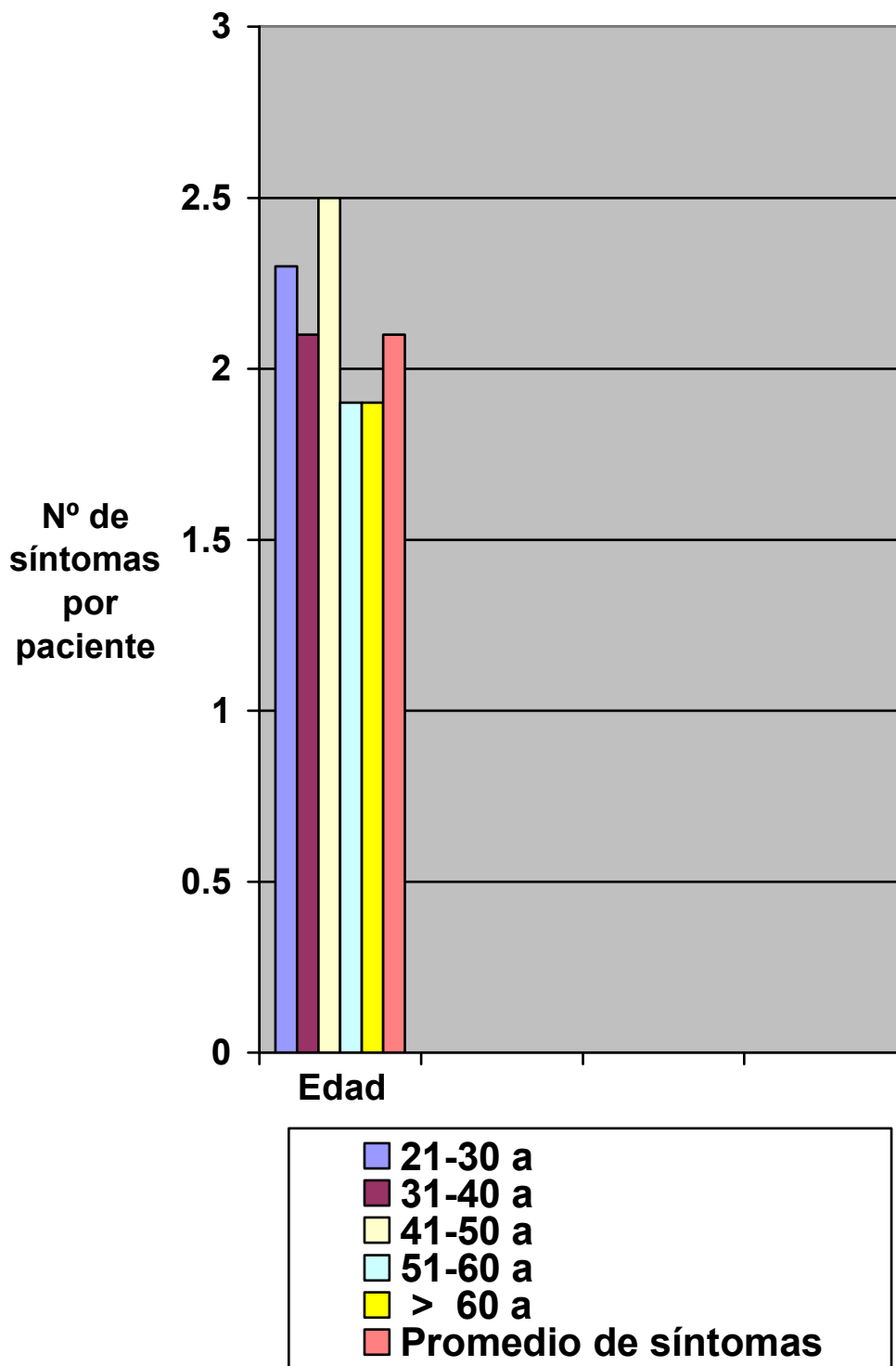
Síntomas pre-colecistectomía en sexo femenino										
Edad	N°	Dolor		Meteo- rismo	Dia- rrea	Aci- dez	N- V	F°	Icte- ricia	N° sint. por pac.
		HCD	Epig.							
21-30 años	7	6	1	3	2	1	2	0	1	2.3
31-40 años	19	13	6	12	3	3	2	1	0	2.1
41-50 años	41	24	17	23	7	11	11	4	5	2.5
51-60 años	41	30	11	23	2	7	3	1	1	1.9
> 60 años	50	41	9	27	7	4	6	1	0	1.9
Total	158	114	44	88	21	26	24	7	7	2.1

GRÁFICO N° 2A: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.



**GRÁFICO N° 2B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR
PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO.**

H.E.G. 2004-2006.



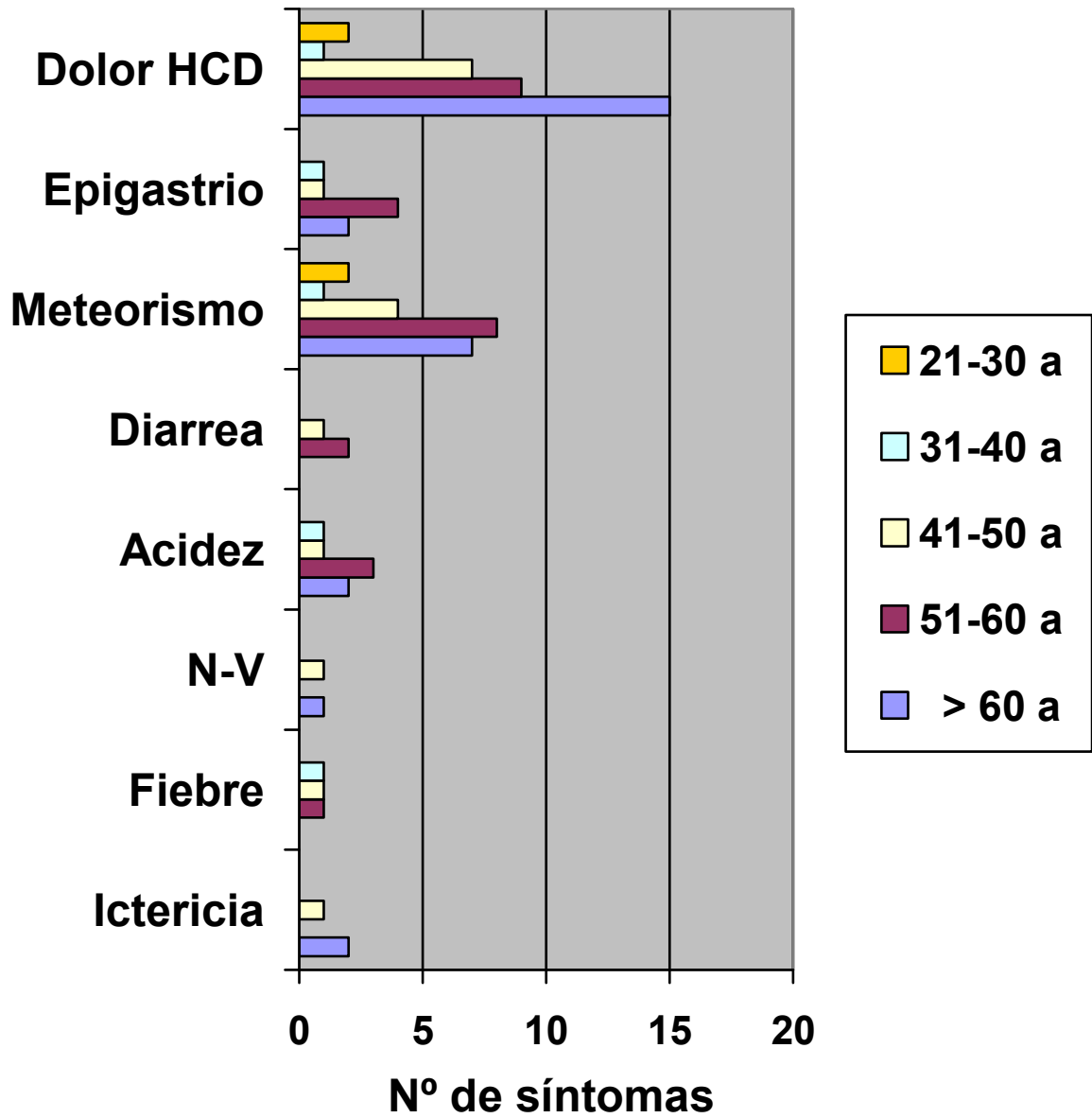
**TABLA N° 3: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Síntomas pre-colecistectomía en sexo masculino										
Edad	N°	Dolor		Meteo- rismo	Dia- rrea	Aci- dez	N- V	F°	Icte- ricia	N° sint. por pac.
		HCD	Epig.							
21-30 años	2	2	0	2	0	0	0	0	0	2
31-40 años	2	1	1	1	0	1	0	1	0	2.5
41-50 años	8	7	1	4	1	1	1	1	1	2.1
51-60 años	13	9	4	8	2	3	0	1	0	2.1
> 60 años	17	15	2	7	0	2	1	0	2	1.7
Total	42	34	8	22	3	7	2	3	3	2

Si bien el número de pacientes de sexo masculino son menos que del sexo femenino se evidencia el mismo patrón de tipo de síntomas predominantes y del número de síntomas por paciente pre-colecistectomía, que al igual que el sexo femenino el promedio de síntomas previo a la colecistectomía es 2.

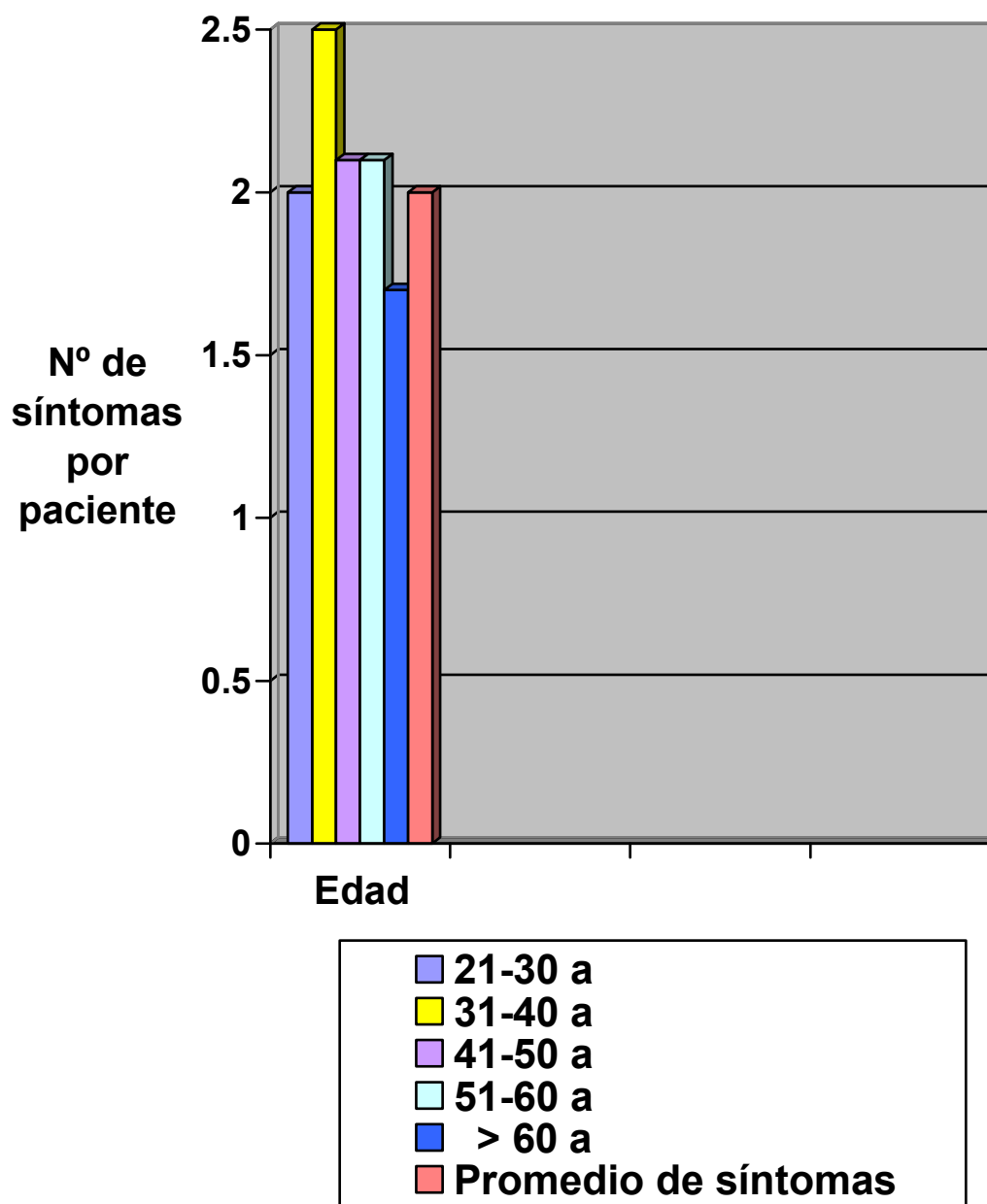
Se consideró en el síntoma de acidez a todas las manifestaciones que referían los pacientes de sensación de ardor epigástrico o retroesternal, agruras o regurgitación ácida.

GRÁFICO N° 3A: SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.



**GRÁFICO N° 3B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR
PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO.**

H.E.G. 2004-2006.



El tipo de colecistectomía fue laparoscópica en cerca al 90% de pacientes en ambos sexos. Los hallazgos quirúrgicos más frecuentes fueron litiasis vesicular múltiple y litiasis vesicular única en ambos sexos. En algunos pacientes se encontró litiasis vesicular múltiple asociada a litiasis de las vías biliares. Se realizó ERCP previo a colecistectomía en estos pacientes. También hubo algunos casos de colecistitis supurada litiásica.

La incidencia de litiasis biliar aumenta con la edad en ambos sexos.

(Tabla N° 4, Gráfico N° 4A y Gráfico N° 4B: sexo femenino)

(Tabla N° 5, Gráfico N° 5A y Gráfico N° 5B: sexo masculino)

TABLA N° 4: TIPO DE COLECISTECTOMÍA Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Edad	N°	Tipo de colecistectomía		Hallazgos quirúrgicos en sexo femenino							
		Lap.	Ab.	Litiasis biliar					Col. alitiásica	Quiste coleodoco	Pólipo vesic
				Única	Múltiple		Col. supur.				
					2 o + litos	+ vía bil.					
21-30 años	7	7	0	0	5	1	0	1	0	0	
31-40 años	19	18	1	4	13	0	1	0	0	1	
41-50 años	41	36	5	12	18	5	4	2	0	0	
51-60 años	41	35	6	13	22	1	1	2	1	1	
> 60 años	50	44	6	21	25	0	1	1	0	2	
Total	158	140	18	50	83	7	7	6	1	4	

