



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

Evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en
pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar

Trabajo de Titulación para optar al título de
MÉDICO GENERAL

Autoras:

Asqui Quezada, Teresa Elizabeth
Ortiz Quintana, Maritza Mishell

Tutor:

Dr. Geovanny Cazorla Badillo

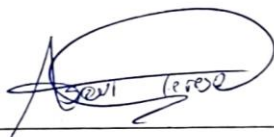
Riobamba, Ecuador. 2024

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotras Teresa Elizabeth Asqui Quezada y Maritza Mishell Ortiz Quintana, con cédula de ciudadanía 060463494 y 0250312295, autoras del trabajo de investigación titulado: Evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 18 de noviembre de 2021



Teresa Elizabeth Asqui Quezada

C.I: 060463494



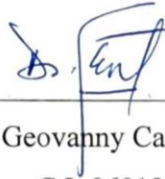
Maritza Mishell Ortiz Quintana

C.I: 0250312295

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Geovanny Cazorla Badillo catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud, por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar, bajo la autoría de Teresa Elizabeth Asqui Quezada y Maritza Mishell Ortiz Quintana; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los 18 días del mes de noviembre de 2024



Dr. Geovanny Cazorla Badillo

C.I: 0601875214

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

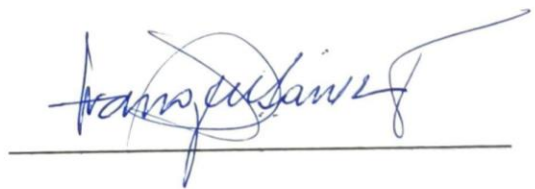
Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar**, presentado por **Asqui Quezada Teresa Elizabeth**, con cédula de identidad número **0604634394** y **Ortiz Quintana Maritza Mishell**, con cédula de identidad número **0250312295**, bajo la tutoría de Dr. Geovanny Cazorla Badillo; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 21 de noviembre del 2024

Dr. Enrique Ortega Salvador.
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Dr. Ortega', written over a horizontal line.

Dr. Ángel Yáñez Velastegui
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Angel Yanez', written over a horizontal line.

Dr. Mauro Cushpa Guaman
MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mauro Cushpa', written over a horizontal line.



Riobamba, 15 de noviembre del 2024
Oficio N°108-2024-1S-TURNITIN-CID-2024

Dr. Patricio Vásquez
DIRECTOR CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD - UNACH
Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Dr. Geovanny Cazorla**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N°0469-D-FCS-ACADÉMICO-UNACH-2024, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa TURNITIN, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos de los estudiantes	% TURNITIN verificado	Validación	
					Si	No
1	0469-D-FCS-04-04-2024	Evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar	Asqui Quezada Teresa Elizabeth Ortiz Quintana Maritza Mishell	9	X	

Atentamente



PhD. Francisco Javier Ustáriz Fajardo
Delegado Programa TURNITIN
FCS / UNACH
C/c Dr. Vinicio Moreno – Decano FCS

DEDICATORIA

Dedico este logro, con todo mi amor, a mis padres, quienes me inculcaron valores y el deseo de superarme día a día. A mi esposo, por su paciencia y comprensión durante las largas horas de estudio. A mi abuelita, que desde el cielo han sido mi inspiración constante y a mis abuelitos que me han guiado y guiado día a día. Este triunfo también es para todos aquellos que confiaron en mí y me impulsaron a creer que los sueños se hacen realidad.

Teresa Elizabeth Asqui Quezada

Dedico esta tesis a mi familia, que siempre ha estado a mi lado, animándome en los momentos difíciles y celebrando cada uno de mis logros. A mi madre, a mi padre por ser mi mayor ejemplo de esfuerzo y perseverancia. A mis seres queridos, quienes me motivaron a nunca rendirme. Este trabajo también lo dedico a todos los pacientes y profesionales de la salud, con la esperanza de que esta investigación aporte al mejoramiento de la calidad de vida en nuestra sociedad.

Maritza Mishell Ortiz Quintana

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a Dios, por ser mi guía constante y la fuente de fortaleza y esperanza que me permitió superar cada desafío en este camino académico. A mi querida abuelita, "Mamita Lola", cuya memoria siempre ha sido mi mayor inspiración. A mis padres, Francisco y Elizabeth, por su apoyo incondicional, su amor infinito y por haberme enseñado el verdadero significado del esfuerzo y la perseverancia. A mi esposo, Álex Darío, por su paciencia, comprensión y aliento en cada etapa de este proceso. A mis abuelitos Benjamin y Antonieta, mis hermanas Carolina y Francis, mi hermano Martin, mi cuñada Alanis y mis suegros Lorenita y Julio, mis tías y , quienes con su cariño y palabras de motivación han estado a mi lado, alentándome a alcanzar mis metas. A todos ellos, mi eterno agradecimiento por ser mi sustento emocional y mi mayor impulso.

ASQUI QUEZADA TERESA ELIZABETH

Agradezco a Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada paso de este camino, llenándome de sabiduría, paciencia y perseverancia. A mis padres, Patricio y Maritza, por ser un pilar fundamental con su amor incondicional, su ejemplo de vida y el apoyo constante que me han brindado a lo largo de estos 6 años. A mis hermanos, Emily y Patito, por su cariño y por estar siempre a mi lado. Extiendo mi gratitud a toda mi familia, a mis abuelitos, Gloria y Marco, que con su aliento y compañía han sido una parte fundamental para alcanzar este logro. A cada uno de ustedes, mi más profundo agradecimiento.

ORTIZ QUINTANA MARITZA MISHELL

ÍNDICE

DECLARATORIA DE AUTORÍA
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL
CERTIFICADO ANTIPLAGIO
DEDICATORIA
AGRADECIMIENTO
ÍNDICE GENERAL
ÍNDICE DE TABLAS
ÍNDICE DE GRÁFICOS
RESUMEN
ABSTRACT

CAPÍTULO I.....	15
1.1. Introducción	15
1.2.Planteamiento del problema	16
1.3.Justificación.....	17
1.4.Objetivos de la investigación.....	18
<i>1.4.1. Objetivo general.....</i>	<i>18</i>
<i>1.4.2. Objetivos específicos</i>	<i>18</i>
CAPITULO II.....	19
2.1Estado del arte.....	19
<i>2.1.1. Fundamentación teórica Colectomía Laparoscópica.....</i>	<i>19</i>
<i>2.1.2. Orígenes y evolución de la colectomía laparoscópica</i>	<i>19</i>
<i>2.1.3. Comparación con la colectomía abierta.....</i>	<i>20</i>
<i>2.1.4. Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE)</i>	<i>21</i>
<i>2.1.5. Propósitos y Utilidad de la CPRE</i>	<i>22</i>
<i>2.1.6. Indicaciones Médicas de la CPRE</i>	<i>23</i>

2.1.7. <i>Complicaciones Asociadas con la CPRE</i>	24
2.1.8. <i>Complicaciones Comunes y Frecuentes</i>	24
2.1.9. <i>Patología Litiásica de la Vesícula Biliar: Epidemiología, Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico y Manejo</i>	25
2.1.10. <i>Indicaciones para una colecistectomía laparoscópica post-CPRE</i>	31
CAPITULO III	33
3.METODOLOGIA	33
3.1 <i>Tipo de Estudio</i>	33
3.2 <i>Diseño de Estudio</i>	33
3.3 <i>Área de Estudio</i>	33
3.4 <i>Fuentes de Información y Selección de Estudios</i>	33
3.5 <i>Criterios de Inclusión y Exclusión</i>	33
3.6 <i>Identificación de Variables</i>	33
3.7 <i>Operacionalización de Variables</i>	34
3.8 <i>Métodos de Revisión Bibliográfica</i>	34
3.9 <i>Universo y Muestra</i>	34
3.10 <i>Análisis de Datos</i>	36
3.11 <i>Consideraciones Éticas</i>	36
3.12 <i>Resultados</i>	36
CAPITULO IV	66
4.Análisis y Discusión de Resultados	66
4.1 <i>Evaluación Global de la Colecistectomía Laparoscópica Temprana Post-CPRE en Pacientes Adultos Jóvenes</i>	66
4.2 <i>Análisis de la Evidencia Científica para el Contexto de la Investigación</i>	66

4.3	<i>Beneficios en la Prevención de Complicaciones</i>	67
4.4	<i>Identificación del Momento Óptimo para la Intervención</i>	68
CAPITULO V		69
5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		69
5.1	<i>Conclusiones</i>	69
5.2	<i>Recomendaciones</i>	71
BIBLIOGRAFÍA		72

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de variables.....	34
Tabla 2 Resultados individuales del estudio.....	37

INDICE DE GRAFICOS

Ilustración 1 Flujograma de selección e identificación de documentos	35
---	----

RESUMEN

La presente investigación se orienta a evaluar la efectividad y seguridad de la colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar que han sido sometidos previamente a la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE). La CPRE es una técnica comúnmente utilizada para el tratamiento de coledocolitiasis, sin embargo, la recurrencia de síntomas y la posibilidad de complicaciones como la colecistitis en pacientes jóvenes plantea la necesidad de evaluar la intervención quirúrgica post-CPRE como una estrategia para mejorar los resultados clínicos. Los objetivos de este estudio incluyen la identificación de criterios e indicaciones quirúrgicas para la colecistectomía laparoscópica temprana, el análisis de beneficios específicos documentados en la literatura, la evaluación de los riesgos asociados a la omisión de esta intervención y la determinación del momento óptimo para llevarla a cabo. La metodología empleada consiste en una revisión exhaustiva de estudios clínicos y fuentes científicas recientes que abordan las técnicas y resultados de la colecistectomía laparoscópica en contextos post-CPRE. Los hallazgos de esta revisión indican que la realización temprana de la colecistectomía laparoscópica post-CPRE contribuye a una disminución significativa en la incidencia de complicaciones como la colecistitis recurrente, infecciones y necesidad de reintervenciones. Además, se ha demostrado una reducción de la estancia hospitalaria y un menor tiempo de recuperación en comparación con la cirugía diferida, lo cual tiene un impacto positivo en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, la investigación también identifica limitaciones en su aplicación para ciertos subgrupos, tales como pacientes con cálculos de gran tamaño, múltiples episodios de pancreatitis o en contextos con recursos limitados donde el acceso a equipos quirúrgicos capacitados puede ser restringido. En conclusión, la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE se presenta como una alternativa efectiva y segura que, al ser aplicada bajo criterios específicos y con la infraestructura adecuada, optimiza los resultados clínicos en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica biliar.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica temprana, CPRE, coledocolitiasis, patología litiásica de vesícula biliar, intervención quirúrgica.

ABSTRACT

The present investigation aims to evaluate the effectiveness and safety of early laparoscopic cholecystectomy in young adult patients with gallbladder lithiasic pathology who have previously undergone Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP). ERCP is a commonly used technique for treating choledocholithiasis; however, the recurrence of symptoms and the possibility of complications such as cholecystitis in young patients raises the need to evaluate post-ERCP surgical intervention as a strategy to improve clinical outcomes. The objectives of this study include identifying surgical criteria and indications for early laparoscopic cholecystectomy, analyzing specific benefits documented in the literature, assessing the risks associated with omitting this intervention and determining the optimal time to perform it. The methodology consists of a comprehensive review of recent clinical studies and scientific sources addressing the techniques and outcomes of laparoscopic cholecystectomy in post-ERCP settings. The findings of this review indicate that early performance of post-ERCP laparoscopic cholecystectomy contributes to a significant decrease in the incidence of complications such as recurrent cholecystitis, infections, and the need for re-interventions. In addition, reduced hospital stay and shorter recovery time compared to delayed surgery have positively impacted patients' quality of life. However, research also identifies limitations in its application for certain subgroups, such as patients with large stones, multiple episodes of pancreatitis, or in resource-limited settings where access to skilled surgical teams may be restricted. In conclusion, early post-ERCP laparoscopic cholecystectomy is an effective and safe alternative that optimizes clinical outcomes in young adult patients with biliary lithiasis pathology when applied under specific criteria and with adequate infrastructure.

Keywords: early laparoscopic cholecystectomy, ERCP, choledocholithiasis, gallbladder lithiasis pathology, surgical intervention.



Reviewed by:
Mgs. Maria Fernanda Ponce
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603818188

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

La patología litiásica de la vesícula biliar, caracterizada por la formación de cálculos en el sistema biliar, es una de las afecciones más comunes del tracto digestivo. Se manifiesta principalmente como colelitiasis, una condición que puede presentar episodios agudos o evolucionar a una forma crónica (1). En su forma aguda, la litiasis puede desencadenar complicaciones graves como la colecistitis aguda, la colangitis y la pancreatitis. Estas condiciones requieren una intervención oportuna y efectiva, siendo la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) una de las técnicas más utilizadas para el manejo de los cálculos biliares, especialmente en casos de coledocolitiasis, cuando los cálculos migran al conducto biliar común (2).

La CPRE es fundamental para la extracción de cálculos y la descompresión de la vía biliar en pacientes con litiasis biliar complicada, reduciendo de forma eficaz la presión biliar y los síntomas asociados. Sin embargo, la intervención por CPRE no resuelve el problema subyacente de la vesícula biliar, por lo que, en muchos casos, es necesaria una colecistectomía laparoscópica para prevenir recurrencias y complicaciones adicionales (3).

La patología litiásica puede dividirse en formas aguda y crónica. La litiasis aguda se manifiesta como una inflamación rápida y dolorosa, a menudo acompañada de complicaciones severas que requieren intervención quirúrgica inmediata. En contraste, la litiasis crónica puede desarrollarse a lo largo de varios años, con síntomas intermitentes de cólicos biliares, pero con un riesgo elevado de complicaciones futuras, como infecciones biliares o pancreatitis recurrente. La evolución de la litiasis crónica a aguda es común, y puede verse precipitada por episodios de coledocolitiasis o infecciones biliares (4).

En el contexto de la patología litiásica, la colecistectomía laparoscópica temprana tras una CPRE exitosa ha ganado aceptación como una intervención eficaz para evitar la progresión de la enfermedad y reducir el riesgo de complicaciones graves. En particular, los pacientes adultos jóvenes con litiasis, quienes presentan un mayor riesgo de complicaciones debido a factores genéticos o metabólicos, se benefician de esta intervención temprana. La cirugía temprana permite eliminar la vesícula biliar, el principal sitio de formación de los cálculos,

reduciendo la posibilidad de nuevos episodios de coledocolitiasis (5).

Así, esta investigación aborda la importancia de realizar la colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes que han sido sometidos a CPRE, analizando tanto los beneficios como los riesgos asociados, y proporcionando recomendaciones clínicas para optimizar el tratamiento de la patología litiásica aguda y crónica.

1.2. Planteamiento del problema

La patología litiásica de la vesícula biliar es una de las condiciones más prevalentes del tracto digestivo, afectando aproximadamente al 10-15% de la población adulta en algún momento de sus vidas. Esta enfermedad se caracteriza por la formación de cálculos biliares que, en muchos casos, permanecen asintomáticos, pero que pueden desencadenar episodios dolorosos y complicaciones graves, tanto en su fase aguda como en su evolución crónica (6). En su forma aguda, la litiasis puede derivar en colecistitis aguda, colangitis o pancreatitis, condiciones que no solo incrementan el riesgo de morbilidad y mortalidad, sino que también requieren un manejo clínico inmediato. Estos episodios pueden llevar a intervenciones quirúrgicas urgentes y hospitalizaciones prolongadas, aumentando considerablemente la carga sobre el sistema de salud (7).

Por otro lado, en su forma crónica, la litiasis biliar genera síntomas recurrentes, como cólicos biliares, que afectan la calidad de vida de los pacientes al limitar su capacidad de realizar actividades cotidianas. Además, la persistencia de los cálculos biliares a largo plazo eleva el riesgo de complicaciones adicionales, que pueden evolucionar hacia cuadros más graves, especialmente en pacientes con antecedentes de inflamaciones repetidas de la vesícula (8). Esto no solo incrementa el riesgo de futuras hospitalizaciones, sino que también prolonga el sufrimiento del paciente y afecta significativamente su bienestar físico y emocional.

El problema se agrava en pacientes adultos jóvenes, quienes, por razones genéticas, metabólicas o dietéticas, desarrollan cálculos biliares a edades más tempranas. Este grupo enfrenta un mayor riesgo de recurrencia de los episodios agudos y de complicaciones severas, dado que la formación de cálculos es un proceso continuo en muchos casos, exacerbado por factores predisponentes. La naturaleza recurrente de la patología en esta población significa que

estos pacientes no solo experimentan múltiples episodios dolorosos a lo largo del tiempo, sino que también son más propensos a sufrir complicaciones graves que afectan su capacidad de reincorporarse a sus actividades normales (9).

La falta de consenso en la literatura médica sobre el manejo óptimo de la patología litiásica, especialmente en cuanto a los tiempos de intervención y las mejores prácticas para evitar complicaciones, crea incertidumbre tanto para los clínicos como para los pacientes. Esto lleva a prácticas inconsistentes que varían según los centros médicos, y genera dudas sobre el momento adecuado para intervenir de manera efectiva en estos pacientes. La ausencia de directrices claras también incrementa el riesgo de decisiones clínicas subóptimas, que pueden prolongar la enfermedad, aumentar los costos de tratamiento y comprometer la salud a largo plazo de los pacientes.

1.3. Justificación

La relevancia de este estudio radica en su potencial para esclarecer las directrices clínicas y mejorar los resultados quirúrgicos para la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE. Entender a fondo las ventajas y los riesgos asociados puede mejorar significativamente la toma de decisiones clínicas y los desenlaces para los pacientes, además de optimizar el uso de los recursos hospitalarios (10). Este análisis puede contribuir a la estandarización de procedimientos y disminuir la variabilidad en los cuidados, asegurando que los pacientes reciban el tratamiento más efectivo basado en la evidencia más reciente (11). Además, abordar este tema desde una perspectiva de coste-efectividad es vital, ya que procedimientos optimizados pueden reducir significativamente los costos asociados con tratamientos prolongados y complicaciones postoperatorias. La integración de un enfoque multidisciplinario puede facilitar una ruta de atención más coordinada y eficiente, vital para manejar la complejidad de los casos post-CPRE (12) (13). Estos elementos fortalecen la necesidad de una investigación exhaustiva que busque no solo mejorar las prácticas quirúrgicas sino también optimizar la gestión integral del paciente.