GRÁFICO N° 4A: TIPO DE COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

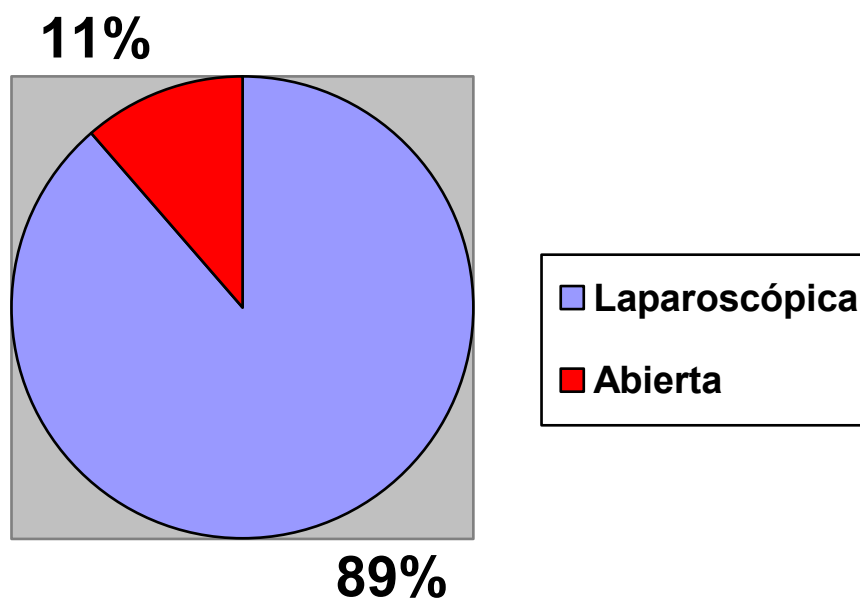


GRÁFICO N° 4B: HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

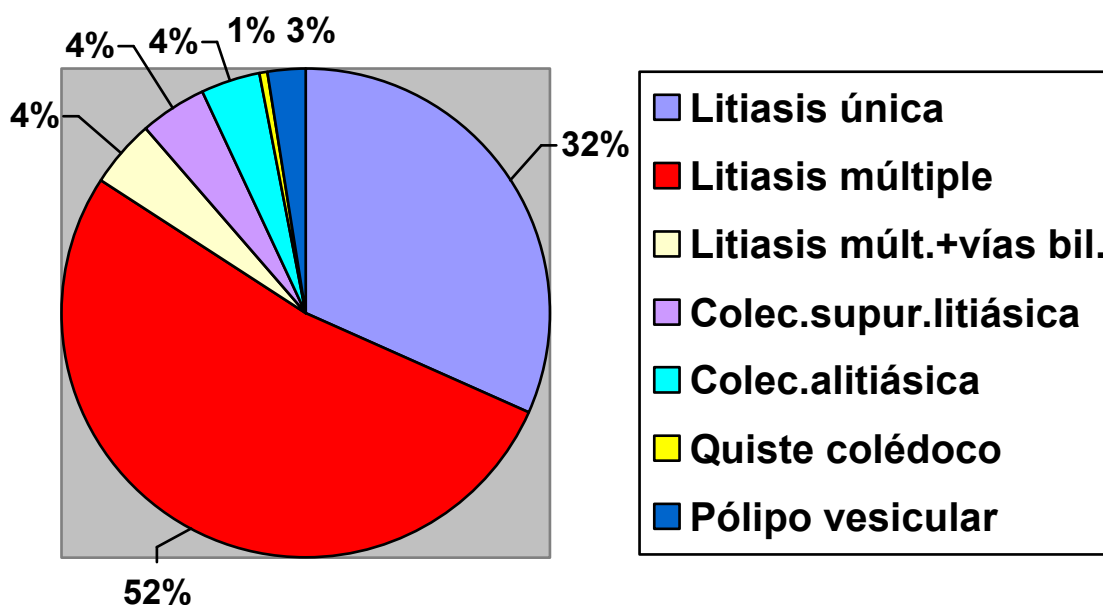


TABLA N° 5: TIPO DE COLECISTECTOMÍA Y HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Edad	N°	Tipo de colecistectomía		Hallazgos quirúrgicos en sexo masculino				
		Lap.	Ab.	Litiasis biliar				Col. alitiásica
				Única	Múltiple		Col. supur.	
					2 o + litos	+ vías biliares		
21-30 años	2	2	0	1	1	0	0	0
31-40 años	2	1	1	1	0	0	1	0
41-50 años	8	7	1	1	5	0	1	1
51-60 años	13	12	1	3	8	0	1	1
> 60 años	17	15	2	5	7	2	0	3
Total	42	37	5	11	21	2	3	5

Se encontró también en el sexo masculino algunos casos de colecistitis supurada litiásica, todos ellos requirieron colecistectomía abierta.

Se consideró en litiasis múltiple la presencia de 2 o más litos en la vesícula biliar.

Al igual que en el sexo femenino, la prevalencia de litiasis biliar se incrementa con la edad.

GRÁFICO N° 5A: TIPO DE COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.

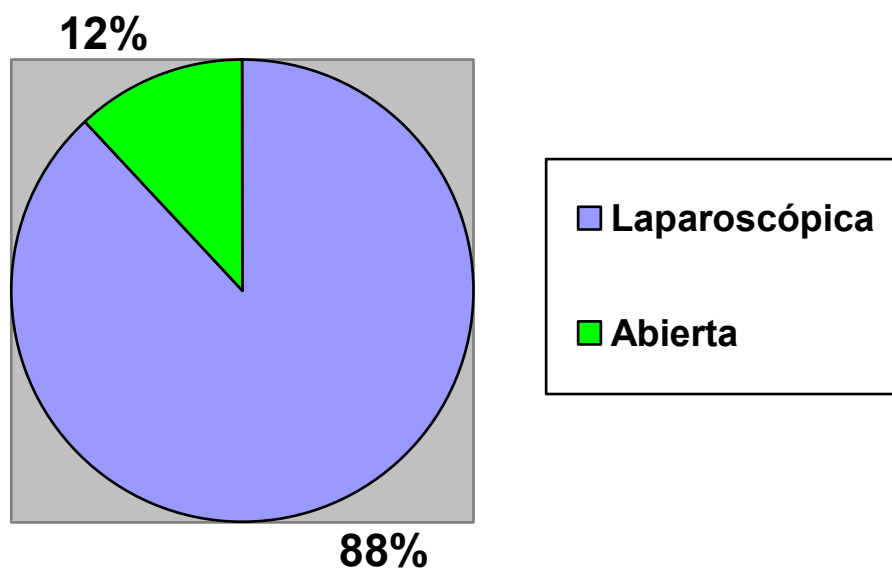
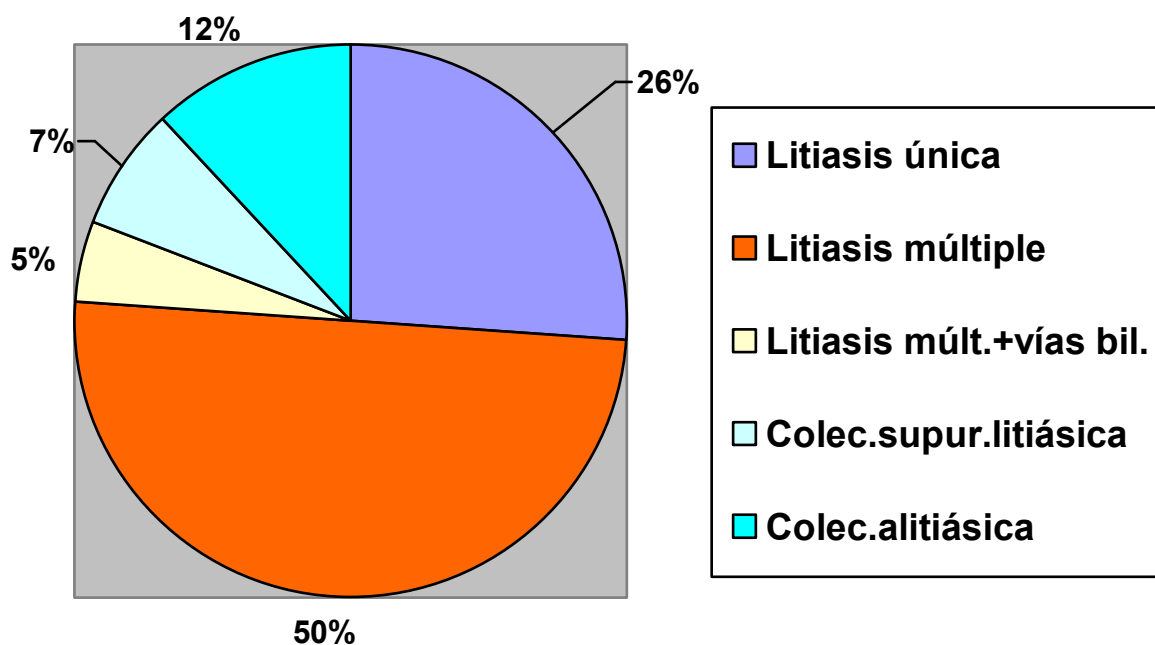


GRÁFICO N° 5B: HALLAZGOS QUIRÚRGICOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.



El tiempo que transcurrió entre la colecistectomía y el inicio de los síntomas post-colecistectomía, es decir el tiempo asintomático post-colecistectomía fue menos de 1 año en aproximadamente 2/3 de los pacientes, en ambos sexos.

Los pacientes manifestaron síntomas post-colecistectomía en aproximadamente 2/3 en el 1º año y aproximadamente 90% hasta los 2 primeros años. Un aproximado de 10% de pacientes manifestó sus síntomas después de los 2 años de la colecistectomía.

No hubo diferencias en el tipo de colecistectomía y la manifestación de los síntomas post-colecistectomía.

Algunos pacientes persistieron con síntomas o reaparecieron sus síntomas precozmente post-colecistectomía, mientras otro grupo minoritario presentó síntomas posteriores a los 5 años, en ambos sexos.

(Tabla N° 6, Gráfico N° 6A y Gráfico N° 6B: sexo femenino)

(Tabla N° 7, Gráfico N° 7A y Gráfico N° 7B: sexo masculino)

TABLA N° 6: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Edad	N°	Tiempo asintomático post-colecistectomía en sexo femenino							
		< 3 meses	3-6 meses	7-12 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años	11-20 años	> 20 años
21-30 años	7	1	2	1	2	1	0	0	0
31-40 años	19	5	5	5	4	0	0	0	0
41-50 años	41	13	8	9	4	3	2	2	0
51-60 años	41	12	7	9	8	3	1	0	1
> 60 años	50	15	9	8	10	3	1	3	1
Total	158	46	31	32	28	10	4	5	2

GRÁFICO N° 6A: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN MESES Y EN AÑOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

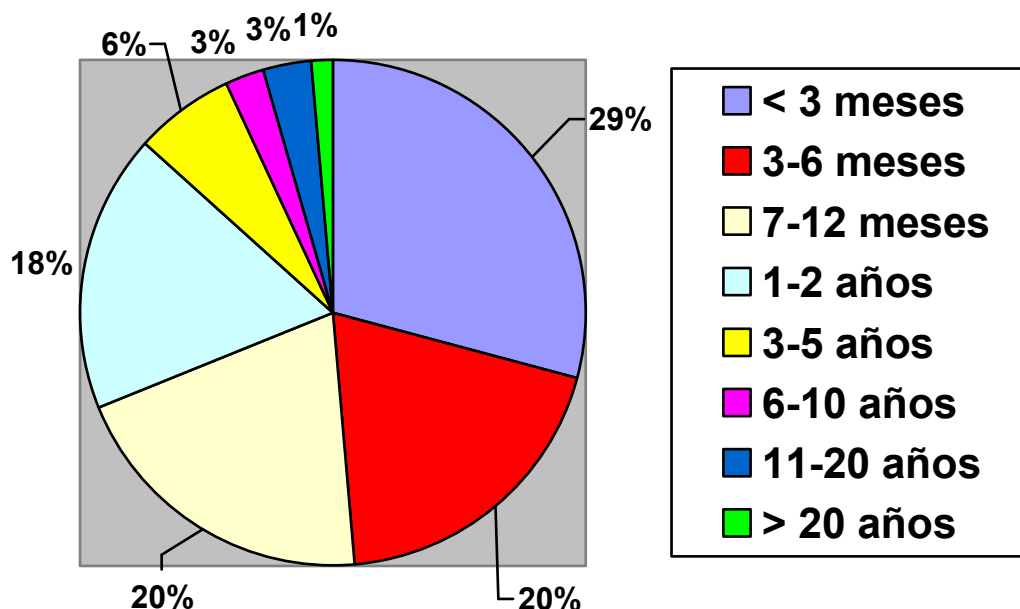


GRÁFICO N° 6B: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN GRUPO DE AÑOS EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

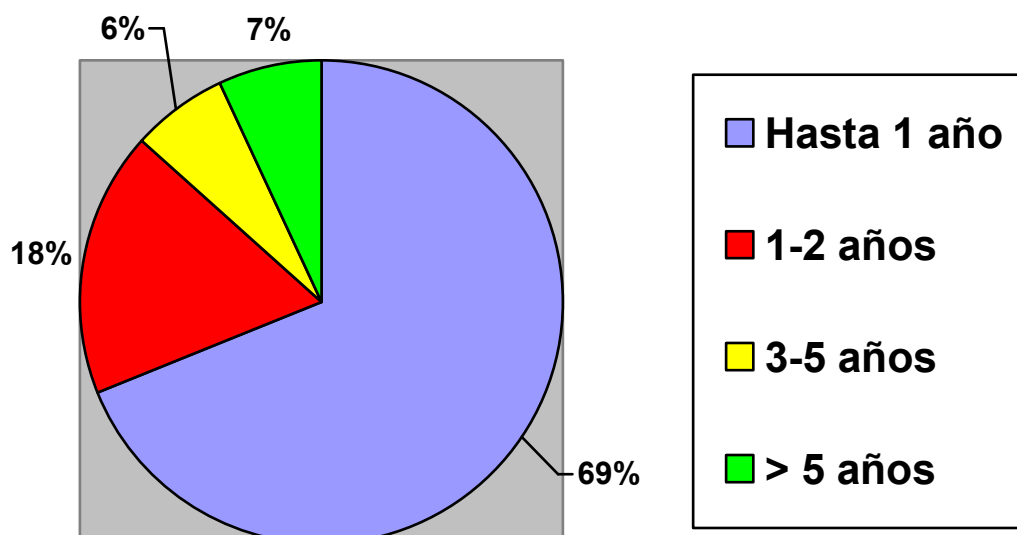


TABLA N° 7: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Edad	N°	Tiempo asintomático post-colecistectomía en sexo masculino					
		< 3 meses	3-6 meses	7-12 meses	1-2 años	3-5 años	6-10 años
21-30 años	2	1	0	1	0	0	0
31-40 años	2	2	0	0	0	0	0
41-50 años	8	2	1	2	2	1	0
51-60 años	13	4	4	1	2	2	0
> 60 años	17	1	5	5	3	2	1
Total	42	10	10	9	7	5	1

No se encontró pacientes de sexo masculino con síntomas después de 10 años. La mayoría de los síntomas en el sexo masculino, se presentaron dentro de los 2 primeros años post-colecistectomía, al igual como se presentó también en el sexo femenino.

El tipo de colecistectomía no influyó en los síntomas post-colecistectomía, es decir no hubo diferencias entre el tipo de colecistectomía y la manifestación de los síntomas post-colecistectomía.

GRÁFICO N° 7A: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN MESES Y EN AÑOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.

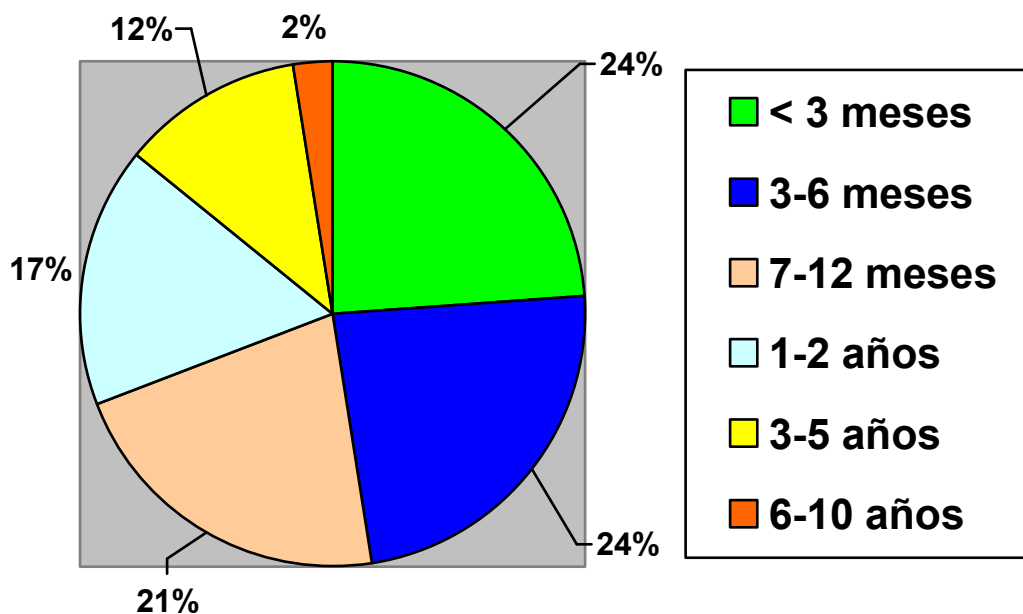
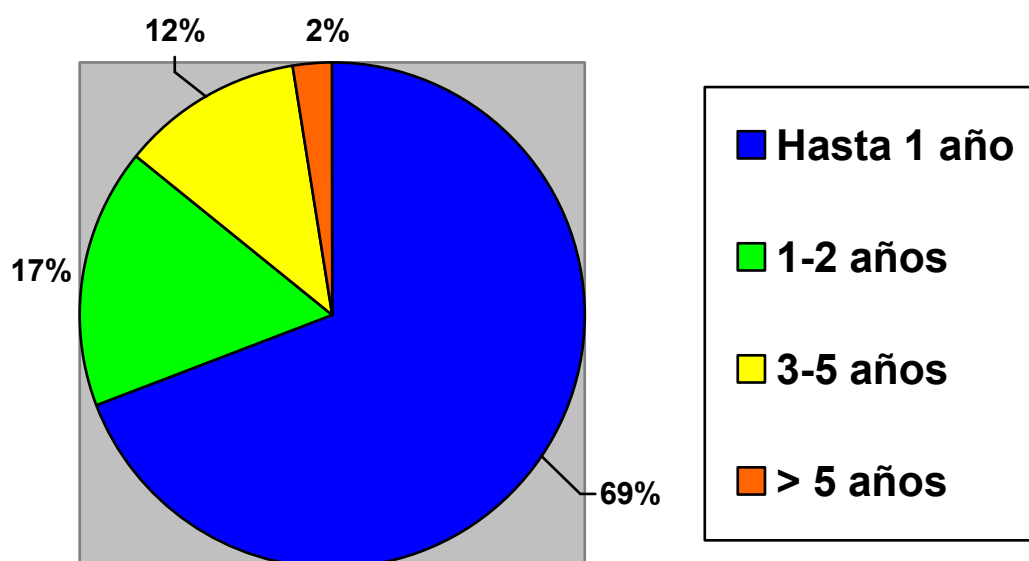


GRÁFICO N° 7B: TIEMPO ASINTOMÁTICO POST-COLECISTECTOMÍA EN GRUPO DE AÑOS EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.



Los síntomas post-colecistectomía más frecuentes en ambos sexos fueron meteorismo y acidez (en donde se incluyó síntomas de ardor epigástrico y agruras). También se encontró que hay asociación de meteorismo, dolor en mesogastrio y evacuaciones pastosas. Los síntomas de dolor en hipocondrio derecho y en epigastrio disminuyeron en ambos sexos.

El promedio de número de síntomas por paciente post-colecistectomía fue de 3, mientras que el promedio de síntomas por paciente pre-colecistectomía fue de 2, lo que se explica por el aumento de síntomas nuevos (acidez, evacuaciones pastosas, vómitos biliosos) que si bien en algunos pacientes fueron episódicos, los pacientes manifestaron que estos síntomas no lo tenían previo a la colecistectomía. Además hubo persistencia de algunos síntomas post-colecistectomía sobretodo meteorismo.

Un grupo de 24 pacientes manifestó evacuaciones pastosas frecuentes, algunas veces verdosas. Dentro del grupo de pacientes con náusea y vómito, algunos pacientes refirieron vómito bilioso episódico. Un grupo menor de pacientes refirió constipación.

Otro grupo pequeño presentó ictericia post-colecistectomía.

(Tabla N° 8, Gráfico N° 8A, Gráfico N° 8B, Gráfico N° 8C y Gráfico N° 8D: sexo femenino)

(Tabla N° 9, Gráfico N° 9A, Gráfico N° 9B, Gráfico N° 9C y Gráfico N° 9D: sexo masculino)

(Tabla N° 10, Gráfico N° 10A y Gráfico N° 10B: comparativo pre y post-colecistectomía)

**TABLA N° 8: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Síntomas post-colecistectomía en sexo femenino											
Edad	N°	Dolor			Me- teor.	Dia- rrea	Aci- dez	N- V	Cons tipac	Ic- ter	N° sint. por pac.
		HCD	Epig	Mes.							
21-30 años	7	2	1	2	7	2	2	1	2	1	2.9
31-40 años	19	2	5	8	19	8	11	6	3	0	3.3
41-50 años	41	6	14	14	41	24	26	11	5	2	3.5
51-60 años	41	12	7	12	40	25	20	12	2	2	3.2
> 60 años	50	18	7	13	41	17	28	18	2	1	2.9
Total	158	40	34	49	148	76	87	48	14	6	3.2

GRÁFICO N° 8A: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

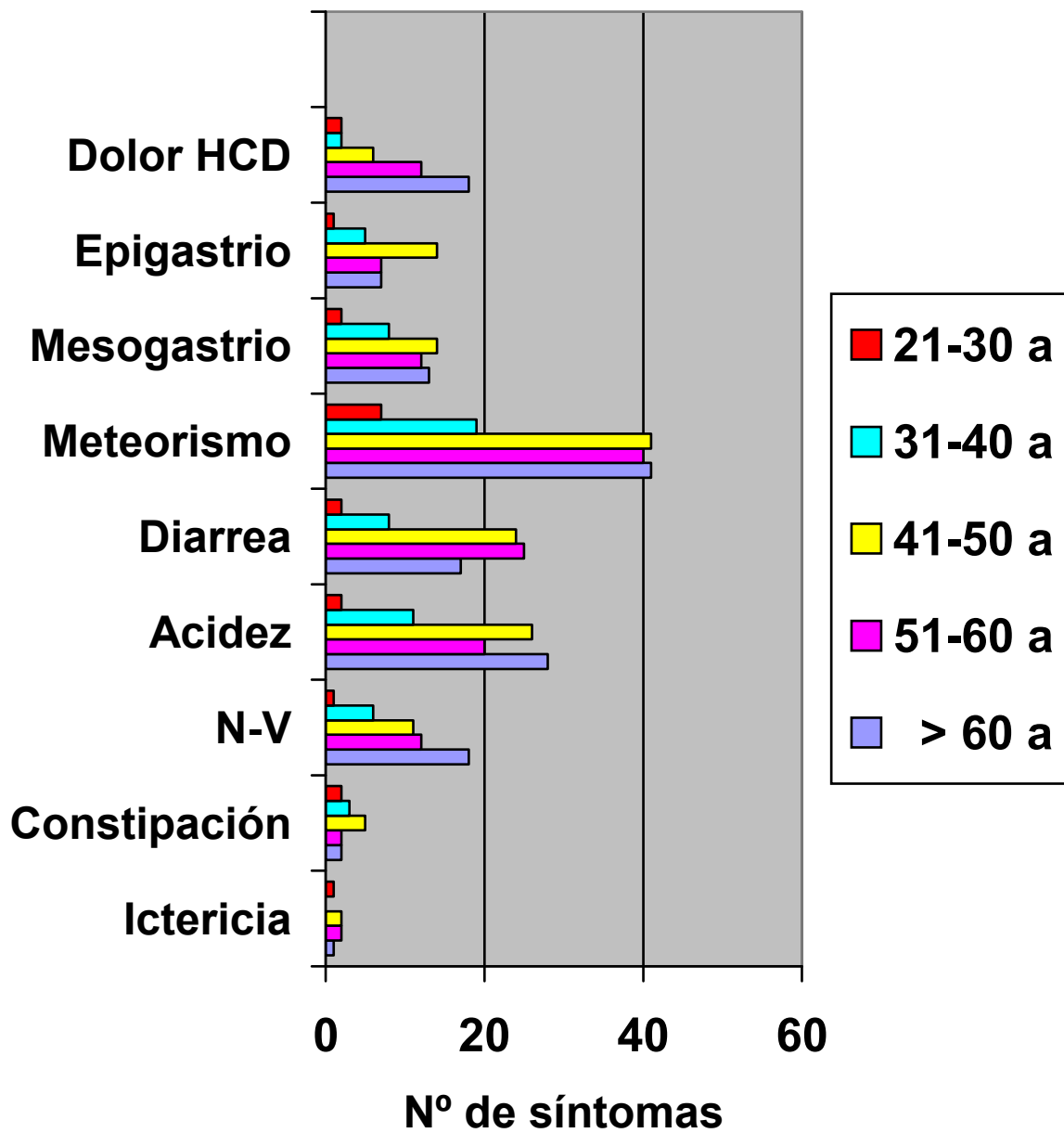


GRÁFICO N° 8B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO.

H.E.G. 2004-2006.

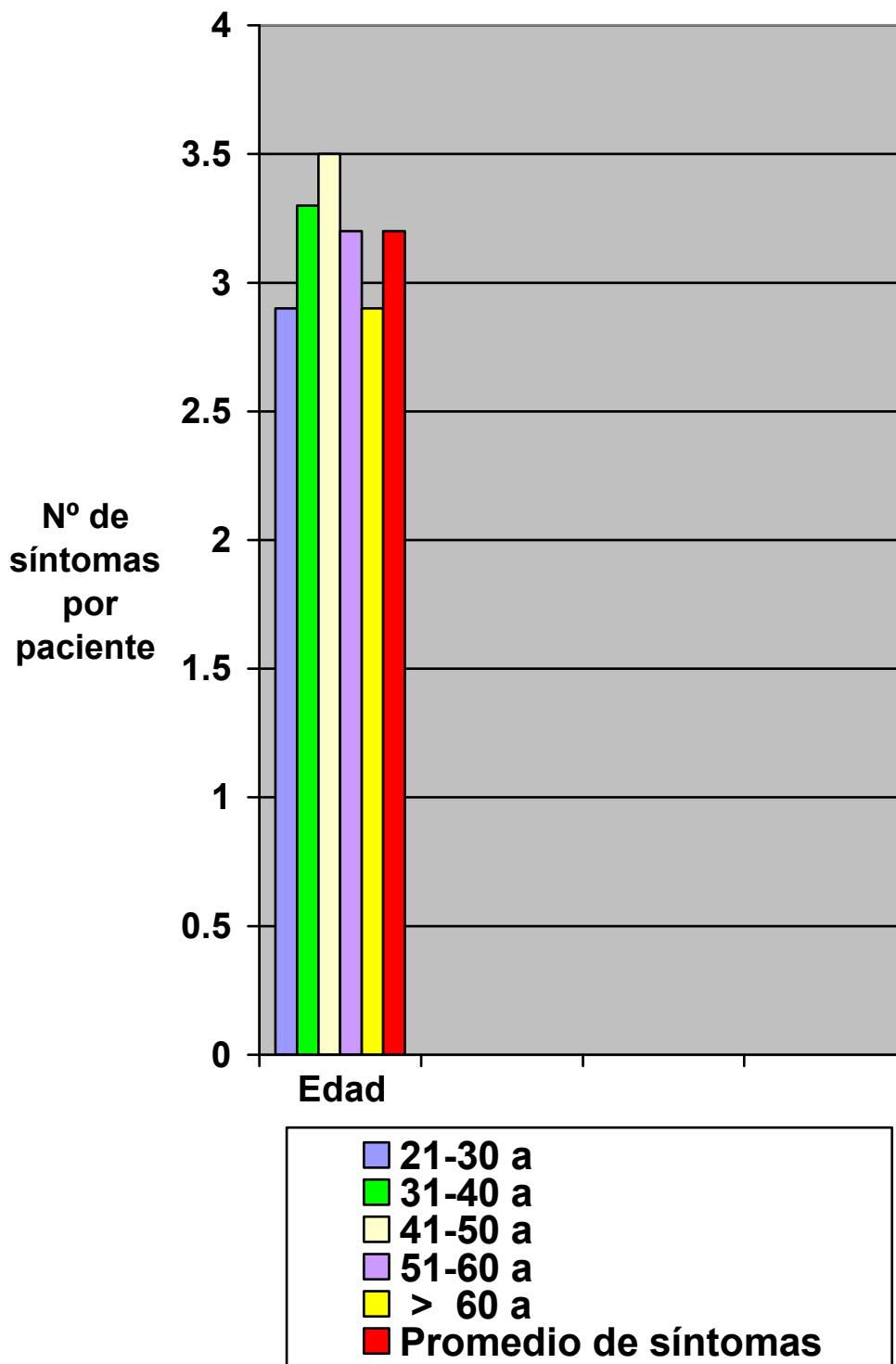


GRÁFICO N° 8C: COMPARATIVO ENTRE SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO. H.E.G. 2004-2006.

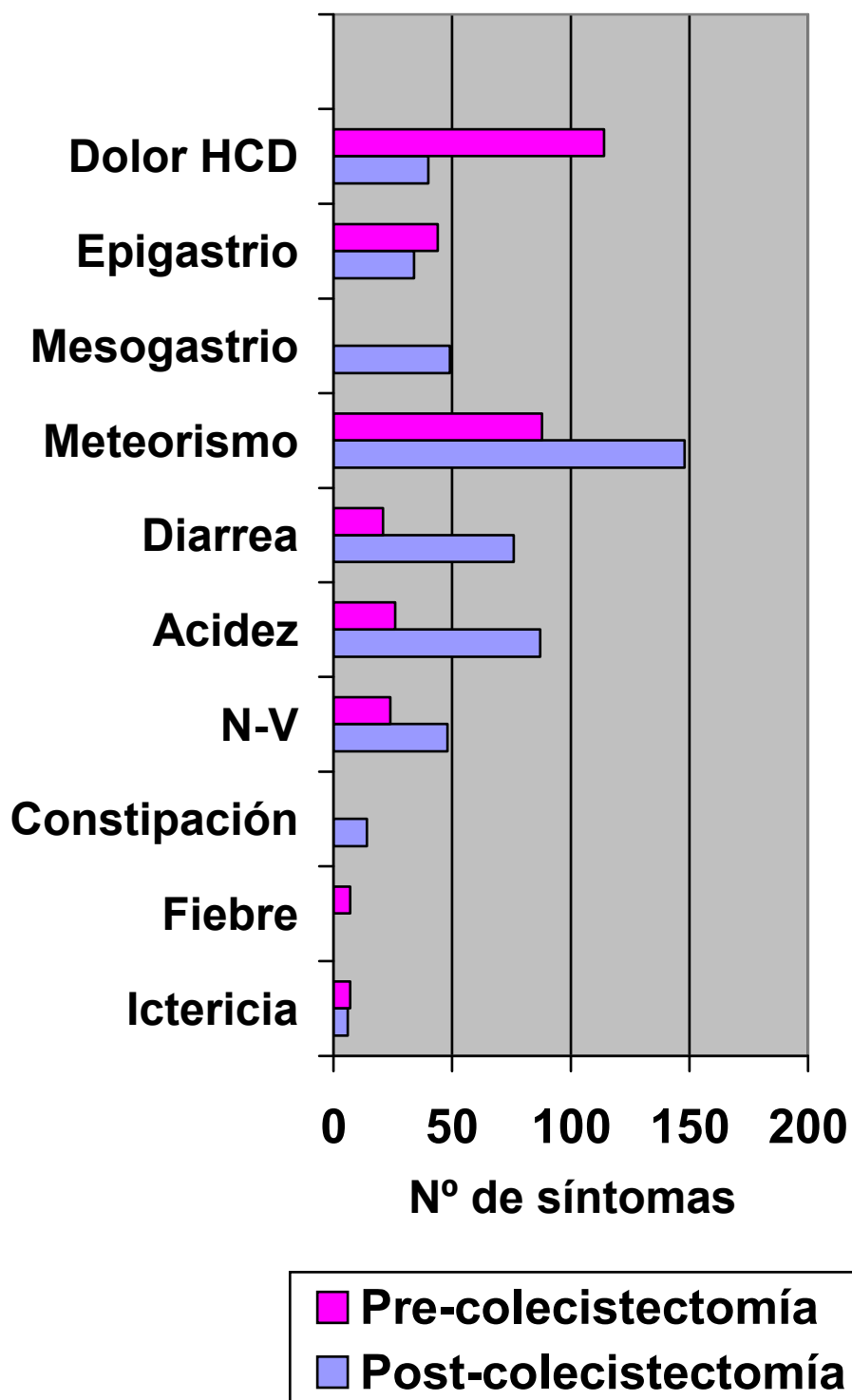
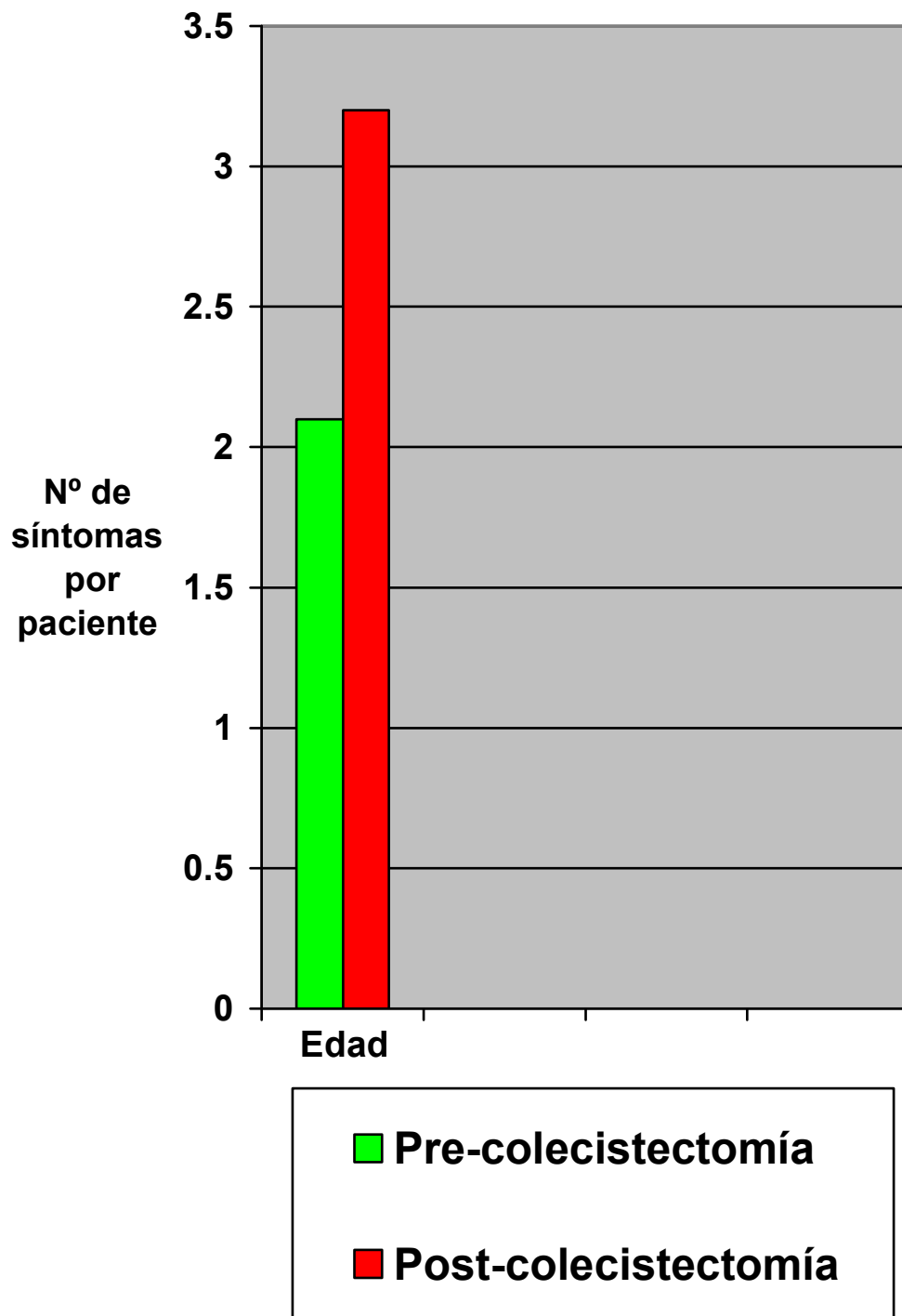


GRÁFICO N° 8D: COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO FEMENINO.