Este estudio contribuirá a entender cómo la integración de estas tecnologías podría facilitar decisiones más precisas y seguras en el momento de la cirugía, optimizando así los resultados y minimizando las complicaciones (14). Además, al analizar los costos asociados con diferentes tecnologías y técnicas, el estudio proporcionará datos valiosos sobre la coste-

efectividad de las intervenciones tempranas en comparación con las tardías, ofreciendo una perspectiva crucial para los responsables de políticas de salud y los administradores de hospitales (15).

1.4.Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

- Evaluar la colecistectomía laparoscópica temprana post CPRE en pacientes adultos jóvenes con patología litiásica de la vesícula biliar

1.4.2. Objetivos específicos

- Recopilar evidencia científica que permita abordar el tema de estudio.
- Describir los beneficios documentados por la realización de la colecistectomía temprana post-CPRE.
- Enunciar los riesgos vinculados a la no realización de la colecistectomía temprana post-CPRE.
- Reconocer el momento óptimo para llevar a cabo la intervención quirúrgica post-CPRE.

CAPITULO II

2.1 Estado del arte

2.1.1. *Fundamentación teórica Colectistectomía Laparoscópica*

La coleditiasis es una patología común que se caracteriza por la formación de cálculos en la vesícula biliar. Estos cálculos pueden causar obstrucción de los conductos biliares y provocar dolor abdominal intenso. La laparoscopia ha revolucionado el tratamiento de la coleditiasis, permitiendo una cirugía menos invasiva y una recuperación más rápida para los pacientes (1).

La colectistectomía laparoscópica es el método de elección para eliminar la vesícula biliar. Durante el procedimiento, se realizan pequeñas incisiones en el abdomen a través de las cuales se introducen una cámara y los instrumentos necesarios para extirpar la vesícula (2). Esta técnica ofrece numerosos beneficios en comparación con la cirugía abierta, como un menor dolor postoperatorio, una estancia hospitalaria más corta y una recuperación más rápida (3).

Después de la colectistectomía, es importante seguir una dieta saludable y equilibrada para prevenir la formación de nuevos cálculos biliares (4). Se recomienda evitar el consumo excesivo de grasas y alimentos ricos en colesterol, ya que pueden aumentar el riesgo de desarrollo de cálculos biliares. También es fundamental mantener un peso adecuado y realizar ejercicio regularmente para mantener la salud de la vesícula biliar y el sistema digestivo en general (5).

En ocasiones, es posible que se requiera una colectistectomía de emergencia si se desarrollan complicaciones graves debido a los cálculos biliares, como la inflamación de la vesícula biliar o la obstrucción de los conductos biliares (6). Estas situaciones pueden ser potencialmente peligrosas y requieren una intervención quirúrgica inmediata para evitar complicaciones mayores (7).

2.1.2. *Orígenes y evolución de la colectistectomía laparoscópica*

En 1987, los doctores Erich Mühe y Dominique Godecke realizaron la primera colectistectomía laparoscópica en Alemania. Anteriormente, *Helicobacter pylori* había sido erradicado y las opciones de tratamiento para las enfermedades del epigastrio y cuadrante superior derecho a nivel del tercer nivel de atención eran inexistentes, por lo que en 1987

Figuroa y Díaz reportaron 23,397 nuevos episodios de colecistitis aguda y un promedio de 439 cirugías por hospital, con un promedio de 299 esterlings en inversiones por hospital (8).

En la década de los noventa, eran pocos los hospitales del segundo y tercer nivel que tenían los equipos e insumos necesarios para llevar a cabo la colecistectomía laparoscópica, por lo que el rendimiento fue escaso y la curva de aprendizaje empinada (9). Los que la desarrollaron obtuvieron buenos resultados. Durante la última década, tanto la tecnología en los equipos como el desarrollo de materiales quirúrgicos han beneficiado a la colecistectomía laparoscópica, por ser disponible en el país, tener costos aceptables y ofrecer beneficios con menor morbilidad probable, lo que aumentaría el bienestar de la población (10). Además, instituciones como la Caja Costarricense del Seguro Social y varios hospitales ofrecen profesionales competentes para este procedimiento (11). Estos factores podrían implicar un incentivo altruista para realizar tratamientos con costos efectivos aproximados; se destaca que existe mayor y mejor evidencia que asegura la colecistectomía laparoscópica frente a la convencional (12).

En 1987, los doctores Erich Mühe y D. Godecke realizaron la primera colecistectomía laparoscópica en Alemania. Sin embargo, se presentó una alta tasa de conversión a cirugía abierta, lo que disminuyó el interés por la nueva técnica (8). En 2002, se estimuló la evaluación de la técnica, especialmente a través de la colectomía laparoscópica para el tratamiento de neoplasias malignas y de la litiasis vesicular. Wibe y Asham encontraron que en Dinamarca, luego de 250 cirugías realizadas, se lograron las técnicas necesarias para efectuar la colectomía y que el proceder "ciego" del especialista al presentar un paciente con litiasis vesicular permitió reducir esta tasa, aunque la predisposición a efectuar un cambio de cirugía abierta a laparoscópica seguía siendo inmadura (13). Se estima que la colectomía laparoscópica (2L) tiene tasas superiores al 30%, lo que podría indicar que aún no se ha producido el cambio global de la técnica en todo el mundo.

2.1.3. Comparación con la colecistectomía abierta

El abordaje laparoscópico posibilita la visualización de los elementos diagnósticos con un menor número, amplitud y gravedad de complicaciones en comparación con la exéresis de la vesícula por cirugía convencional, lo que se traduce en un procedimiento quirúrgico menos invasivo y más seguro para los pacientes(14). Además, existen otras ventajas añadidas que deben ser destacadas. Por ejemplo, la manipulación biliar es mucho más precisa y controlada,

lo cual reduce el riesgo de dañar estructuras vecinas. Asimismo, la preparación del campo quirúrgico es más sencilla, gracias a la visualización detallada proporcionada por la laparoscopia preoperatoria, permitiendo al cirujano tener una perspectiva clara de las estructuras anatómicas involucradas y planificar el abordaje de manera más efectiva(15).

Otra ventaja importante del abordaje laparoscópico es la rápida recuperación postoperatoria y la disminución de la estancia hospitalaria. Los pacientes sometidos a esta técnica quirúrgica experimentan una recuperación más rápida y una estadía más corta en el hospital, en comparación con aquellos que se someten a cirugía abierta. Esto se debe a que la incisión realizada durante la cirugía laparoscópica es mucho más pequeña y causa menos traumatismo en los tejidos circundantes(16).

En el caso particular de la colelitiasis sintomática, el abordaje laparoscópico ofrece una definición excepcionalmente cómoda del lecho biliar, lo que significa que el cirujano puede acceder y extirpar la vesícula de manera más precisa y eficiente. Además, el abordaje de la vía biliar es menos complejo, lo que reduce el riesgo de complicaciones intraoperatorias y postoperatorias(17). Es importante señalar que, si bien existen riesgos asociados con cualquier procedimiento quirúrgico, el pequeño porcentaje de lesiones propias del campo que se producen durante las colecistectomías laparoscópicas también pueden ocurrir durante las colecistectomías abiertas. Sin embargo, estos casos son menos frecuentes y en su mayoría pueden prevenirse con una adecuada capacitación y experiencia por parte del cirujano (18).

2.1.4. Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE)

La CPRE se utiliza tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. En la fase diagnóstica, permite la exploración conjunta del colédoco y del conducto pancreático para la visualización directa y la toma de biopsias o cepillado del árbol biliar y, en su caso, la realización de estudios citológicos(19). Además, se pueden extraer de forma directa cálculos de las vías biliares, cerrar o destaponar el extremo distal de una fístula biliar, drenar colecciones o realizar biopsias de lesiones extramurales utilizando agujas de grueso pletismo(20). En esta fase se utiliza regularmente la colangiopancreatografía retrógrada para visualizar y valorar la existencia de patología a nivel del colédoco y del conducto pancreático(21).

En la fase terapéutica, la CPRE posibilita la extracción de cálculos del colédoco mediante la papilotomía; la extracción de todo tipo de cuerpos extraños del colédoco, incluidos

las prótesis biliares desplazadas; las maniobras destinadas a estabilizar prótesis biliares en su ubicación biliar; la colocación de auto-prótesis o prótesis metálicas, ya sean biliares o colangio-pancreáticas; el tratamiento de fístulas biliares, por ejemplo, derivaciones biliares transeplicólicas posquirúrgicas que llevan a hipotensión y malnutrición; y el abordaje de diversas patologías como las estenosis biliares benignas o colangitis secundaria a acúmulos de barro biliar(22).

Las principales complicaciones relacionadas con la CPRE incluyen pancreatitis, que puede ir desde formas leves hasta las más graves, como la pancreatitis hemorrágica. Además, existen riesgos de perforación duodeno-pancreático-biliar y coledocitis. En algunos casos, especialmente si se presenta pancreatitis o coledocitis grave, estas complicaciones pueden tener consecuencias fatales(23). Sin embargo, la tasa de complicaciones es baja, y el balance de riesgo-beneficio de esta técnica sigue siendo claramente favorable en la mayoría de las guías clínicas(24).