H.E.G. 2004-2006.



**TABLA N° 9: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Síntomas post-colecistectomía en sexo masculino											
Edad	N°	Dolor			Me- teor.	Dia- rrea	Aci- dez	N- V	Cons tipac	Ic- ter	N° sint. por pac.
		HCD	Epig	Mes.							
21-30 años	2	0	0	1	2	1	1	0	0	0	2.5
31-40 años	2	0	1	1	1	0	1	1	1	0	3
41-50 años	8	1	1	2	8	5	4	1	1	1	3
51-60 años	13	4	2	4	13	4	7	1	0	0	2.7
> 60 años	17	5	2	6	15	1	10	2	3	1	2.6
Total	42	10	6	14	39	11	23	5	5	2	2.7

También se evidencia en el sexo masculino el aumento de número de síntomas por paciente post-colecistectomía, que si bien fue menor que en el sexo femenino, es mayor al número de síntomas pre-colecistectomía. El tipo de síntomas que predominan post-colecistectomía son diferentes sobretodo meteorismo y acidez, con disminución del dolor en hipocondrio derecho. En el caso de meteorismo, hubo muchos pacientes en ambos sexos que teniendo este síntoma previo a la colecistectomía, continuaron con meteorismo posterior a la colecistectomía.

GRÁFICO N° 9A: SÍNTOMAS POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.

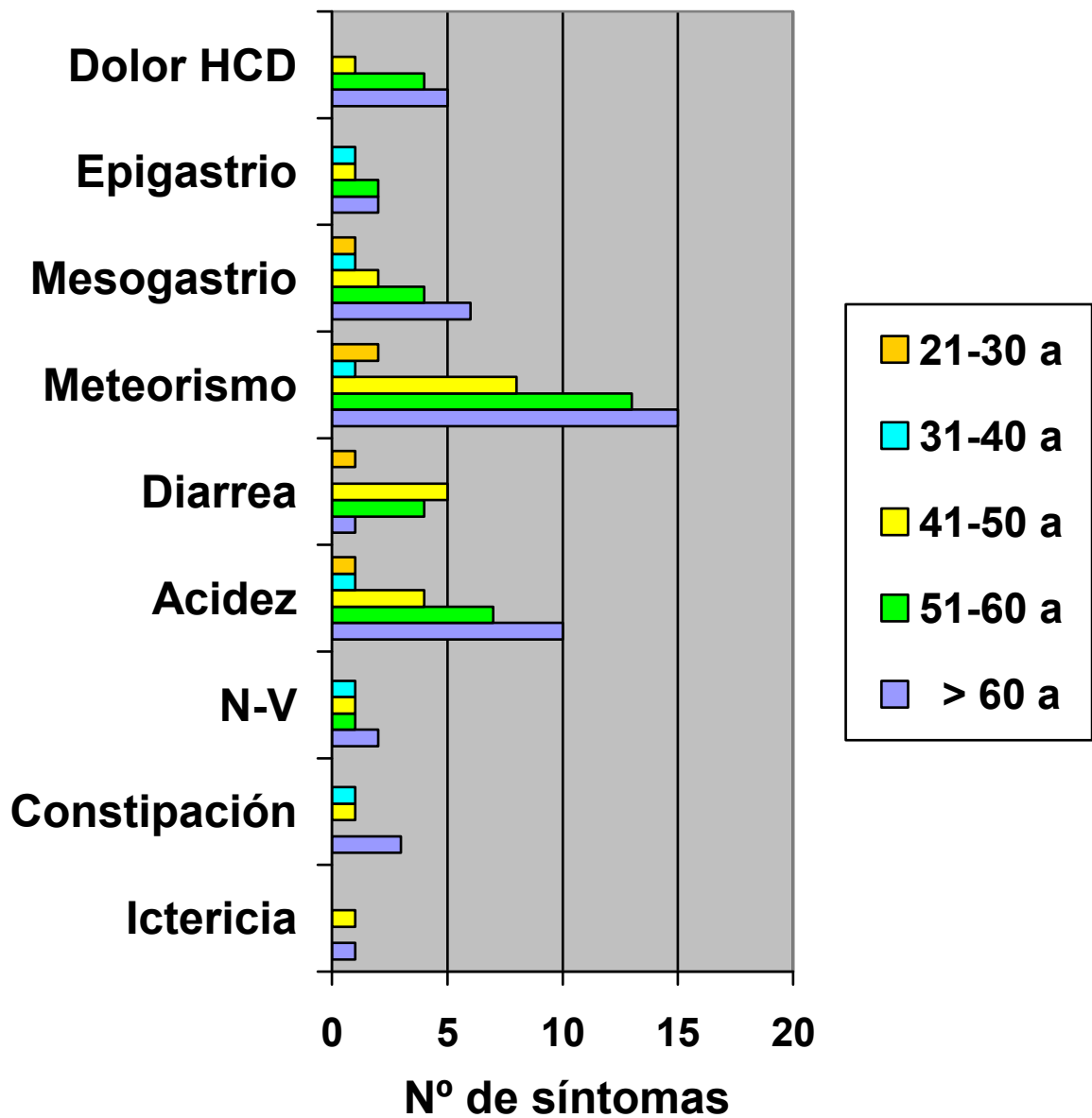


GRÁFICO N° 9B: PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO.

H.E.G. 2004-2006.

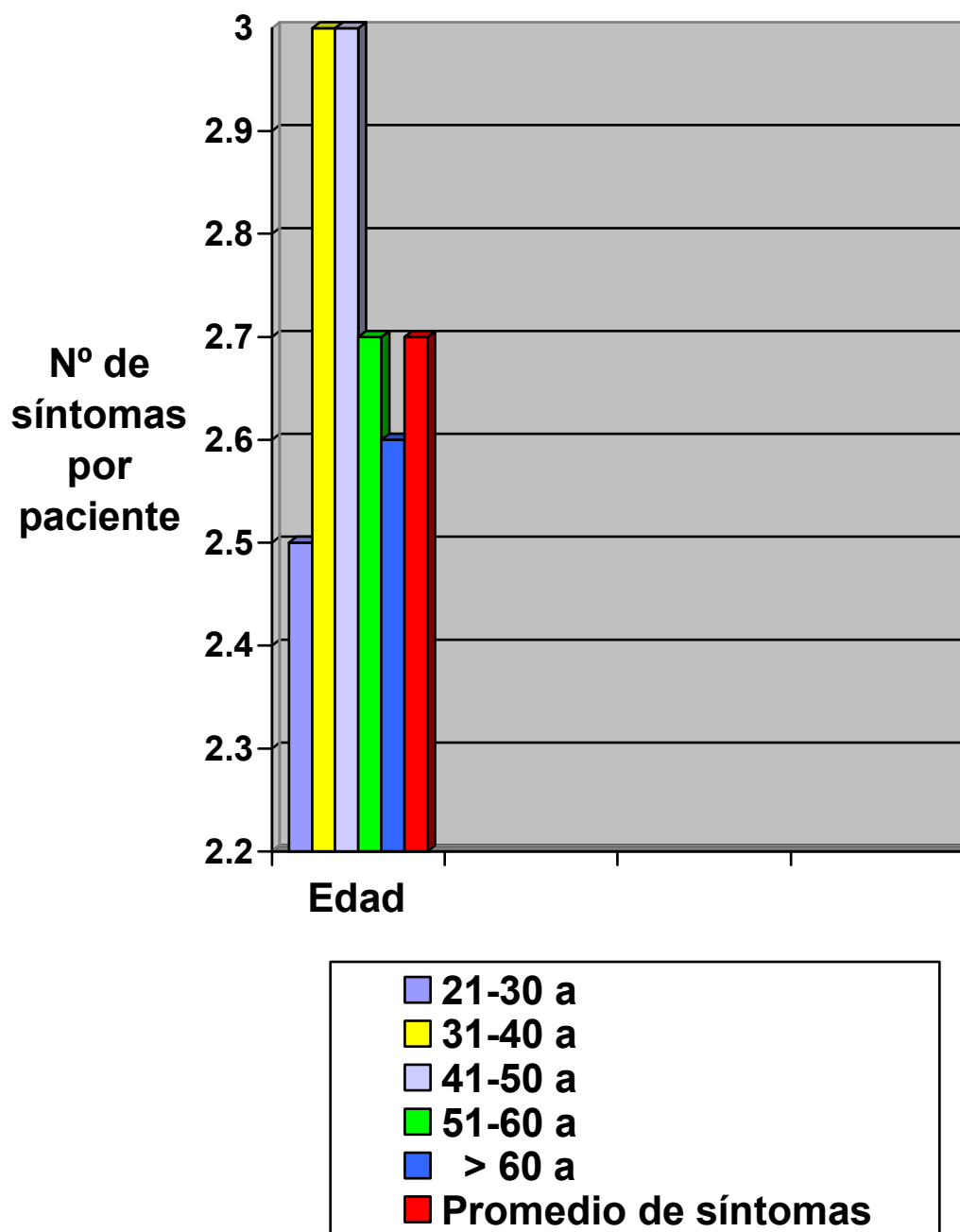


GRÁFICO N° 9C: COMPARATIVO ENTRE SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO. H.E.G. 2004-2006.

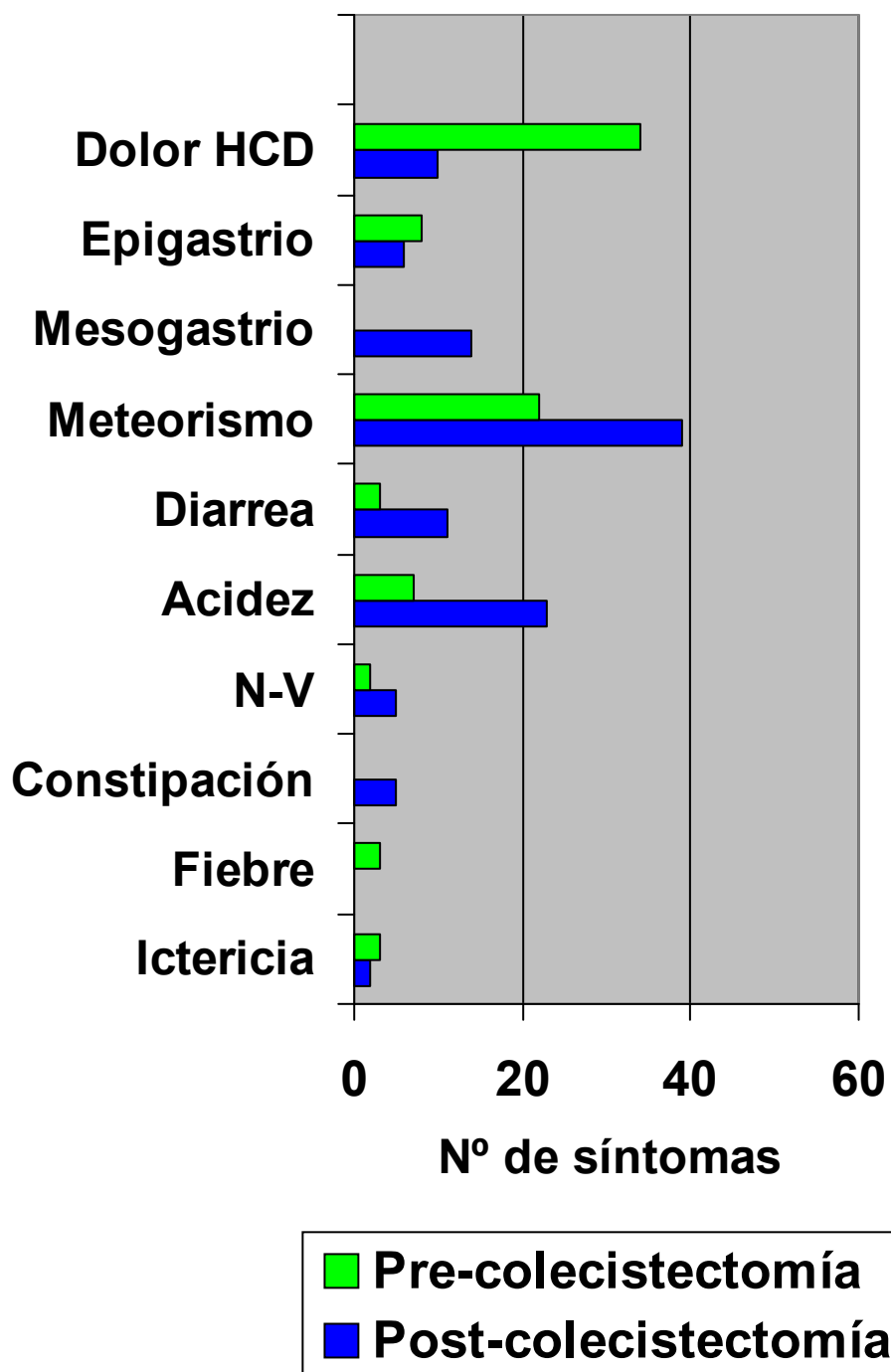


GRÁFICO N° 9D: COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA EN SEXO MASCULINO.

H.E.G. 2004-2006.

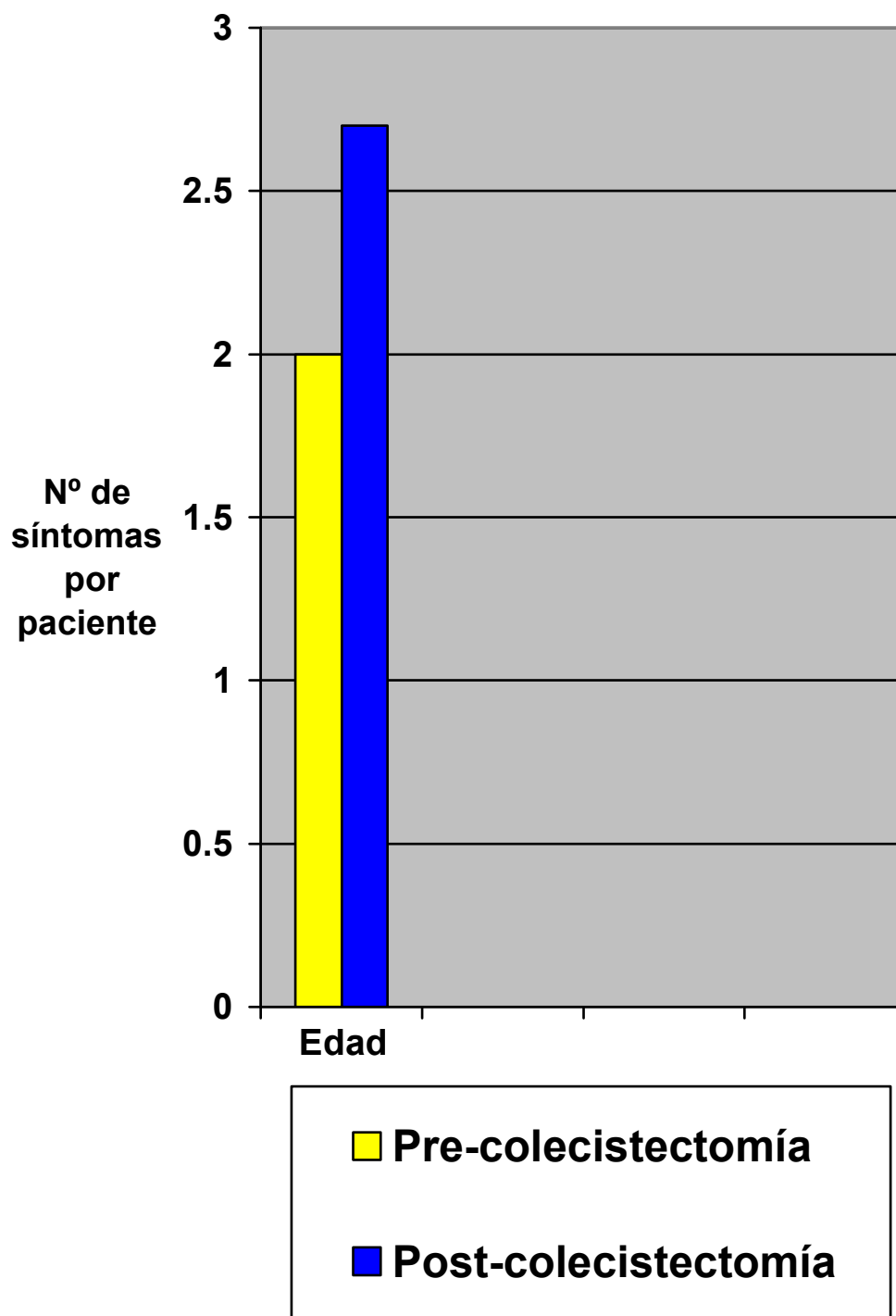


TABLA N° 10: CONSOLIDADO COMPARATIVO ENTRE TIPO DE SÍNTOMAS Y NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA. HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.