2.1.5. Propósitos y Utilidad de la CPRE

Como se ha expuesto anteriormente, la CPRE es un procedimiento médico que ha demostrado ser eficaz en el diagnóstico de enfermedades biliares y pancreáticas, además de ser un procedimiento de elección para liberar vías biliares o pancreáticas obstruidas, con fines diagnóstico-terapéuticos, tan efectivo como la cirugía(25). Asimismo, permite la toma de biopsias canaliculares y la valoración postoperatoria en pacientes con antecedentes de várices esofagogástricas sangrantes post-esofagectomía por morbo de Boeck(26). Concretamente, los facultativos especializados en medicina del aparato digestivo reconocen también el poder diagnóstico de la CPRE y la clasifican, junto con endoscopia eco-laminar, colangiografía percutánea intrabiliar y ecografía hepato-biliar, como una herramienta fundamental en el diagnóstico de enfermedades pancreáticas y biliares de difícil detección(27).

Como en otras técnicas endoscópicas, el profesional sanitario que debe ejecutar una CPRE realiza un algoritmo diagnóstico basado en el antecedente clínico del paciente y el motivo de consulta, utilizando guías diagnósticas que incluyen técnicas para obtener información complementaria y adecuar el procedimiento a la condición del paciente(28). Posteriormente, aborda la técnica con medidas de seguridad estrictas para que los resultados de la CPRE permitan una toma de decisiones clínicas efectiva y segura(29). Este algoritmo diagnóstico considera el objetivo concreto de la CPRE, que puede enfocarse en diagnóstico puro

(identificación de alteraciones en pancreatogramas y colangiogramas), diagnóstico-terapia (diagnóstico seguido de desobstrucción o alivio) o terapia pura (intervención terapéutica para solucionar la patología observada)(30).

2.1.6. Indicaciones Médicas de la CPRE

- Coledocolitiasis sintomática en pacientes con vía biliar principal dilatada, pero asintomática(31).
- Ictericia obstructiva secundaria a coledocolitiasis(32).
- Comunicaciones bilio-pancreáticas, tales como fístulas secundarias a cirugías herniarias recurrentes o cálculos en asa aislada tras gastrectomía parcial tipo Billroth II(33).
- Obstrucción biliar secundaria a cáncer(34).
- Estenosis postquirúrgicas que requieren intervención terapéutica tras una colecistectomía(35).
- Separación de hipertensión en la papila ampular o mucosa con segmentos dilatados coexistentes con papilas normales(36).
- Tetralogía de Fallot sin orificio intraventricular(37).
- Hipertensión portal en casos de cirrosis o enfermedades gastroesofágicas(38).
- Dismotilidad biliar que no se asemeja a la disfunción del esfínter de Oddi(39).

Casos de sífilis, lupus, granulomas de sarcoidosis o tuberculosis que afectan la desembocadura de la vía biliar(40).

- Infección de vías biliares: colangitis, absceso(41).
- Compresión extrínseca por quistes pancreáticos que obstruyan el duodeno o la vía biliar(42).
- Diagnóstico y/o tratamiento de coledocoscopia en niveles avanzados de complejidad(43).
- Evaluación de colangiorresonancia cuando no exista la posibilidad de otros métodos(44).

- Cálculos giádicos que migran hasta el colédoco en casos de infestación(45).
- Trastornos psiquiátricos que pueden interferir con el procedimiento, tales como ansiedad, abuso de sustancias o trastornos de la personalidad(46).
- al.2022).

2.1.7. Complicaciones Asociadas con la CPRE

Las complicaciones asociadas con la CPRE oscilan entre el 1% y el 10% de los procedimientos, y aunque no son las complicaciones más frecuentes, sí están entre las que presentan mayor morbimortalidad (46). Las posibles complicaciones incluyen pancreatitis, obstrucciones del conducto biliar, fibrosis por material de contraste e infecciones del conducto biliar(47).

- Pancreatitis: Es la complicación más común, y el paciente suele requerir hospitalización para vigilancia. La mayoría de los casos son leves y no requieren intervención terapéutica directa; en caso de necesidad, la antibioterapia es considerada(48).
- Obstrucción del conducto biliar: Se trata de una complicación rara que puede ocurrir si se introduce demasiada cantidad de material de contraste. La reintervención resuelve esta complicación en todos los casos(49).
- Fibrosis por material de contraste: Esta complicación es infrecuente y carece de tratamientos específicos. La fibrosis puede bloquear el conducto de Wirsung, lo cual potencialmente provoca pancreatitis(50).
- Infecciones del conducto biliar: Aunque raras, las infecciones pueden complicarse. Las hemorragias digestivas quirúrgicas suelen ser una de las causas principales de estas infecciones(51).

2.1.8. Complicaciones Comunes y Frecuentes

Complicaciones menores o comunes: Las complicaciones menores, relacionadas con el acceso al árbol biliar, incluyen dificultades para canular la papila y náuseas por distensión biliar. Alrededor del 10% de los pacientes refieren estas complicaciones, y en algunos casos, también se presenta el "síndrome post-CPRE", que se caracteriza por dolor abdominal y fiebre(52).

Complicaciones mayores o raras: Estas afectan al 2-5% de los pacientes e incluyen fallo

pancreático al seccionar el canal pancreático principal en pacientes con oclusión. Casos graves pueden requerir intervención intensiva en la UCI, con tasas de morbimortalidad elevadas(53). La presión ejercida durante la CPRE, así como las maniobras intraoperatorias, pueden generar complicaciones como el resangrado, que puede aparecer días después del procedimiento(54).

2.1.9. Patología Litiásica de la Vesícula Biliar: Epidemiología, Manifestaciones Clínicas, Diagnóstico y Manejo

2.1.9.1. Epidemiología y Etiología

El cálculo vesicular presenta relación directa con la edad y el género de la persona, más en hombres que en mujeres. Una de las características epidemiológicas más estudiadas del cálculo es su distribución geográfica, con incidencias que van desde un 5% hasta un 10% en la mayoría de los países del mundo, llegando incluso al 50% (55). En los EE.UU., un promedio de 15% a 20% de las personas desarrollarán cálculos a lo largo de su vida, convirtiéndolo en el país con mayor tasa de cálculos séricos: 10% a 15% en varones y 20% a 30% en mujeres. Sin embargo, en Europa occidental, estos datos son de 10% a 20% en los varones y 20% a 40% en las mujeres(56). Son escasos en Las dos Sicilias (el sur de Italia), Grecia, Yugoslavia, Bulgaria y España(57). En la población china son excepcionales, mientras que en chilenos e hispanoamericanos son de los más comunes, con una a dos veces más posibilidad respecto al europeo occidental. Interpersonalmente, en México, su exéresis quirúrgica no es sorprendente, pero su mortalidad es más que interesante(58).

Mujeres: Es bien conocido que durante el embarazo existe una aparición de colelitiasis, entre el 3° y 4° mes, a altísimas cotas de manera abrupta, además de a las pocas semanas posteriores a un parto a término(59). La hormona del embarazo, la progesterona, tiene una acción colagoga y un alto nivel de litostática; por tal razón, la acumulación de bilis contribuye al crecimiento del cálculo. También en el embarazo hay un trastorno de la motilidad vesicular, con contracciones disminuidas en comparación con las que se encuentran en el momento de la vesícula, de 30 a la octava parte en cada 10 minutos(60). Esto se asocia al aumento del rol ofocólico, barro y encima con la estasis. El obtenerlos de la bilis de marchará hacia el tazón de la colección con grandes cálculos delinquent (más de 2cm)(61)

2.1.9.2. Prevalencia de la patología litiásica de la vesícula biliar

Según datos epidemiológicos de Estados Unidos, los cálculos biliares vesiculares son de

las patologías del tracto gastrointestinal más comunes, con una prevalencia de estos del 10-15% en la población europea-occidental complicados por cólico biliar. Esta prevalencia aumenta al 25% en pacientes mayores de 70 años, llegando hasta el 80% en poblaciones de riesgo(62). En Clínica las Condes, los pacientes con otros cálculos biliares, el 90% son de sexo femenino, esto coincide con la bibliografía, consideraciones que deben ser tomadas en cuenta al consultar el motivo de consulta frecuente para cálculos biliares a nivel de atención primaria y secundaria, representa una importante fuente de gasto, principalmente en cirugía laparoscópica en Chile, con un costo que oscila entre 10.000-15.000 dólares(63). El cólico biliar, que es la presentación clínica más común y correspondería al síndrome de disfunción vesicular, afecta principalmente a hombres y mujeres en la quinta y cuarta década de la vida respectivamente, la tendencia desde jóvenes y en la población geriátrica es que es gatillado por la ingesta de comidas grasas. La sintomatología es dada por dolor, inapetencia, febrícula, gases y otros síntomas digestivos(64).

En un estudio publicado por Miquel et al. sobre la cirugía laparoscópica que incluyó nueve hospitales chilenos, de los 1.758 pacientes operados por litiasis biliar y seguidos durante un promedio de 13 meses, un 1% reincidieron con otro evento biliar y un 8% reportaron otros síntomas pese a la colecistectomía. El concepto de dolor biliar persistente puede tener una incidencia de 0-40% post cirugía laparoscópica y es multifactorial: retracción de la vesícula penalizando en el tracto cístico, púas hepáticas, púas císticas o subhepáticas, esfínter de Oddi, vía biliar principal, proarreflujo pancreatobiliar y factores extra vesiculares. Según Lau et al., antes de reconocer etiologías extra vesiculares, la disfunción del esfínter de Oddi o las alteraciones morfológicas de la vía biliar pueden ser causas más ayudadas por la enterorresonancia magnética, que puede incluso presentarse en recidiva luego de cirugía(65).

2.1.9.3. Factores de riesgo asociados

Los cálculos en la vesícula biliar son consecuencia de un desequilibrio en la composición de la bilis relacionado con el sedimento en la vesícula biliar. La formación de cálculos, conocida como colelitiasis, es una enfermedad común con una prevalencia de 10 al 34% y una incidencia del 0,8 al 1% por año. Aproximadamente la mitad de los pacientes permanecen asintomáticos (66). La colelitiasis sintomática se conoce como colecistitis. Las manifestaciones clínicas son multifactoriales y el manejo depende del perfil del paciente. El diagnóstico es esencial para un manejo adecuado y los criterios clínicos y de laboratorio son cruciales y suficientemente

específicos. La ecografía puede ser útil en pacientes con alta sospecha clínica, pero la colangiorresonancia magnética (RM) ha demostrado su utilidad como herramienta diagnóstica en pacientes con sospecha clínica baja (67).

Los cálculos en la vesícula biliar son la consecuencia de un desequilibrio dinámico entre los componentes (colesterol, sales biliares, lecitina, calcio y agua) y se clasifican en cálculos de colesterol, cálculos de pigmentos y cálculos mixtos. El desencadenante de los cálculos de colesterol y mezclados es comúnmente un derivado lipídico, entre los que destacan el colesterol y/o sus ésteres, o ciertas clases de fosfolípidos. Los cálculos de pigmentos son activados por la precipitación de bilirrubina debido a que esta excede su solubilidad de 0,3 mg/dL (68). Las sales y la lecitina están en estado sobresaturado en la bilis en casi todas las personas normales por una gama de sales y una hidratación limitada. Los cambios cualitativos (defectos en la contractilidad vesicular) o cuantitativos (hipersecreción de colesterol a las bilis) de los componentes biliares dan lugar al desequilibrio descrito (69). De este modo, se precipitan y crecen como partículas sólidas que finalmente generan los cálculos de vesícula biliar. Esa tríada es conocida como colelitiasis y la principal consecuencia es que estos cálculos constituidos se acumulan en la vesícula biliar, quizás presentándose con manifestaciones clínicas. El cuadro se denomina colecistitis, en cuyo caso se presentan síntomas tales como dolor abdominal subcostal derecho, náuseas, colecistolitiasis, bilis, fiebre, etc. (70).

2.1.9.4. Manifestaciones Clínicas

La patología litiásica de la vesícula biliar presenta un rango amplio de manifestaciones clínicas, desde casos completamente asintomáticos hasta cuadros graves que demandan intervención urgente. Entender estas manifestaciones y sus variaciones es fundamental para la toma de decisiones en el manejo clínico (71). En el caso de los pacientes con litiasis vesicular, se identifican tres escenarios clínicos principales: asintomático, sintomático moderado y complicado.

En la presentación asintomática, los pacientes tienen cálculos biliares sin signos ni síntomas visibles. Este estado permite un enfoque de vigilancia sin intervención inmediata, siendo el seguimiento periódico la estrategia recomendada para evitar procedimientos innecesarios, especialmente en ausencia de factores de riesgo adicionales (72). En la presentación sintomática moderada, el paciente experimenta síntomas como dolor abdominal

intermitente y molestias gastrointestinales leves. Estos casos pueden manejarse de manera conservadora o con cirugía electiva programada, asegurando el uso adecuado de recursos médicos (73).

Los pacientes con presentación complicada presentan síntomas severos, como dolor abdominal intenso, fiebre e ictericia, indicativos de posibles complicaciones graves como colecistitis aguda o pancreatitis. En estos casos, el uso de escalas de clasificación, como la Escala de Tokio, permite evaluar la severidad y guiar el manejo clínico. La Escala de Tokio, actualizada en 2018, clasifica la colecistitis en tres grados: leve, moderada y severa. La clasificación se basa en criterios como fiebre, dolor en el cuadrante superior derecho y signos de inflamación sistémica, lo que facilita la toma de decisiones sobre el tratamiento, desde manejo ambulatorio hasta intervención quirúrgica urgente (74).

2.1.9.5. Diagnóstico diferencial

Todo cuadro de dolor o malestar en la región superior derecha del abdomen domiciliario o vagotonía habitual en pacientes con vesícula biliar litiásica debe alertar al clínico sobre un cuadro agudo infeccioso concomitante. Su diagnóstico debe ser diferencial con procesos cardiorácicos y altos digestivos (patología del esófago, antro gástrico, fosa hepática y colónica derecha). En casos crónicos, estos criterios deben ser tenidos en cuenta durante su seguimiento (75). La importancia de realizar un correcto diagnóstico diferencial radica en los distintos recursos a utilizar y las consecuencias, tratamiento agudo o crónico del cuadro, seguimiento o control o tratamiento conservador e incluso intervenciones habilitadas. En pacientes mayores a 49 años se puede considerar una historia sintomatológica detallada, complementada con la endoscopia digestiva alta (EDA) (76). El diagnóstico también puede incluir alteraciones en la región pilórica o colónica derecha en pacientes dispepticos con valor clínico-endoscópico significativo. En los pacientes menores de 40 años, pruebas como hemocultivos y ecografía hepática (EDH) pueden aportar información relevante (77). Tres cuadros deben diferenciarse en estos pacientes: piopatía histoplásmica, adenopatología cervical y midriasis aguda. En la ausencia de abscesificación, un pseudolipólito puede mejorar con tratamiento antiinflamatorio adecuado (78).

2.1.9.6.Métodos diagnósticos utilizados

Alrededor del 10 al 20% de los pacientes hospitalizados muestran cálculos vesiculares en radiografías simples de abdomen, y un porcentaje aún mayor en estudios laparoscópicos, por lo que es importante considerar este diagnóstico cuando no se hayan utilizado otros métodos y el cuadro clínico sea característico de enfermedad vesicular (79). A continuación, se detallan los métodos más comunes, sus indicaciones y contraindicaciones:

RX simple de abdomen: Inicialmente un método común, especialmente para visualizar la vesícula biliar; sin embargo, se abandonó en favor de otros métodos debido a hallazgos accidentales sin relevancia clínica (80).

Ecografía: La ecografía de la vesícula biliar es la alternativa diagnóstica preferida para sospecha de litiasis vesicular, permitiendo localizar los cálculos, estudiar su número y grosor de las paredes vesiculares, así como observar signos de colecistitis aguda o crónica (81).

Laboratorio: La dilatación de la vía biliar común puede llevar a daño celular hepatobiliar, lo que eleva las fosfatasas alcalinas en un 70 a 80% de los casos, indicando presión en la vía para vaciar el contenido biliar (82). Esta presión contribuye a una mayor eliminación de bilis inflamada en la sangre, especialmente en el contexto de colestasis celular, que aumenta la formación de túbulos biliares. Otros indicadores incluyen ácido biliar elevado, urea, aminas y creatinina (83). La inflamación vesicular también permite el paso de proteínas a la bilis, y algunos pacientes pueden experimentar dolor y leucocituria (84).

2.1.9.7.Manejo Clínico y Tratamiento

El tratamiento inicial para la litiasis vesicular se centra en el manejo sintomático. La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento de elección para pacientes con síntomas atribuibles a la litiasis vesicular. Realizar el procedimiento en las primeras 72 horas tras la aparición de síntomas ayuda a detener el proceso infeccioso en la pared vesicular y previene complicaciones adicionales (85). Los episodios recurrentes pueden imitar el íleo biliar, pero es fundamental diferenciar clínicamente para garantizar un manejo adecuado, teniendo en cuenta la morbilidad operatoria (86).

El manejo paliativo incluye la colecistostomía percutánea y la cirugía abierta o laparoscópica en pacientes con reflejos conservados (87). Se han reportado alteraciones endoscópicas, como succión sin resistencia en el esfínter de Oddi (STEO), relacionadas con

riesgo de pancreatitis aguda en ciertos casos (88). Aunque la esfinteroplastia es la primera opción en estos pacientes, algunos especialistas proponen remover dicha estructura solo si existen alteraciones anatómicas (89).

2.1.9.8.Enfoques para el manejo médico

El tratamiento médico de la litiasis vesicular debe considerar el mecanismo subyacente en la formación de los cálculos. En el caso de litiasis vesicular asintomática, en pacientes estables, no se recomienda el tratamiento farmacológico, ya que el manejo conservador es suficiente en muchos casos. Aunque el uso de ácidos biliares ha sido una práctica aceptada bajo principios fisiopatológicos, algunos estudios muestran que su empleo no disminuye de manera significativa la recurrencia de los cálculos tras la interrupción del tratamiento (90). En casos de litiasis vesicular sintomática, el manejo médico adquiere relevancia, no solo para controlar el dolor, sino también para prevenir la formación o crecimiento de cálculos. En estos casos, se consideran diversas estrategias, que incluyen modificaciones en la dieta, el uso de ácidos biliares, agentes quelantes del colesterol, ácidos biliares, y medicamentos hipolipemiantes (91). El objetivo principal es reducir la saturación de colesterol en la bilis y aumentar la capacidad solubilizadora de la misma, ayudando así a prevenir la formación de cálculos (92). En casos específicos como la colecistosis o vesícula en porcelana, el tratamiento médico generalmente no se considera efectivo (93).