Síntomas	Sexo femenino		Sexo masculino		Total	
	Colecistectomía		Colecistectomía		Colecistectomía	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Dolor en HCD	114	40	34	10	148	50
Dolor en epigastrio	44	34	8	6	52	40
Dolor en mesogastrio	0	49	0	14	0	63
Meteorismo	88	148	22	39	110	187
Diarrea	21	76	3	11	24	87
Acidez	26	87	7	23	33	110
Náusea-vómito	24	48	2	5	26	53
Constipación	0	14	0	5	0	19
Fiebre	7	0	3	0	10	0
Ictericia	7	6	3	2	10	8
Promedio de número de síntomas por paciente	2.1	3.2	2	2.7	2.1	3.1

El tipo de síntomas que predominó pre-colecistectomía fue diferente a los síntomas post-colecistectomía en ambos sexos. El dolor en hipocondrio derecho y meteorismo predominó en síntomas pre-colecistectomía, mientras que la acidez, meteorismo y alteraciones del ritmo evacuatorio sobretodo evacuaciones pastosas aumentó post-colecistectomía. En el síntoma de dolor abdominal, se consideró tanto pre-colecistectomía como post-colecistectomía el lugar predominante del dolor, por eso el síntoma de dolor en mesogastrio pre-colecistectomía no fue predominante ya que estuvo asociado a dolor en epigastrio o en hipocondrio derecho, que fueron el síntoma principal de indicación quirúrgica. Los pacientes que refirieron constipación manifestaron no haberla presentado previo a la colecistectomía.

**GRÁFICO N° 10A: CONSOLIDADO COMPARATIVO ENTRE
SÍNTOMAS PRE-COLECISTECTOMÍA Y
POST-COLECISTECTOMÍA. H.E.G. 2004-2006.**

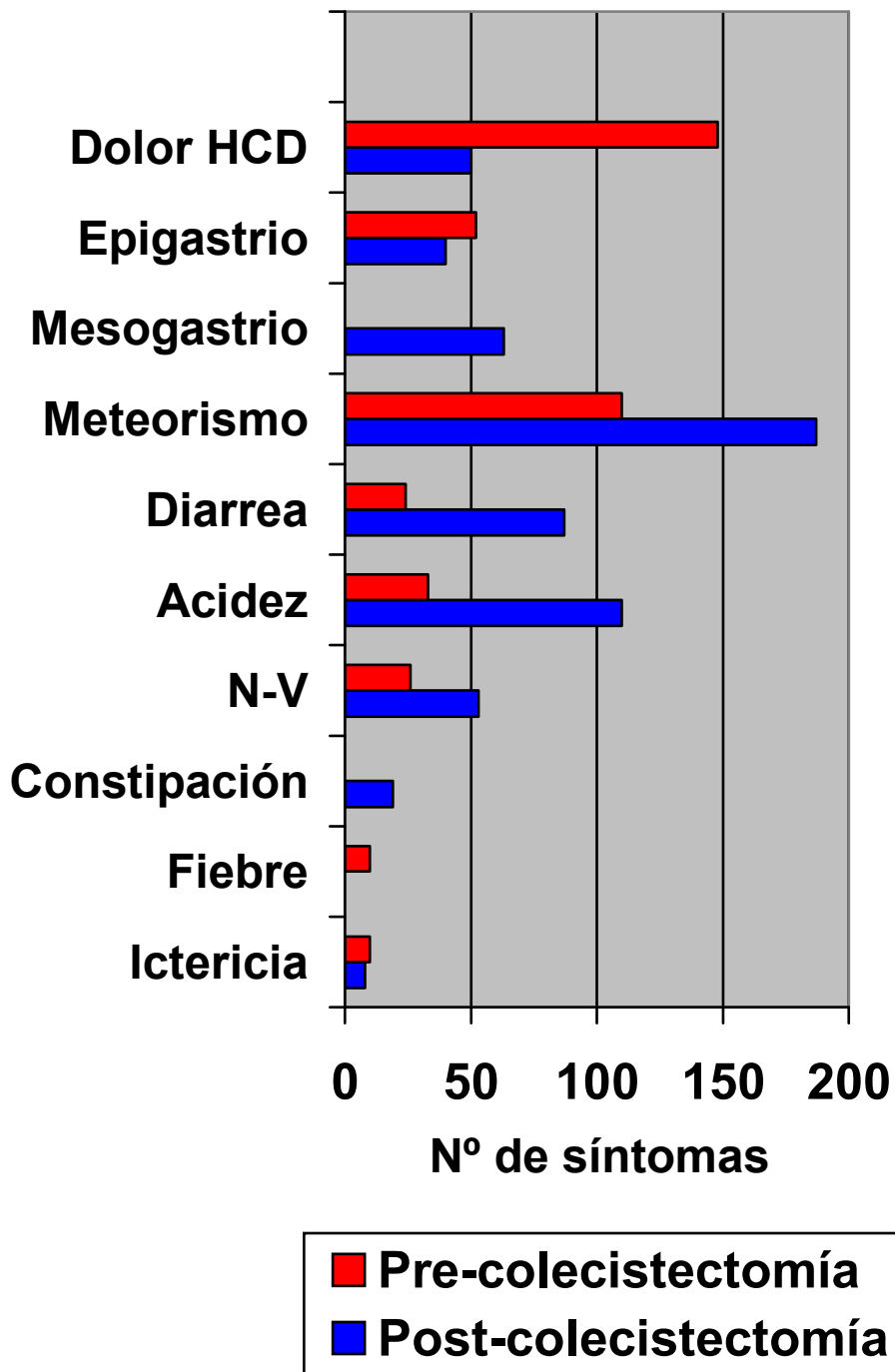
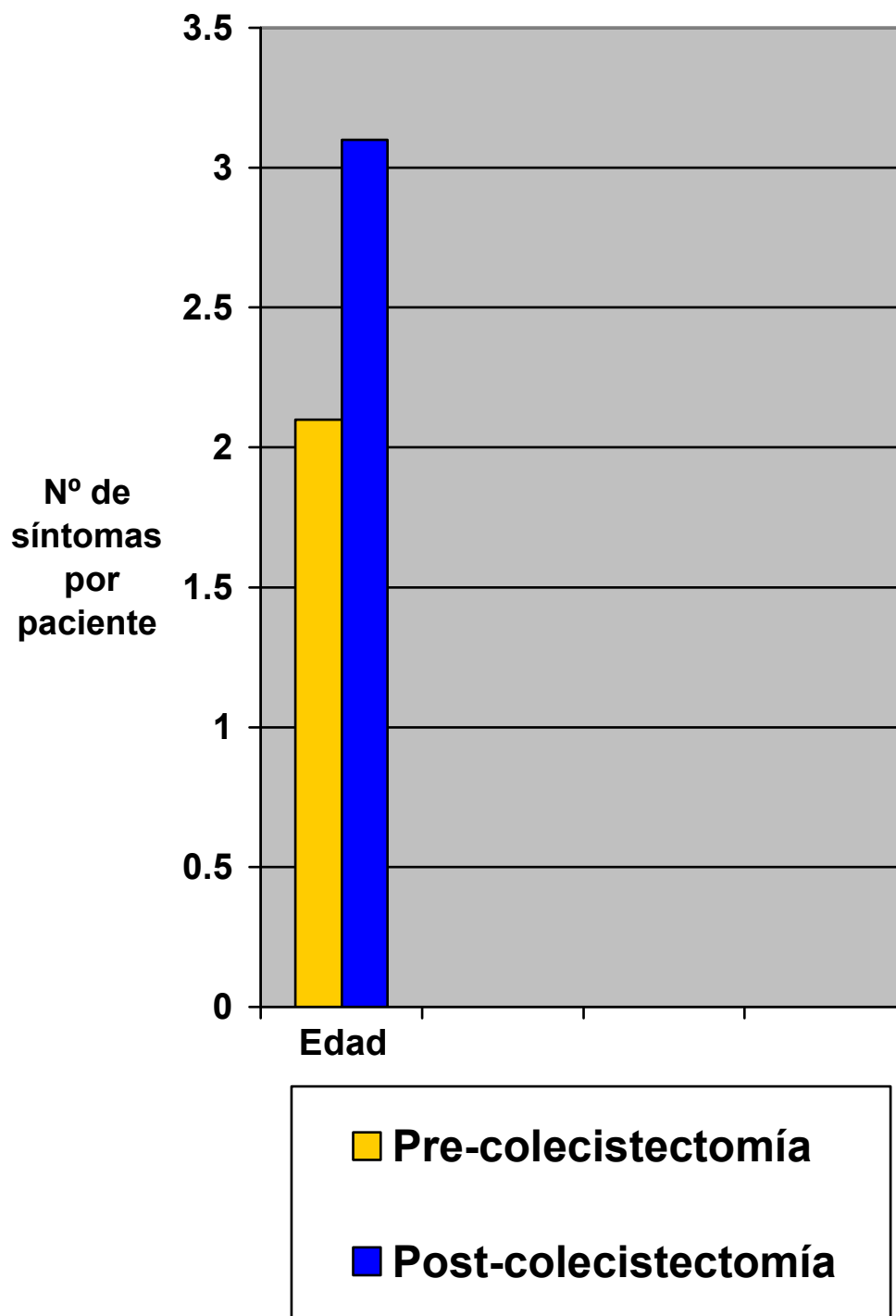


GRÁFICO N° 10B: CONSOLIDADO COMPARATIVO DEL PROMEDIO DE NÚMERO DE SÍNTOMAS POR PACIENTE PRE-COLECISTECTOMÍA Y POST-COLECISTECTOMÍA.

H.E.G. 2004-2006.



El diagnóstico clínico en pacientes post-colecistectomizados se realizó en base al cuadro clínico y con el apoyo de exámenes radiológicos como tomografía abdominal, radiografía de colon y radiografía de esófago, estómago y duodeno; ecográficos como ecografía abdominal; endoscópicos como endoscopia alta y pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica. También los exámenes de laboratorio ayudaron al diagnóstico como en el caso de parasitosis intestinal.

El diagnóstico más frecuente en ambos sexos fue gastritis crónica y hubo evidencia de reflujo biliar en pacientes con diagnóstico de gastritis alcalina. Estos pacientes refirieron acidez, pirosis y en ocasiones vómito bilioso.

También se encontró con frecuencia un grupo de pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable, que presentaron evacuaciones pastosas frecuentes, mientras otro grupo de pacientes presentó evacuaciones pastosas episódicas asociado a desórdenes alimentarios y se catalogó como diarrea funcional. Algunos de estos pacientes con diarrea manifestaron en algunas oportunidades presentar evacuaciones verdosas.

Hubo pacientes con diagnóstico de litiasis de la vías biliares algunos con diagnóstico de litiasis residual y otros pacientes con diagnóstico de litiasis recidivante, donde se encontró pacientes con evidencia de litiasis de la vías biliares cuya colecistectomía había sido más de 20 años atrás.

En otro grupo menor de pacientes se encontró úlcera péptica, hernia hiatal y aisladamente otras patologías diversas.

(Tabla N° 11, Gráfico N° 11A y Gráfico N° 11B: diagnósticos clínicos en sexo femenino)

(Tabla N° 12, Gráfico N° 12A y Gráfico N° 12B: diagnósticos clínicos en sexo masculino)

(Tabla N° 13, Gráfico N° 13A y Gráfico N° 13B: diagnósticos clínicos por enfermedad)

(Tabla N° 14, Gráfico N° 14A y Gráfico N° 14B: diagnósticos clínicos por tipo de patología)

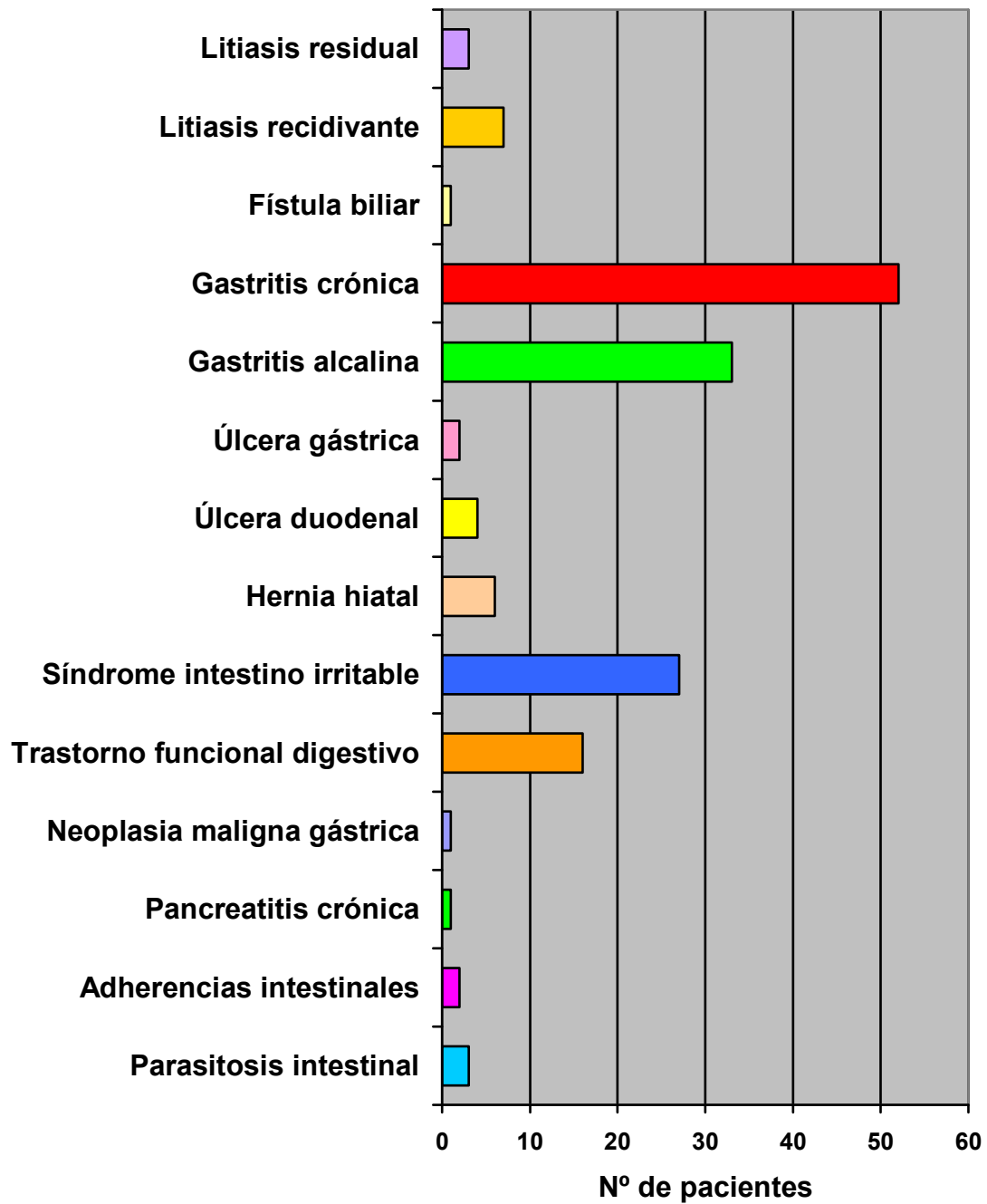
**TABLA N° 11: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Diagnósticos clínicos en pacientes post-colecistectomizados del sexo femenino						
Enfermedad	Edad					Total
	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	> 60 años	
Litiasis residual	1	0	1	0	1	3
Litiasis recidivante	0	0	1	2	4	7
Fístula biliar	0	0	0	1	0	1
Gastritis crónica	1	7	17	12	15	52
Gastritis alcalina	1	4	9	8	11	33
Úlcera gástrica	0	1	0	0	1	2
Úlcera duodenal	0	1	2	0	1	4
Hernia hiatal	0	0	2	1	3	6
Síndrome intestino irritable	0	5	7	10	5	27
Trastorno funcional digestivo	3	0	1	6	6	16
Neoplasia maligna gástrica	0	0	0	0	1	1
Pancreatitis crónica	0	0	1	0	0	1
Adherencias intestinales	1	0	0	0	1	2
Parasitosis intestinal	0	1	0	1	1	3
Total	7	19	41	41	50	158

Se consideró un diagnóstico por paciente, ya que hubo algunas pacientes con diagnóstico de esteatosis hepática y diverticulosis colónica, pero cuya manifestación de sus síntomas estaba relacionado a otras patologías, por lo cual se ha consignado el diagnóstico principal. Las pacientes con hernia hiatal tenían síntomas de reflujo gastroesofágico.