2.1.9.9.Enfoques para el manejo quirúrgico

El tratamiento quirúrgico estándar para la patología litiásica de la vesícula biliar es la colecistectomía. Este procedimiento es la opción preferida en la mayoría de los casos que presentan síntomas o complicaciones (94). La elección de la técnica quirúrgica puede variar según las características del paciente y las indicaciones específicas del caso. Tanto la colecistectomía laparoscópica como la abierta son alternativas válidas cuando se trata de litiasis no complicada; sin embargo, factores como la condición clínica del paciente o la presencia de otras intervenciones concurrentes pueden influir en la decisión final sobre el tipo de procedimiento a realizar (95). La laparoscopia, en particular, ofrece ventajas como una recuperación postoperatoria más rápida, menor estancia hospitalaria y un menor índice de conversión a cirugía abierta en comparación con procedimientos más invasivos. No obstante,

este enfoque requiere precaución en casos con tiempos quirúrgicos prolongados, ya que están asociados con una mayor tasa de morbilidad (96).

En situaciones donde el cuadro clínico es crítico, el abordaje abierto se convierte en la opción preferida, sobre todo cuando las condiciones anatómicas y el riesgo elevado complican la visión y maniobras laparoscópicas. En estos casos, el tiempo quirúrgico prolongado puede traer consigo riesgos derivados de la relajación de la pared abdominal y un aumento del gasto energético, además de exponer estructuras anatómicas con alteraciones o daños. Dichas condiciones exigen una intervención que permita realizar maniobras directas y, en caso necesario, otras intervenciones adicionales para minimizar las complicaciones a largo plazo y mejorar el pronóstico general del paciente (97).

2.1.10. Indicaciones para una colecistectomía laparoscópica post-CPRE

La colecistectomía laparoscópica post-CPRE (Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica) es una intervención recomendada en ciertos pacientes para minimizar complicaciones futuras, tales como la recurrencia de la coledocolitiasis y las infecciones del tracto biliar. Después de una CPRE exitosa, que elimina los cálculos del conducto biliar común, algunos pacientes aún presentan un alto riesgo de recurrencia debido a la persistencia de factores predisponentes, como los cálculos residuales en la vesícula biliar y alteraciones en la motilidad del esfínter de Oddi(98).

2.1.10.1. Principales Indicaciones

Presencia de Cálculos Residuales en la Vesícula Biliar: Si tras una CPRE se evidencian cálculos residuales en la vesícula biliar, se considera indicada una colecistectomía laparoscópica para reducir la posibilidad de futuras migraciones de cálculos hacia el conducto biliar común, que podrían generar complicaciones adicionales. La eliminación de la vesícula biliar disminuye significativamente el riesgo de episodios de colangitis y pancreatitis recurrentes, lo que a largo plazo favorece un pronóstico más estable en los pacientes afectados(99).

Colecistitis Aguda Tras CPRE: La aparición de colecistitis aguda después de una CPRE es una indicación importante para proceder con una colecistectomía laparoscópica. La inflamación de la vesícula biliar puede ser exacerbada por los cambios en el flujo biliar y la manipulación del conducto durante el procedimiento endoscópico, lo que lleva a un estado de

inflamación aguda que puede derivar en complicaciones más graves si no se interviene oportunamente(100).

Disfunción del Esfínter de Oddi: Pacientes con disfunción del esfínter de Oddi, en quienes los episodios de dolor biliar y obstrucción intermitente son comunes, suelen beneficiarse de una colecistectomía laparoscópica post-CPRE. Esta condición favorece el paso de cálculos hacia el conducto biliar común, por lo que la remoción de la vesícula biliar reduce la carga de material litiasico susceptible de migrar hacia la vía biliar(101).

Ictericia Obstruccion Recidivante: En casos donde los pacientes han experimentado episodios de ictericia obstruccion previos o recurrentes tras una CPRE, una colecistectomía puede evitar futuros bloqueos. La obstrucción recurrente del flujo biliar causa ictericia y representa un riesgo elevado para complicaciones adicionales, tales como la formación de abscesos hepáticos y la sepsis biliar(102).

Pancreatitis Relacionada con Cálculos: Para pacientes que presentan pancreatitis inducida por cálculos biliares, una colecistectomía laparoscópica es recomendada tras la CPRE. La extracción de la vesícula biliar previene el riesgo de pancreatitis recurrente al eliminar la fuente de los cálculos biliares que podrían obstruir el conducto pancreático en el futuro(103).

Factores de Riesgo en Pacientes con Comorbilidades: En pacientes con comorbilidades significativas como diabetes o inmunosupresión, la colecistectomía laparoscópica después de una CPRE es recomendada, ya que previene futuras infecciones biliares. La presencia de estas comorbilidades incrementa el riesgo de infecciones graves en el sistema biliar si persiste la vesícula biliar(104).

CAPITULO III

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudio

Se realizará una revisión bibliográfica sistemática, cuantitativa y descriptiva, enfocada en evaluar la eficacia y los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE.

3.2 Diseño de Estudio

Este estudio revisará exhaustivamente la literatura existente para identificar, evaluar y sintetizar los hallazgos de estudios previos que aborden los resultados clínicos y las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica temprana versus tardía post-CPRE.

3.3 Área de Estudio

Se examinarán publicaciones académicas y bases de datos médicas que incluyan estudios relacionados con pacientes que han recibido colecistectomía laparoscópica tras una CPRE.

3.4 Fuentes de Información y Selección de Estudios

- **Fuentes:** Se buscarán estudios en bases de datos como PubMed, Scopus, Web of Science y otras fuentes académicas relevantes.
- **Selección de Estudios:** Se incluirán estudios que:
 - Estén publicados entre 2010 y 2024.
 - Incluyan pacientes adultos jóvenes (18-40 años).
 - Comparen los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía post-CPRE.
 - Estén escritos en inglés o español.

3.5 Criterios de Inclusión y Exclusión

- **Inclusión:** Estudios que reporten datos cuantitativos sobre complicaciones, resultados clínicos, y tiempo de recuperación.
- **Exclusión:** Estudios que no diferencien claramente entre colecistectomía temprana y tardía, estudios de caso único, y artículos de opinión o editoriales.

3.6 Identificación de Variables

- **Variable Independiente:** Tiempo entre la CPRE y la colecistectomía.
- **Variables Dependientes:** Complicaciones postoperatorias, tiempo de hospitalización, resultados a largo plazo.

3.7 Operacionalización de Variables

Tabla 1 Operacionalización de variables

Variable	Definición	Escala/Categoría
Tiempo entre procedimientos	Intervalo entre la CPRE y la colecistectomía	Categorizado en días
Complicaciones postoperatorias	Eventos adversos tras la cirugía	Binario (Sí/No)
Resultados a largo plazo	Evaluación de la salud del paciente tras la cirugía	Cualitativo (Mejorado, Sin cambios, Deteriorado)

3.8 Métodos de Revisión Bibliográfica

Dado que se trata de una revisión bibliográfica de enfoque cualitativo, el estudio se basa en la identificación, recolección, organización y análisis de datos obtenidos de diversas fuentes, incluyendo bases de datos como PubMed, UpToDate, Scopus, Scielo, Elsevier, entre otras. La información reunida será sistemáticamente clasificada tomando en cuenta su pertinencia, actualidad y confiabilidad, con el fin de asegurar un acceso claro y ordenado a los datos disponibles

3.9 Universo y Muestra

El universo de este estudio se conformó por documentos orientados al análisis de la intervención temprana en la colecistectomía laparoscópica post-CPRE, considerando factores como la evolución clínica de los pacientes y la efectividad en la reducción de complicaciones, con el fin de determinar en qué medida esta técnica optimiza el pronóstico y la calidad de vida. Los documentos fueron seleccionados cuidadosamente en función de los objetivos específicos planteados, para así contribuir al cumplimiento del objetivo general de la investigación.

En total, se identificaron 62 trabajos provenientes de diversas fuentes, incluyendo artículos científicos, revisiones bibliográficas, revistas, tesis de grado y posgrado, libros de texto, así como otros documentos relevantes como informes, guías de salud y proyectos de investigación. Estos documentos, a pesar de su difícil acceso, fueron referenciados y citados conforme a las normas establecidas, priorizando aquellos con información relevante y actual

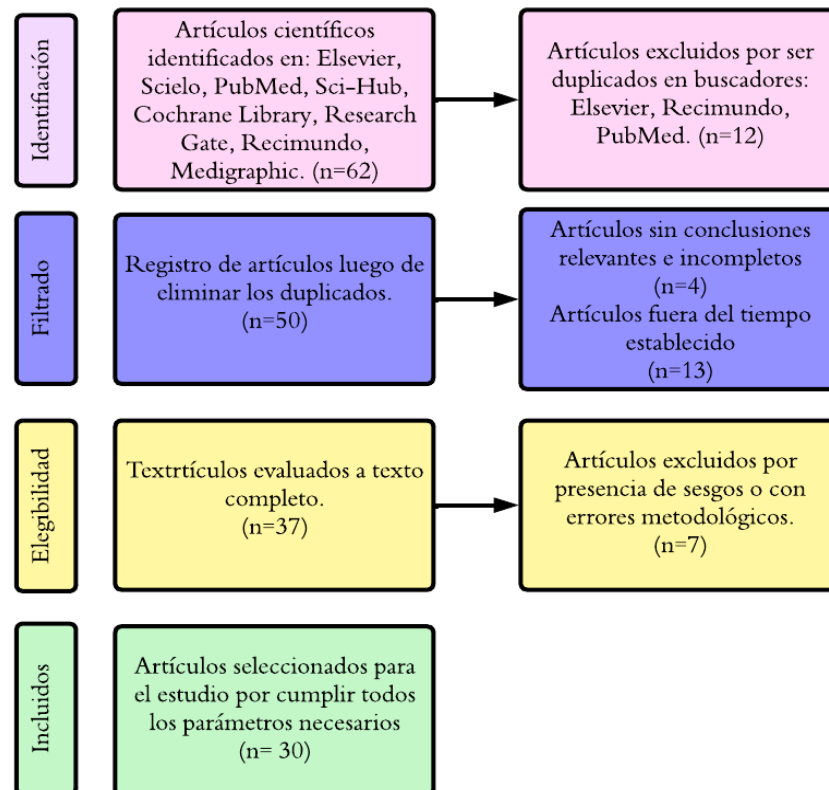
para el estudio.