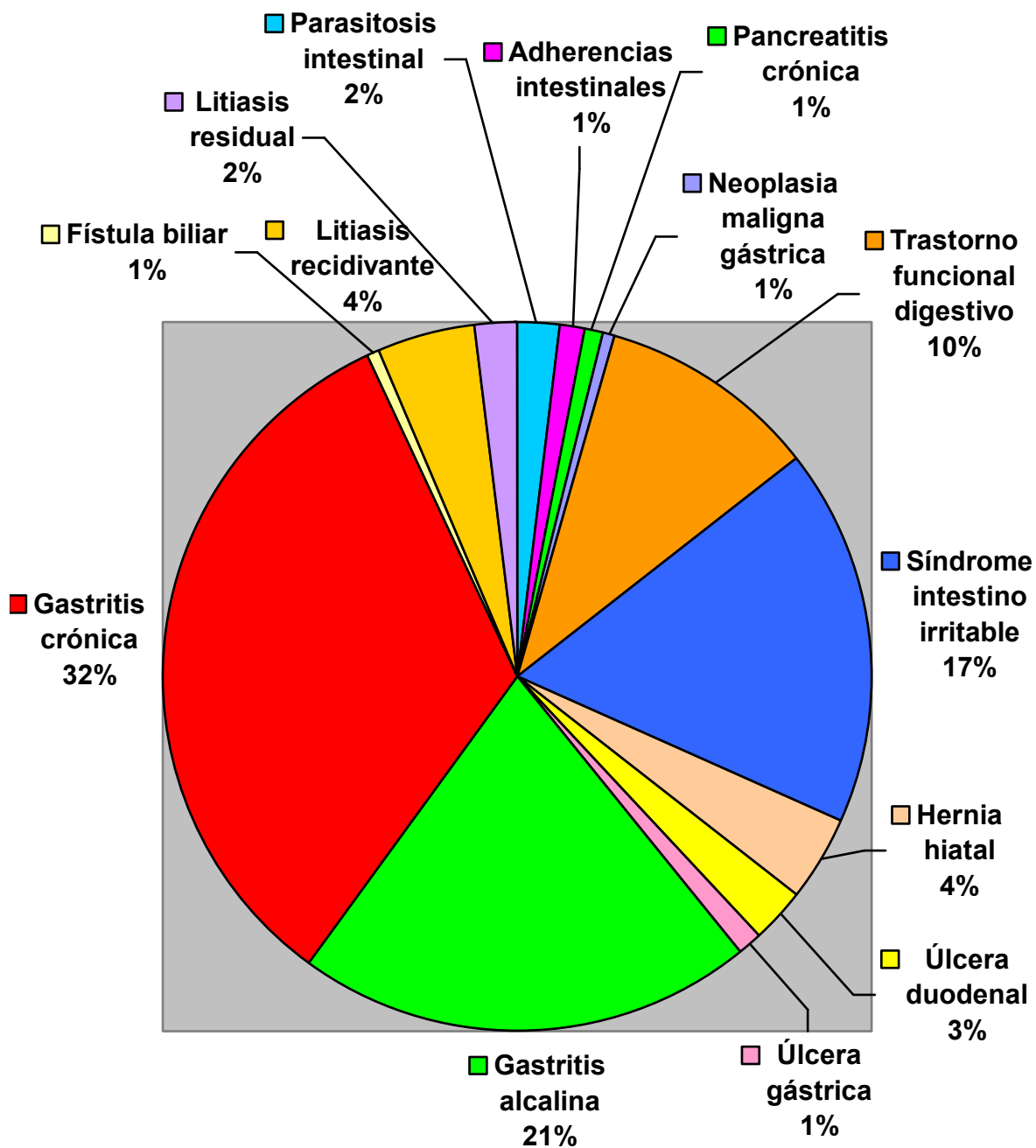
**GRÁFICO N° 11A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES
POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO.**

H.E.G. 2004-2006.



**GRÁFICO N° 11B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES
POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO FEMENINO.**

H.E.G. 2004-2006.



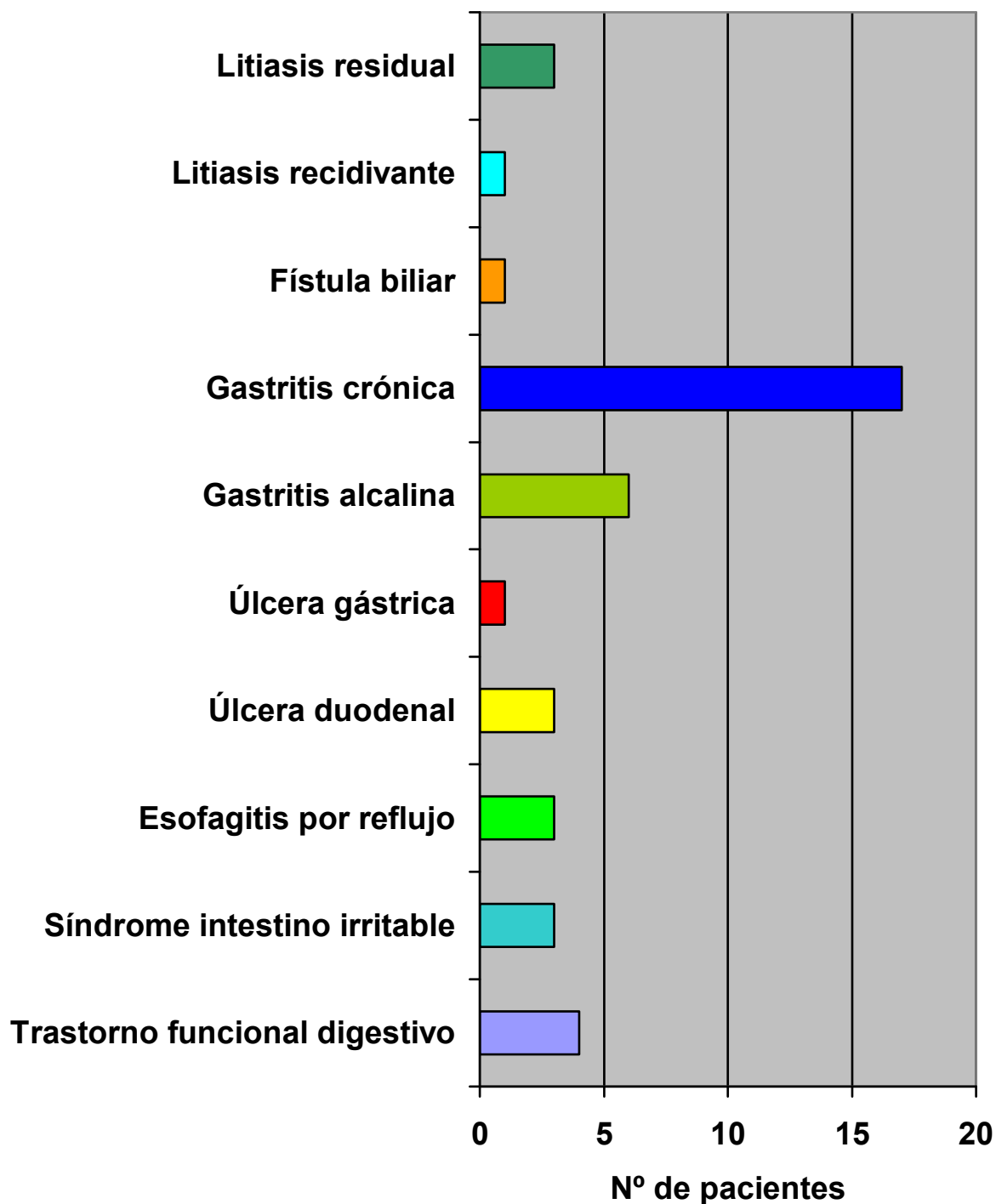
**TABLA N° 12: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Diagnósticos clínicos en pacientes post-colecistectomizados del sexo masculino						
Enfermedad	Edad					Total
	21-30 años	31-40 años	41-50 años	51-60 años	> 60 años	
Litiasis residual	0	0	1	0	2	3
Litiasis recidivante	0	0	0	0	1	1
Fístula biliar	0	0	0	0	1	1
Gastritis crónica	1	1	1	7	7	17
Gastritis alcalina	0	0	1	2	3	6
Úlcera gástrica	0	0	0	0	1	1
Úlcera duodenal	0	0	3	0	0	3
Esofagitis por reflujo	0	0	0	2	1	3
Síndrome intestino irritable	0	0	1	1	1	3
Trastorno funcional digestivo	1	1	1	1	0	4
Total	2	2	8	13	17	42

Se evidenció esofagitis por reflujo en pacientes que no tenían hernia hiatal. Se encontró también en pacientes de sexo masculino algunos casos de esteatosis hepática y diverticulosis pero no se consignó porque la sintomatología de los pacientes eran por otras patologías digestivas.

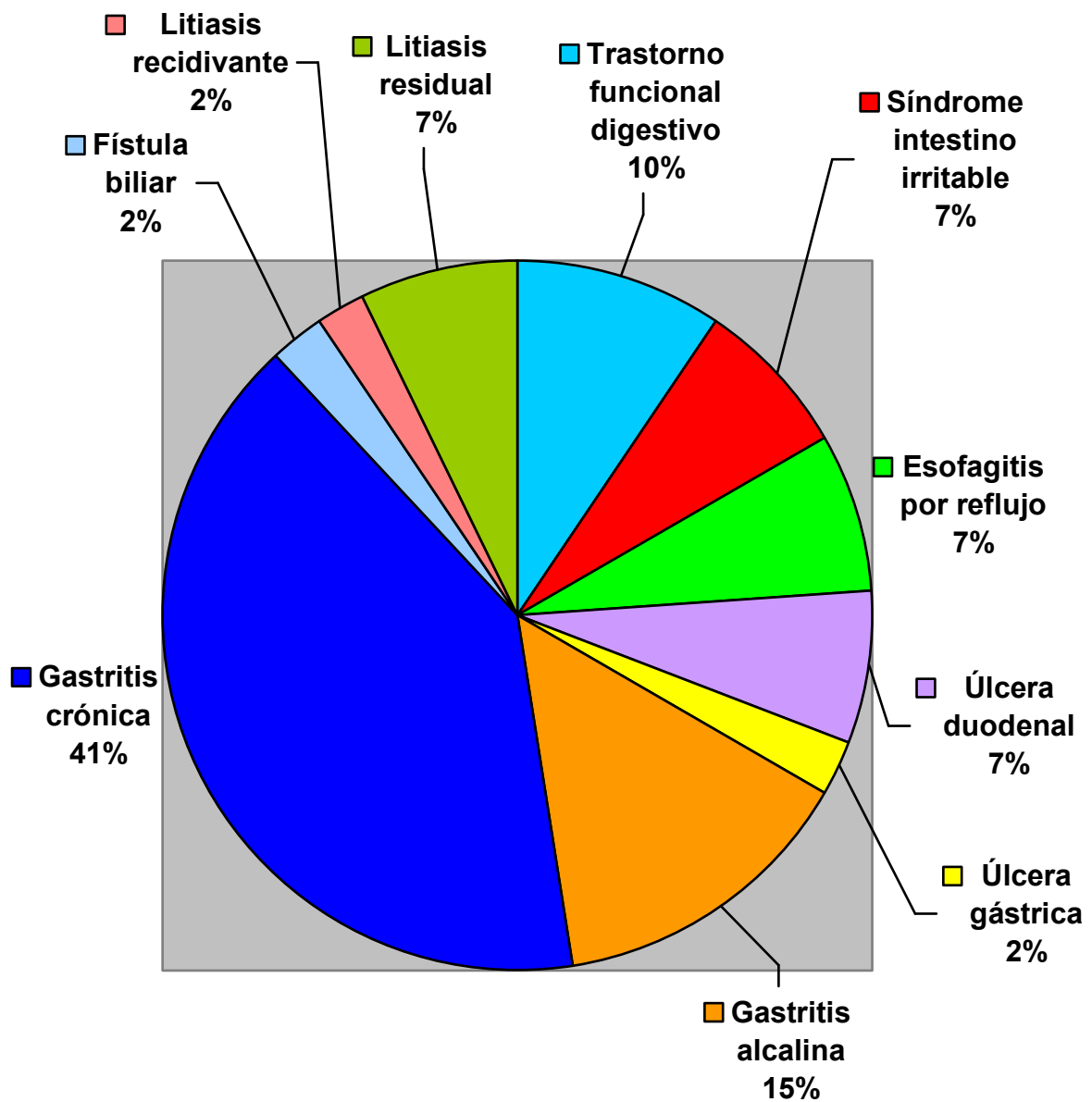
**GRÁFICO N° 12A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES
POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO.**

H.E.G. 2004-2006.



**GRÁFICO N° 12B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS EN PACIENTES
POST- COLECISTECTOMIZADOS DEL SEXO MASCULINO.**

H.E.G. 2004-2006.



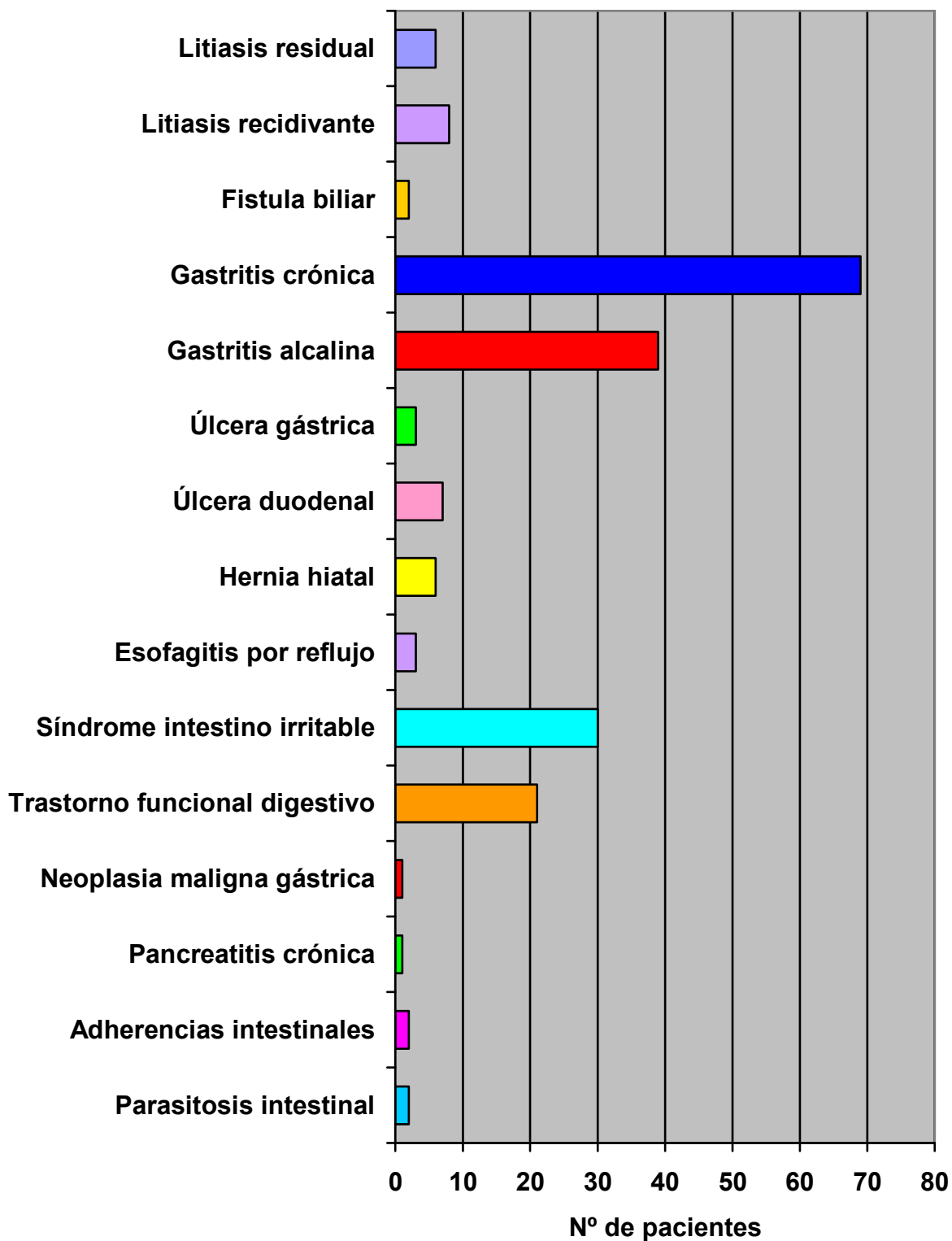
**TABLA N° 13: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD EN
PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Diagnósticos clínicos en pacientes post-colecistectomizados por enfermedad			
Enfermedad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Litiasis residual	3	3	6
Litiasis recidivante	7	1	8
Fístula biliar	1	1	2
Gastritis crónica	52	17	69
Gastritis alcalina	33	6	39
Úlcera gástrica	2	1	3
Úlcera duodenal	4	3	7
Hernia hiatal	6	0	6
Esofagitis por reflujo	0	3	3
Síndrome intestino irritable	27	3	30
Trastorno funcional digestivo	16	4	20
Neoplasia maligna gástrica	1	0	1
Pancreatitis crónica	1	0	1
Adherencias intestinales	2	0	2
Parasitosis intestinal	3	0	3
Total	158	42	200

El diagnóstico de gastritis crónica fue el más frecuente, con evidencia de reflujo biliar en la endoscopia de los pacientes con gastritis alcalina. Los pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable y los trastornos funcionales digestivos siguieron en frecuencia.

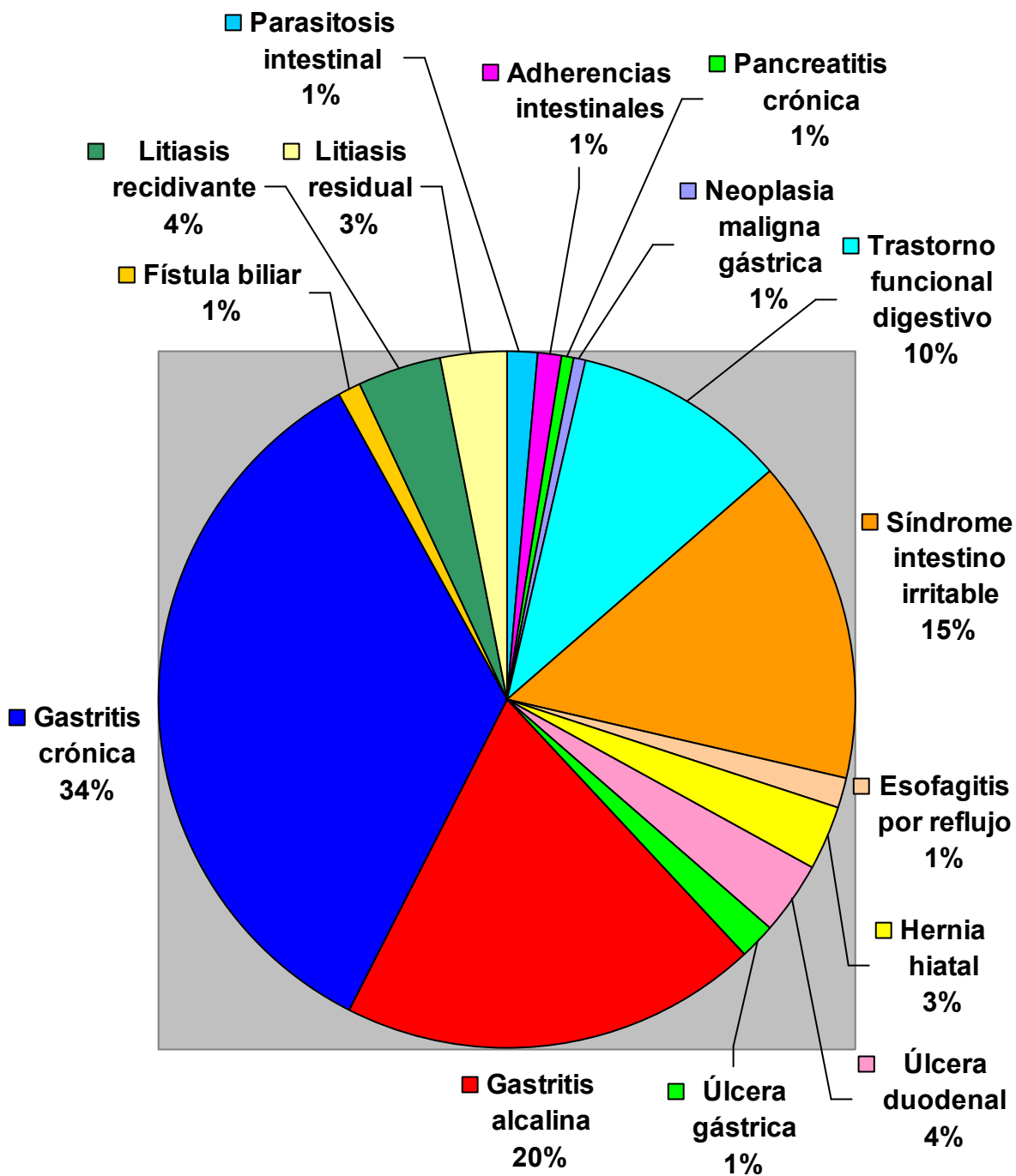
**GRÁFICO N° 13A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD
EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.**

H.E.G. 2004-2006.



**GRÁFICO N° 13B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR ENFERMEDAD
EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.**

H.E.G. 2004-2006.



**TABLA N° 14: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE PATOLOGÍA
EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.
HOSPITAL DE EMERGENCIAS GRAU 2004-2006.**

Diagnósticos clínicos en pacientes post-colecistectomizados por tipo de patología				
Tipo de patología	Sexo		Total	
	Femenino	Masculino	N°	%
Litiasis de vías biliares	10	4	14	7
Gastritis	85	23	108	54
Úlcera péptica	6	4	10	5
Hernia hiatal	6	0	6	3
Síndrome intestino irritable	27	3	30	15
Trastorno funcional digestivo	16	4	20	10
Otras patologías	8	4	12	6
Total	158	42	200	100

El diagnóstico de gastritis fue el más frecuente en pacientes post-colecistectomizados con 54% de los casos, se encontró que entre el síndrome de intestino irritable y los trastornos funcionales fueron el 25% de los casos. Hubo algunos pacientes con diagnóstico de gastritis y colon irritable, pero se consignó el diagnóstico en que predominaban los síntomas que manifestaba el paciente.

Se encontró también 7% de pacientes con diagnóstico de litiasis de vías biliares y 5% de pacientes con diagnóstico de úlcera péptica.

**GRÁFICO N° 14A: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE
PATOLOGÍA EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.**

H.E.G. 2004-2006.

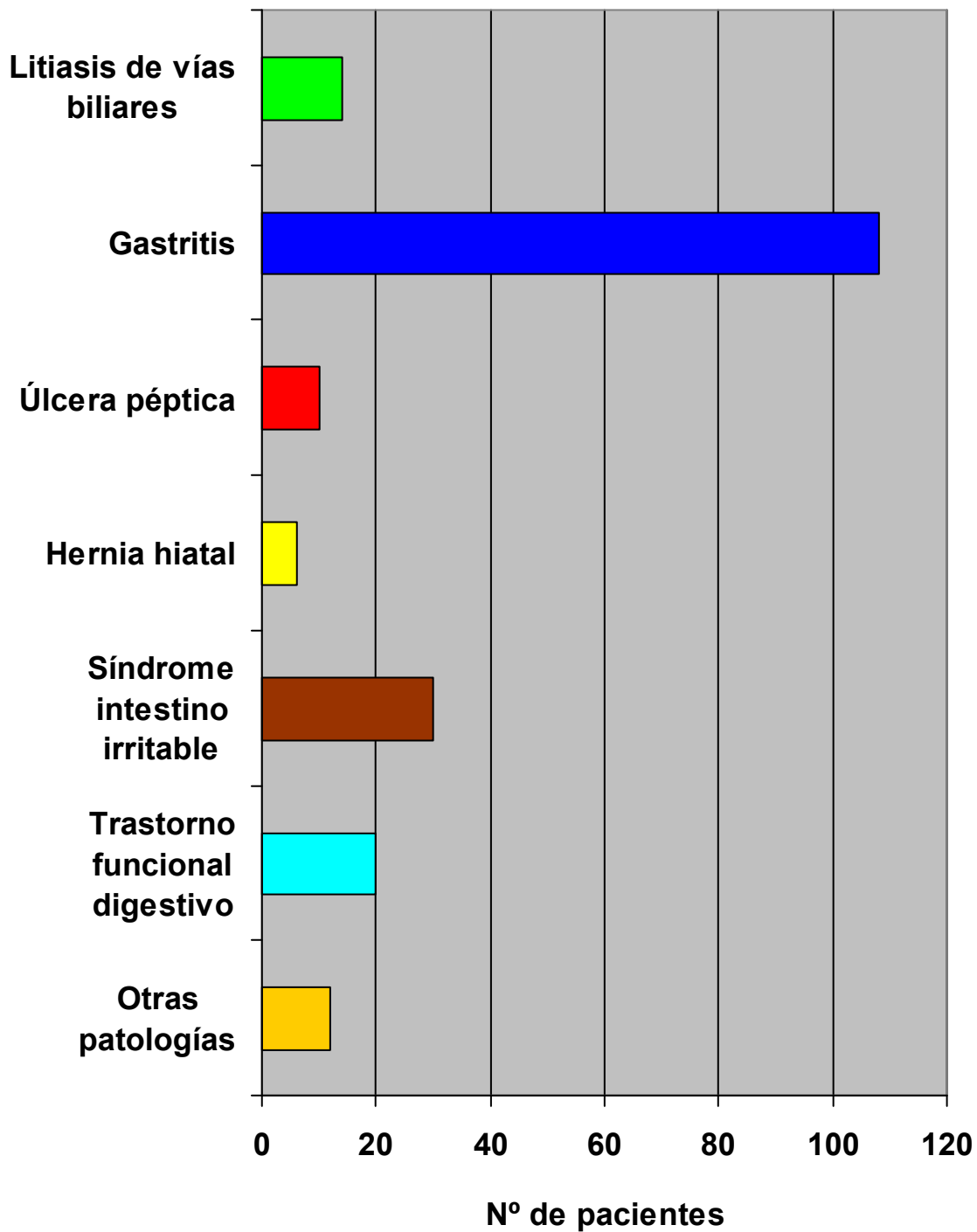
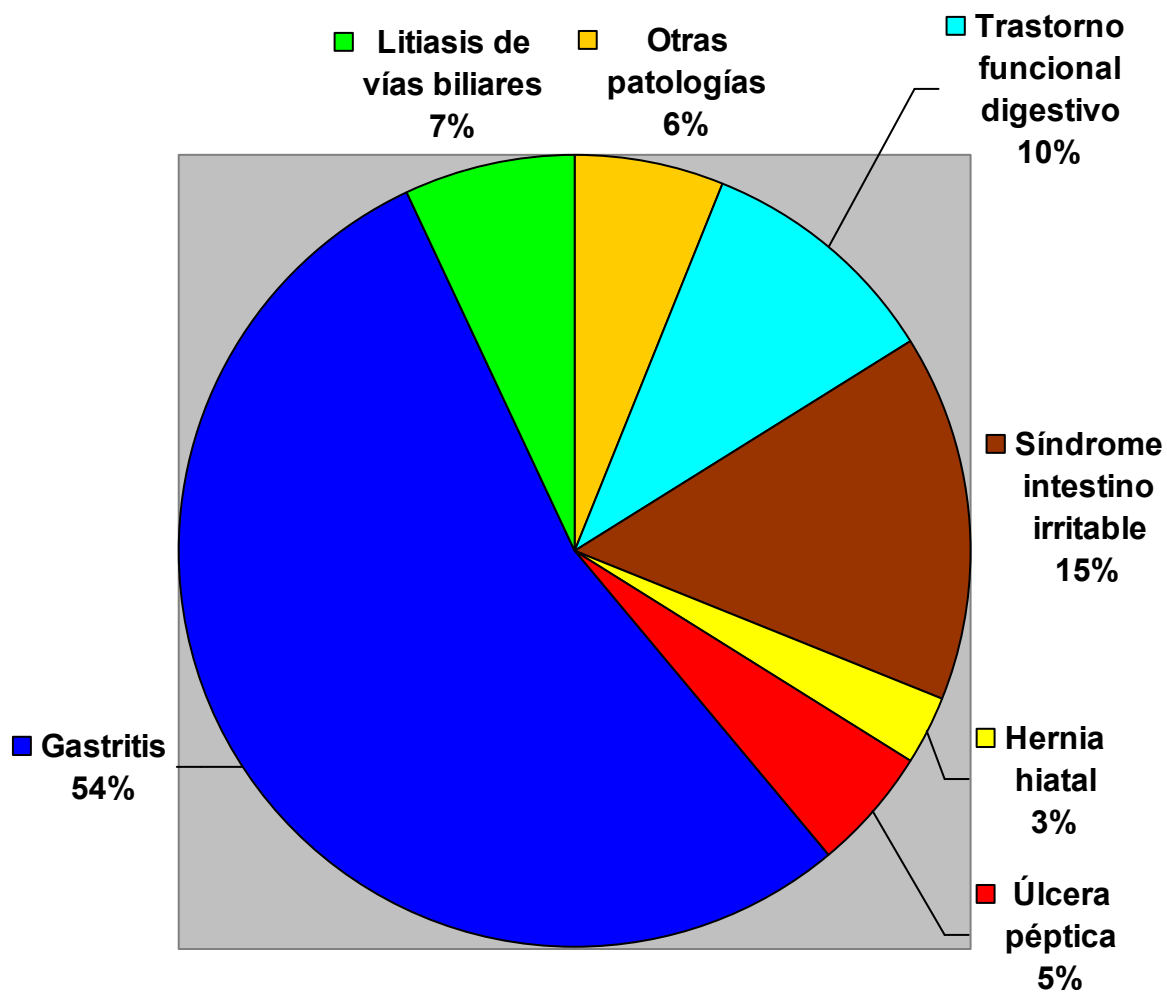


GRÁFICO N° 14B: DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS POR TIPO DE PATOLOGÍA EN PACIENTES POST-COLECISTECTOMIZADOS.

H.E.G. 2004-2006.



CAPITULO V: DISCUSIÓN

La manifestación de los síntomas post-colecistectomía se da en una frecuencia mayor en pacientes del sexo femenino, encontrando una relación de sexo femenino/masculino de 3.8/1, lo que está en relación directa a la prevalencia de litiasis biliar que tiene una relación similar de sexo femenino/masculino de 3-4/1 según las diferentes series de estudio (1) (4).

De los pacientes que manifestaron síntomas pre-colecistectomía predominó el dolor en hipocondrio derecho que fue la principal causa, ante el hallazgo de litiasis biliar, de indicación quirúrgica.

La litiasis biliar sea múltiple, única o asociado a litiasis de vías biliares fue la principal indicación de colecistectomía en 92% de los casos, lo que demuestra la prevalencia de la litiasis biliar en la patología vesicular, como lo demuestran los diferentes reportes (1) (4).

La presentación de los síntomas post-colecistectomía fue mayormente dentro de los 2 primeros años y sobretodo el primer año, como lo reporta la literatura mundial (22) (23).

Asimismo no hubo diferencias entre el tipo de colecistectomía y la presentación de los síntomas post-colecistectomía, como se reporta en algunos estudios al respecto (20). En este estudio se excluyó los síntomas relacionados al acto quirúrgico en sí como las presentadas post-anestesia y el dolor de herida operatoria.

Se evidenció una diferencia entre el tipo de síntomas pre-colecistectomía donde predominó el dolor en hipocondrio derecho asociado a meteorismo y el tipo de síntomas post-colecistectomía donde predominó la acidez, con incremento del meteorismo y de cambios en el ritmo evacuatorio sobretodo aumento del tránsito intestinal por la presencia de evacuaciones pastosas. Este aumento de los síntomas post-colecistectomía en un grupo de pacientes que es alrededor del 20% de todos los pacientes post-colecistectomizados como lo reporta la literatura (2) (3) (24), puede explicar la manifestación de los síntomas post-colecistectomía en relación a los cambios fisiopatológicos que se dan ante la ausencia de la vesícula biliar, como lo reportan algunas series (5) (8) (9) (10) (11).