Se utilizó un diagrama de flujo para la selección e identificación de los documentos, herramienta fundamental para definir la muestra de la investigación y que se empleó como criterio de inclusión. Finalmente, se seleccionaron 30 estudios para conformar la muestra final de análisis en este estudio.

Los documentos seleccionados cumplieron los siguientes criterios indispensables:

- Periodo de publicación no superior a 5 años en el caso de artículos y otros documentos, y de hasta 10 años en el caso de libros de texto.
- Ausencia de sesgos en la información.
- Aplicación de un esquema metodológico adecuado y validado para el tipo de estudio realizado.

Ilustración 1 *Flujograma de selección e identificación de documentos*



3.10 *Análisis de Datos*

Se emplearán métodos estadísticos para sintetizar los datos de los estudios incluidos, posiblemente utilizando metaanálisis si los datos lo permiten. Esto incluirá análisis de heterogeneidad, sensibilidad y riesgo de sesgo.

3.11 *Consideraciones Éticas*

La revisión se llevará a cabo respetando los principios éticos de la investigación, asegurando la cita adecuada y el uso responsable de la información publicada. No se requiere aprobación ética específica ya que se trabajará con datos ya publicados.

3.12 *Resultados*

Los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica se sistematizan a continuación en la siguiente tabla:

Tabla 2 Resultados individuales del estudio

TITULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	RESUMEN	METODO	RESULTADOS	LIMITACIONES	IMPLICACIONES PRACTICAS	CONTRIBUCIONES	CONCLUSIONES
<p>Complications of early Cholecystectomy in acute Biliary Pancreatitis</p>	<p>2018</p>	<p>- El estudio se centró en determinar las complicaciones de la colecistectomía precoz en la pancreatitis biliar aguda, en 50 casos con una edad media de 43,56 años, en los que la colecistectomía abierta o laparoscópica se realizó dentro de los 5 días posteriores al ingreso.</p> <p>- Las complicaciones observadas incluyeron un total del 18% de los casos, siendo las más frecuentes la estancia hospitalaria prolongada (18%), seguida de la duración prolongada de la cirugía (10%) y la pancreatitis recurrente (8%).</p>	<p>- El estudio realizado en el Hospital Mayo de Lahore entre junio y diciembre de 2017 incluyó casos de pancreatitis biliar aguda diagnosticados clínicamente en función de síntomas como dolor epigástrico, sensibilidad, vómitos, aumento de las enzimas pancreáticas y antecedentes de cálculos biliares.</p> <p>- Los pacientes, tanto hombres como mujeres de 18 años o más, se sometieron a una colecistectomía abierta o laparoscópica a los 5 días de su ingreso. Los resultados medidos incluyeron la duración de la cirugía, la duración de la estancia hospitalaria y la recurrencia de la pancreatitis, con un seguimiento final de 3 meses para evaluar la recurrencia.</p>	<p>- En el estudio, se incluyeron un total de 50 casos de pancreatitis biliar aguda, de los cuales el 40% eran hombres y el 60% mujeres, lo que muestra una mayor prevalencia en las mujeres.</p> <p>- La complicación más frecuente observada tras la colecistectomía precoz en la pancreatitis biliar aguda fue la estancia hospitalaria prolongada, que afectó al 18% de los casos, seguida de la duración prolongada de la cirugía en el 10% de los casos y la pancreatitis recurrente en el 8% de los casos.</p>	<p>- El estudio realizado en el Hospital Mayo de Lahore de junio a diciembre de 2017 tuvo un tamaño de muestra limitado de 50 casos de pancreatitis biliar aguda, lo que puede no ser representativo de una población más grande y podría afectar a la generalización de los hallazgos.</p> <p>- El estudio se centró en las complicaciones de la colecistectomía temprana en la pancreatitis biliar aguda, en un breve período de seguimiento de 3 meses, y es posible que no refleje las complicaciones a largo plazo ni los resultados relacionados con el procedimiento.</p>	<p>- La colecistectomía precoz en la pancreatitis biliar aguda se asocia con una mayor tasa de complicaciones, siendo la complicación más común la estancia prolongada en el hospital. Esto sugiere que los proveedores de atención médica deben sopesar cuidadosamente los riesgos y los beneficios de realizar una colecistectomía temprana en estos casos.</p> <p>- Los hallazgos de este estudio destacan la importancia de una estrecha vigilancia y seguimiento de los pacientes que se someten a una colecistectomía temprana por pancreatitis biliar aguda para identificar y tratar con prontitud cualquier complicación que pueda surgir, como la pancreatitis recurrente.</p>	<p>- El documento destaca que el mayor número de casos de pancreatitis biliar aguda se notifica en los EE. UU., lo que la convierte en la decimocuarta causa común de muerte.</p> <p>- El estudio hace hincapié en la importancia de la colecistectomía precoz en la pancreatitis biliar aguda, a pesar de las tasas de complicaciones más altas, siendo la complicación más común la estancia prolongada en el hospital.</p>	<p>- Se descubrió que la colecistectomía temprana en la pancreatitis biliar aguda tiene una tasa de complicaciones más alta, siendo la complicación más común la estancia prolongada en el hospital.</p> <p>- Los resultados del estudio sugieren que la colecistectomía en una fase temprana de la pancreatitis biliar aguda puede provocar un aumento de las complicaciones, especialmente si se trata de una hospitalización prolongada.</p>

<p>Avoidance of bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy with feasible intraoperative resources: A cohort study</p>	<p>2024</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) es una cirugía frecuente para la coledolitiasis, pero conlleva el riesgo de lesiones en las vías biliares o en las arterias hepáticas. - La obtención de una visión crítica de la seguridad (CVS) y la identificación del surco de Rouviere (RS) durante el tratamiento del cáncer de pulmón redujeron considerablemente la duración de la operación y las complicaciones, lo que sirvió de referencia práctica para una cirugía segura y redujo la tasa de conversión.</p>	<p>- El estudio fue un estudio de cohorte de un solo grupo realizado en Smart Health Tower en Sulaimani (Irak) entre enero de 2021 y enero de 2023, en el que participaron pacientes consecutivos que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica (LC). - La recopilación de datos se realizó de forma prospectiva a partir de las historias clínicas o las notas quirúrgicas de los pacientes registradas por el cirujano en la base de datos del hospital, incluidos los datos demográficos de los pacientes, las presentaciones clínicas, los hallazgos quirúrgicos, el logro de una visión crítica de la seguridad (CVS) y la identificación del surco de Rouviere (RS), la duración de la operación, los eventos intraoperatorios y las complicaciones posoperatorias documentadas durante un período de seguimiento de un mes.</p>	<p>- El estudio incluyó a 419 pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica, siendo el sexo femenino predominante (78,5%). Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron el cólico biliar (69,5%) seguido de la colecistitis aguda (23,9%). - La obtención de una visión crítica de la seguridad (CVS) y la identificación del surco de Rouviere (RS) durante la operación redujeron considerablemente la duración de las cirugías, y los casos en los que se alcanzaron ambos puntos de referencia fueron los que consumieron menos tiempo. Además, los casos en los que no se pudo identificar la CVS o la RS presentaron complicaciones, como adherencias, distensión de la vesícula biliar, paredes gruesas de la vesícula biliar, perforaciones de la vesícula biliar, hemorragias y derrames de cálculos, pero no fue necesario convertirlos en cirugía abierta.</p>	<p>- Los pacientes que no eran aptos para la anestesia general y los que no dieron su consentimiento para el procedimiento o para participar en el estudio fueron excluidos del estudio, lo que podría limitar la generalización de los hallazgos a una población más amplia. - El estudio no recibió financiación alguna, lo que puede haber restringido los recursos disponibles para la recopilación, el análisis y la interpretación de los datos, lo que podría haber repercutido en la profundidad y el alcance de los resultados de la investigación.</p>	<p>- Alcanzar la visión crítica de la seguridad (CVS) e identificar el surco de Rouviere (RS) durante la colecistectomía (LC) laparoscópica pueden servir como puntos de referencia prácticos para garantizar la seguridad del procedimiento y reducir la tasa de conversión (CR). - El uso de técnicas de disección meticulosas y la asignación de tiempo suficiente para la disección son estrategias eficaces recomendadas en el artículo para prevenir la lesión de las vías biliares (BDI) y minimizar la CR durante la LC.</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo evaluar la seguridad de las colecistectomías laparoscópicas (CL) y la tasa de conversión (CR) centrándose en lograr una visión crítica de la seguridad (CVS) e identificar el surco de Rouviere (RS) como puntos de referencia prácticos. - La investigación siguió la directriz de 2019 para reforzar la notificación de los estudios de cohorte en cirugía para garantizar unos estándares adecuados de presentación de informes y comprobó los estudios citados para evitar hacer referencia a información sospechosa de revistas abusivas.</p>	<p>- Alcanzar la visión crítica de la seguridad (CVS) e identificar el surco de Rouviere (RS) son hitos prácticos para garantizar la seguridad de la colecistectomía laparoscópica (LC) y reducir la tasa de conversión (CR). - El empleo de técnicas de disección meticulosas y la asignación de tiempo suficiente para la disección pueden ser estrategias eficaces para prevenir la lesión de las vías biliares (BDI) y reducir al mínimo la CR en los procedimientos de linfoma.</p>
---	-------------	--	--	---	--	--	---	--