Los síntomas post-colecistectomía fueron a predominio de acidez, meteorismo, con algunos pacientes con náusea y vómito bilioso episódico, todo esto en relación al aumento de reflujo biliar duodenogástrico y alteraciones de la motilidad antroduodenal, como lo demuestran algunos reportes de la literatura (10) (14). Algunos pacientes con persistencia de dolor en hipocondrio derecho pueden estar en relación a disquinesia del esfínter de Odi.

También se observó un incremento de la motilidad intestinal en pacientes que presentaron evacuaciones pastosas recurrentes asociado a dolor en mesogastrio y meteorismo, en algunos pacientes estos cambios en el ritmo evacuatorio fueron episódicos en relación a desórdenes alimentarios, catalogado como diarrea funcional, pero un grupo de 24 pacientes sobretodo de sexo femenino presentó evacuaciones pastosas frecuentes en ocasiones de tinte verdoso. Este grupo representa el 12% del total de pacientes, cifra similar a reportes en la literatura (22) (24). Pacientes con diagnóstico de síndrome de intestino irritable no colecistectomizadas tienen síntomas similares y en similar frecuencia que pacientes colecistectomizadas (5), con síntomas de diarrea, constipación y meteorismo, por lo que la asociación de evacuaciones pastosas y colecistectomía obedece más a diarreas de tipo funcional debido a los trastornos fisiopatológicos que se produce post-colecistectomía. Sin embargo un número menor de pacientes refirió constipación, que puede estar en relación a cambios en la dieta post-colecistectomía.

Por el tipo de pacientes que se incluyó en el estudio se encuentra un incremento de síntomas post-colecistectomía, que puede demostrar la aparición de síntomas nuevos en relación a la ausencia de vesícula biliar; que si bien un grupo de pacientes ya tenían síntomas previo a la colecistectomía, el aumento del número de síntomas en promedio por paciente post-colecistectomía demuestra esta relación causal.

Pacientes con síntomas de leve intensidad, episódicos estuvieron en relación a trastornos funcionales y algunos cuadros de gastritis crónica. Pacientes con síntomas recurrentes, tuvieron mayor intensidad de síntomas lo que estuvo en relación a los diferentes diagnósticos clínicos que se encontraron en los pacientes post-colecistectomizados.

En los que presentaron síntomas severos como dolor abdominal severo, ictericia y vómito estuvieron asociados a patología biliar como litiasis de vías biliares, pancreática como pancreatitis crónica o a complicaciones de la cirugía biliar, como la fístula biliar que se presentó en 2 pacientes.

En relación a los diagnósticos clínicos post-colecistectomía se encuentra un claro predominio de la gastritis crónica, en aproximadamente 50% de casos como lo menciona la literatura (5), que si bien es un diagnóstico muy frecuente en cualquier serie de estudios control de pacientes no colecistectomizados, la presencia de gastritis alcalina con evidencia de reflujo biliar duodenogástrico en un grupo de pacientes en el presente estudio, señala la influencia de la colecistectomía en dicho hallazgo, como reportan algunas series (12) (15).

Del mismo modo, pacientes con diagnóstico de trastorno funcional digestivo pueden también estar en relación al aumento de la circulación enterohepática post-colecistectomía como lo señalan algunos estudios (8) (10) (11), con incremento de la motilidad intestinal y por consiguiente la presentación de evacuaciones pastosas episódicas (9).

Se encontró también pacientes con diagnóstico de úlcera péptica en 5% de casos, que si bien no parece tener una relación directa al antecedente de colecistectomía, podría el reflujo biliar duodenogástrico post-colecistectomía jugar un rol en la presentación de esta patología como lo menciona un reporte en la literatura (5) (10).

Hubo asimismo un grupo de pacientes con síntomas de reflujo gastroesofágico que si bien no hubo evidencia endoscópica en muchos de ellos, como lo refiere la literatura (1), y su presentación es similar en ambos sexos; si se evidenció esofagitis por reflujo en un grupo menor de pacientes de sexo masculino, que tienen más preponderancia a presentar esofagitis por reflujo como lo reporta la literatura (1). En cambio las pacientes de sexo femenino en este estudio tuvieron evidencia de hernia hiatal, con síntomas de reflujo gastroesofágico pero sin evidencia endoscópica de esofagitis por reflujo.

Sin embargo estos síntomas de reflujo en estos pacientes no estarían en relación al antecedente de colecistectomía, ya que también lo presentan pacientes sin éste antecedente. En este estudio se encontró también litiasis de vías biliares en 7% de los pacientes post-colecistectomizados, lo que es similar a lo referido en la literatura (1) (3). Estos hallazgos de litiasis de vías biliares están en relación a la patología biliar en sí, más no en relación a la ausencia de vesícula biliar.

De todo lo mencionado anteriormente, se puede inferir que según los resultados del presente estudio hay evidencias de cambios fisiopatológicos post-colecistectomía, como es el aumento de la circulación enterohepática que produce el aumento de la excreción biliar colónica y el reflujo biliar duodenogástrico; lo que da lugar a la manifestación de síntomas post-colecistectomía tal como la acidez, meteorismo y evacuaciones pastosas. En relación a estos síntomas están los diagnósticos de gastritis sobretodo de tipo alcalina, los trastornos funcionales con síntomas de diarrea funcional y meteorismo; además de algunos cuadros catalogados en el presente estudio como síndrome de intestino irritable.

En cambio estos cambios fisiopatológicos no parecen tener una relación directa con otras patologías como la úlcera péptica, hernia hiatal, pancreatitis crónica, litiasis de vías biliares u otras patologías encontradas aisladamente como parasitosis intestinal.

CONCLUSIONES

- 1.- La presentación de los síntomas post-colecistectomía es más frecuente en pacientes del sexo femenino siguiendo una relación similar a la litiasis biliar. En este estudio la relación entre sexo femenino/masculino fue de 3.8/1.
- 2.- El número de pacientes que manifiestan síntomas post-colecistectomía se incrementa progresivamente con la edad en ambos sexos. Sin embargo, es mayor el número de síntomas por paciente hasta los 50 años, es decir son polisintomáticos, en cambio disminuye el número de síntomas por paciente a partir de esta edad.
- 3.- El tipo de colecistectomía, ya sea laparoscópica o abierta no influye en la características clínicas de los síntomas post-colecistectomía.
- 4.- La presentación de los síntomas post-colecistectomía fue mayormente dentro de los 2 primeros años post-colecistectomía, en relación a los cambios fisiopatológicos que se dan post-colecistectomía, como el aumento de la excreción biliar colónica y el aumento del reflujo duodenogástrico en un grupo de pacientes que manifiestan disminución de la consistencia de las evacuaciones y acidez.
- 5.- Los diagnósticos clínicos de gastritis crónica, gastritis alcalina y trastornos funcionales digestivos que cursan con diarrea funcional está en relación a los cambios fisiopatológicos post-colecistectomía por incremento de la circulación enterohepática biliar.
- 6.- En los casos de gastritis crónica, la presencia de gastritis alcalina con evidencia de reflujo biliar duodenogástrico en un grupo de estos pacientes post-colecistectomizados señala la influencia de la colecistectomía en dicho hallazgo. Otras patologías en cambio como la litiasis de vías biliares y pancreatitis, la manifestación de sus síntomas no está en relación a la colecistectomía, sino a la patología original.
- 7.- El término síndrome post-colecistectomía es ambiguo y anacrónico, por lo cual no debe emplearse. Lo que se da son los cambios fisiopatológicos que produce la colecistectomía que da lugar a la manifestación de síntomas post-colecistectomía.

RECOMENDACIONES

- 1.- Ante un paciente con síntomas digestivos y evidencia de litiasis biliar, se debe evaluar previo a la colecistectomía, si la causa de su sintomatología se debe a patología biliar o extrabiliar; dado que sus síntomas pueden ser manifestación de otras patologías no biliares, por lo que hay que evitar atribuir la sintomatología del paciente al hallazgo ecográfico de litiasis biliar, sin antes haber hecho una evaluación adecuada de los síntomas.
- 2.- Si un paciente post-colecistectomizado manifiesta síntomas, debe especificarse que tipo de síntomas y con que frecuencia los presenta, a fin de realizar los estudios diagnósticos pertinentes para determinar el origen de dicha sintomatología.
- 3.- Dado que la presentación de los síntomas post-colecistectomía es similar a la prevalencia de la litiasis biliar, es decir es en promedio 3 veces mayor en pacientes del sexo femenino, debe tenerse en cuenta este factor muy importante, para la evaluación y seguimiento de las pacientes que manifiestan síntomas post-colecistectomía.
- 4.- Considerando que los síntomas post-colecistectomía son debidos a diversas causas, se debe evitar el uso del término síndrome post-colecistectomía dado que no hay síntomas o signos específicos de este síndrome. Este término no debe usarse, pero si debe considerarse que la colecistectomía puede producir cambios fisiopatológicos que debe tenerse en cuenta cuando se evalúa un paciente que manifiesta síntomas posteriores a la colecistectomía.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sleisenger M, Feldman M, Friedman L. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Editorial médica panamericana; 7ª.Edición. Buenos Aires, Argentina. 2004. 55-56:1126-68.
- 2.- Cortina M, Acevedo S, Athie J, Vásquez M, Godoy S, Sánchez J. Síndrome post-colecistectomía: un mito? Rev Gastroenterol Méx 1985. Oct-dic; 50(4): 249-53
3. - Useche E, Salazar S, Vetencourt R, Castillo J, Guzmán S. The effectiveness of endoscopic retrograde colangiopancreatography in the etiological diagnosis of the post-colecystectomy syndrome. GEN 1993 Jul-sep; 47(3):157-61.
4. - Diehl A. Epidemiology and natural history of gallstone disease. Gastroenterol Clin North Am.1991; 20:1-19.
- 5.- Csendes A, Csendes P, Rojas J, Sánchez M. Resultados de la colecistectomía a 10 años plazo. Rev méd Chile 2000; 128(12):1309-12.
6. - Awud C, Sharma R, Kapur M, Taudan K. Analysis of symptomatic patients after cholecystectomy: is the term post cholecistectomy syndrome an anachonism? Trop Gastroenterol 1995; 16: 126-8.
- 7.- Csendes A, Álvarez F, Medina E, Campos A, Blanco C, Guell I, et al. Prevalencia de síntomas digestivos en mujeres adultos normal y su asociación a litiasis biliar. Rev Méd Chile 1994; 112: 531-6.
- 8.- Fort M, Azpiroz F, Casillas F, Andreus J, Malagelada R. Bowel habit after cholecistectomy: physiological changes and clinical implications. Gastroenterology 1996 Sep; 111(3): 617-22.
- 9.- Potter D. Bile acid diarrhea. Dig Dis 1998 Mar-Apr; 16(2): 118-24.

- 10.- Wilson P, Jamieson R, Hinder A, Anselmino M, Perdikis G, Ueda RK, et al. Pathologic duodenogastric reflux associated with persistence of symptoms after cholecystectomy. *Surgery* 1995 Apr; 117(4): 421-8.
- 11.- Abu Farsakh N, Stictich M, Abu Farsakh F. The post cholecystectomy syndrome. A role for duodenogastric reflex. *J Clinic Gastroent* 1996 Apr; 22(3): 197-201.
- 12.- Lorusso D, Pezzolla F, Cavallini A, Messa C, Giorgio P, Caruso M, et al. A prospective study on duodenogastric reflux and on histological changes in gastric mucosa after cholecystectomy. *Gastroenterol Clin Biol* 1992;16(4):328-33.
- 13.- Abdel Wahab M, Abo Elenein A, Fathy O, Gadel Hak N, Elshal M, Yaseen A, et al. Does cholecystectomy affect antral mucosa? Endoscopic, histopathologic and DNA flow cytometric study. *Hepatogastroenterology* 2000 May-Jun;47(33):621-5.
- 14.- Perdikis G, Wilson P, Hinder R, Redmond E, Wetscher G, Neary P, et al. Altered antroduodenal motility after cholecystectomy. *Am J Surg* 1994; 168(6): 609-15.
- 15.- Watson G, Love H. Intragastric bile acid concentrations are unrelated to symptoms of flatulent dyspepsia in patients with and without gallbladder disease and post cholecystectomy. *Gut* 1987 Feb; 28(2):131-6.
- 16.- Brown H, Walton G, Cheadle G, Larson M. The alkaline shift in gastric pH after cholecystectomy. *Am J Surg* 1989 Jan; 157(1): 58-65.
- 17.- Carlson L, Rhodes M, Stock S, Lendrum R, Lavelle M, Venables W. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the investigation of pain after cholecystectomy. *Br J Surg* 1992 Dec; 79(12):1342-5.
- 18.- Sugawa C, Clift D, Walt J. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography after cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1983 Sep;157(3):247-51.

- 19.- Howard K, Lord J, Speer A, Gibson N, Padbury R, Kearney B. Value of magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of biliary abnormalities in postcholecystectomy patients: a probabilistic cost-effectiveness analysis of diagnostic strategies. *Int J Technol Assess Health Care* 2006; 22(1):109-18.
- 20.- Torres C, Spinetti D. Colectomía laparoscópica versus colectomía abierta o tradicional. Resultados de una serie de 442 pacientes. *Rev Fac Med Univ Los Andes Mérida. Venezuela* 2004; 11: 1-4.
- 21.- Buess F, Klein U, Manncke K, Raestrup H, Schmedt G, Becker D. Follow-up results of laparoscopic cholecystectomy. *Chirurg* 1995 Oct; 66(10):982-9.
- 22.- Sand J, Pakkala S, Nordback I. Twenty to thirty year follow-up after cholecystectomy. *Hepatogastroenterology* 1996; 43(9): 534-7.
- 23.- Bates T, Ebbs R, Harrison M, A' Hern R. Influence of cholecystectomy on symptoms. *Br J Surg* 1991 Aug; 78(8):964-7.
- 24.- Fenster F, Lonborg R, Thirlby C, Traverso W. What symptoms does cholecystectomy cure? Insights from an outcomes measurement project and review of the literature. *Am J Surg* 1995; 169: 533-8.
- 25.- Morán L, Cumpa R, Vargas G, Astete M, Valdivia M. Características de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en un centro de referencia nacional. *Rev Gastroenterol Perú* 2005 Abr-jun; 25(2): 161-7.
- 26.- Falcón P. Metodología de la investigación científica. Univ Nac Trujillo, Perú. 1975.

ANEXOS

MANIFESTACIONES CLÍNICAS POST-COLECISTECTOMÍA

1.- FILIACIÓN

- A.- Nombre
- B.- Edad
- C.- Sexo

2.- PRE-OPERATORIO

I.- SINTOMAS:

A.- Dolor:

- Localización: a.- Hipocondrio derecho
 - b.- Epigastrio
 - c.- Mesogastrio

B.- Meteorismo

- C.- Deposiciones: a.- Pastosas y/o líquidas (diarreicas)
 - b.- Duras (Constipación)
 - c.- Normal

D.- Acidez

E.- Náusea, vómito

F.- Otros: Ictericia, fiebre

II.- EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

- A.- Exámenes radiológicos
- B.- Exámenes ecográficos
- C.- Exámenes endoscópicos
- D.- Exámenes de laboratorio

3.- CIRUGÍA

I.- TIPO DE COLECISTECTOMÍA: A.- Laparoscópica

B.- Abierta

II.- HALLAZGOS:

A.- Colecistitis crónica calculosa: a.- Única

b.- Múltiple

B.- Colelitiasis + colédocolitiasis

C.- Pólipos vesiculares

D.- Colecistitis alitiásica

E.- Otros: colesterolesis, quiste de colédoco

4.- POST-OPERATORIO

I.- TIEMPO ASINTOMÁTICO:

A.- Menor de 1 año: a.- Menor de 3 meses

b.- 3-6 meses

c.- 7-12 meses

B.- Mayor de 1 año: a.- 1-2 años

b.- 3-5 años

c.- 6-10 años

d.- 11-20 años

e.- Mayor de 20 años

II.- SÍNTOMAS POST-OPERATORIOS:

A.- Dolor:

- Localización: a.- Hipocondrio derecho

b.- Epigastrio

c.- Mesogastrio

B.- Meteorismo

C.- Deposiciones: a.- Pastosas y/o líquidas (diarreicas)

b.- Duras (Constipación)

c.- Normal

D.- Acidez

E.- Náusea, vómito

F.- Otros: Ictericia, fiebre

III.- EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:

- A.- Exámenes radiológicos
- B.- Exámenes ecográficos
- C.- Exámenes endoscópicos
- D.- Exámenes de laboratorio

IV.- DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

- A.- Litiasis de vías biliares: a.- Residual
 - b.- Recidivante
- B.- Gastritis: a.- Crónica
 - b.- Alcalina
- C.- Úlcera péptica: a.- Gástrica
 - b.- Duodenal
- D.- Hernia hiatal
- E.- Esofagitis por reflujo
- F.- Síndrome intestino irritable
- G.- Trastorno funcional digestivo
- H.- Neoplasia maligna gástrica
- I.- Pancreatitis crónica
- J.- Otras patologías: a.- Parasitosis
 - b.- Adherencias
 - c.- Fístula biliar