<p>OGBN P21 A complex case of gallbladder and CBD stones treated with Laparoscopic Cholecystectomy and Trans-Cystic lithotripsy using SpyGlass™ Discover post failed ERCP</p>	<p>2022</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica y la exploración de las vías bilíares son el tratamiento preferido para la enfermedad de cálculos bilíares con cálculos en las vías bilíares, y la exploración transquística de las vías bilíares (TC BDE) muestra una menor morbilidad en comparación con la exploración de las vías bilíares transductales (TD BDE). - El estudio de caso presentó a una mujer de 48 años con cálculos bilíares sintomáticos y un historial quirúrgico complejo, en la que la CPRE falló, lo que provocó una pancreatitis posterior a la CPRE, por lo que fue necesaria una colecistectomía laparoscópica desafiante y una BDE transquística con SpyGlass™ Discover para fragmentar y extraer cálculos con éxito.</p>	<p>- El paciente se sometió a un ensayo de CPRE que, lamentablemente, fracasó debido a que tenía una papila grande, móvil y dura, lo que provocó una pancreatitis posterior a la CPRE que requirió un drenaje radiológico. - La exploración de las vías bilíares transquísticas (TC BDE) se realizó mediante la técnica del catéter interior (BIC) y la coledoscopia SpyGlass™ Discover para visualizar y fragmentar satisfactoriamente un cálculo grande de 12 mm en el conducto hepático común.</p>	<p>- La paciente, una mujer de 48 años con cálculos bilíares sintomáticos y un historial quirúrgico complejo, se sometió a una difícil colecistectomía laparoscópica y a una exploración de las vías bilíares debido a las adherencias y al engorgimiento de la vesícula biliar. La exploración transquística de las vías bilíares mediante la técnica del catéter en forma de cesta interior (BIC) se realizó con éxito. - La coledoscopia SpyGlass™ Discover reveló un CBD distal transparente y un cálculo grande de 12 mm en el conducto hepático común, que resultó duro y requirió una litotricia de alta temperatura. El cálculo se fragmentó de manera eficaz y todos los fragmentos se extrajeron con cestas, lo que permitió una recuperación posoperatoria sin complicaciones y un seguimiento satisfactorio 8 meses después.</p>	<p>- Los cálculos de las vías bilíares grandes se mencionan como un desafío para el enfoque transquístico debido a su tamaño y posible dificultad de fragmentación. - En el artículo se destaca el riesgo de pancreatitis posterior a la CPRE, especialmente en pacientes jóvenes en buena forma física, sobre todo en mujeres, lo que debe tenerse en cuenta a la hora de decidir las opciones de tratamiento.</p>	<p>- La exploración de las vías bilíares transquísticas (TC BDE) con nuevas tecnologías, como SpyGlass™ Discover, es cada vez más segura y factible incluso en el caso de cálculos bilíares grandes, y constituye una alternativa eficaz a los métodos tradicionales. - Los pacientes jóvenes en buena forma física, especialmente las mujeres, deben evitar la CPRE debido al mayor riesgo de sufrir una pancreatitis posterior a la CPRE y, en su lugar, optar por la colecistectomía laparoscópica y la exploración de las vías bilíares como un enfoque de tratamiento más adecuado.</p>	<p>- El artículo destaca el tratamiento exitoso de una mujer de 48 años con cálculos bilíares sintomáticos y un historial quirúrgico complejo mediante la colecistectomía laparoscópica y la exploración transquística de las vías bilíares con la coledoscopia SpyGlass™ Discover. - Hace hincapié en la importancia de evitar el tratamiento a intervalos de dos sesiones con una ERCP seguida de una colecistectomía laparoscópica en pacientes en forma y con buen estado físico para prevenir riesgos como la perforación, la hemorragia y la pancreatitis, especialmente en las mujeres jóvenes.</p>	<p>- La exploración transquística de las vías bilíares se ha vuelto cada vez más segura y factible incluso para cálculos grandes de las vías bilíares utilizando nuevas tecnologías. - Debe evitarse la CPRE en pacientes jóvenes en buena forma física, especialmente en mujeres, debido al mayor riesgo de pancreatitis posterior a la CPRE.</p>
---	-------------	---	---	--	---	--	--	--

<p style="text-align: center;">Laparoscopic Radical Cholecystectomy for Primary or Incidental Early Gallbladder Cancer: The New Rules Governing the Treatment of Gallbladder Cancer</p>	<p style="text-align: center;">2017</p>	<p>- La colecistectomía radical laparoscópica (LRC) se evaluó para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar (GBC) primario o incidental en un estudio en el que participaron 129 pacientes entre 2010 y 2015.</p> <p>- La mayoría de los pacientes se sometieron a una cirugía larotranscópica para tratar los tumores pT2; el principal abordaje quirúrgico fue la cirugía con preservación del parénquima y la linfoadenectomía laparoscópica se realizó en función de la profundidad de la invasión de la neoplasia.</p>	<p>- Se realizó una búsqueda bibliográfica utilizando las bases de datos MEDLINE y PubMed con palabras clave específicas relacionadas con el tratamiento laparoscópico del cáncer primario de vesícula biliar, la colecistectomía laparoscópica radical y el cáncer de vesícula biliar incidental para identificar los artículos relevantes publicados entre 2010 y 2015.</p> <p>- La extracción de datos de los manuscritos recuperados incluyó información general sobre los pacientes, los aspectos técnicos de los procedimientos (por ejemplo, la cantidad de instrumentos utilizados, el tipo de resección hepática, los ganglios linfáticos recuperados, el tiempo de la operación, la pérdida de sangre) y los resultados oncológicos, cuando estaban disponibles.</p>	<p>- Se descubrió que la colecistectomía radical laparoscópica (LRC) es técnicamente factible y oncológicamente segura para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar (GBC) primario o incidental en sus primeras etapas.</p> <p>- El estudio reveló que la mayoría de los pacientes a los que se les practicó el LRC tenían un cáncer en estadio pT2, y que se realizaron principalmente operaciones con preservación del parénquima, como la resección en cuña del lecho de la vesícula biliar o la resección de los segmentos IVB-V.</p>	<p>- No hay consenso sobre la importancia pronóstica de la afectación de los ganglios linfáticos paraaórticos en pacientes con GBC pT2-PT3 ni sobre si puede considerarse una contraindicación para la resección radical.</p> <p>- La extensión de la resección hepática y su eficacia para prevenir la recidiva hepática en los casos de cáncer de vesícula biliar siguen siendo áreas en las que no existe consenso.</p>	<p>- La colecistectomía radical laparoscópica (LRC) es técnicamente factible y oncológicamente segura para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar (GBC) primario o incidental, lo que desafía la visión tradicional de la laparoscopia como una contraindicación para el tratamiento del GBC.</p> <p>- El estudio sugiere que, en la era de la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia puede considerarse un enfoque primario electivo para los casos tempranos de GBC (pT1b y pT2), haciendo hincapié en la importancia de determinar correctamente la profundidad de la invasión del GBC para una estrategia de tratamiento óptima.</p>	<p>- El estudio evalúa la viabilidad técnica y la seguridad oncológica de la colecistectomía radical laparoscópica (LRC) para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar (GBC) primario o incidental, desafiando el enfoque nihilista anterior hacia la laparoscopia para el GBC.</p> <p>- El documento destaca los cambios en las normas que rigen el tratamiento del cáncer de vesícula biliar, haciendo hincapié en que la laparoscopia ya no se considera una contraindicación sino más bien un enfoque primario electivo para tratar los casos tempranos de GBC.</p>	<p>- La colecistectomía radical laparoscópica (LRC) se considera un enfoque factible y seguro para el tratamiento del cáncer de vesícula biliar (GBC) primario o incidental en sus primeras etapas, en particular para los casos clasificados como pT1b y pT2.</p> <p>- El estudio destaca que, en la era de la cirugía mínimamente invasiva, la laparoscopia ya no se considera una contraindicación para el tratamiento del GBC, sino más bien un enfoque primario electivo para tratar los casos tempranos, centrado en determinar la profundidad de la invasión del GBC para una estrategia de tratamiento óptima.</p>
--	---	---	--	--	--	---	---	--

<p style="text-align: center;">Prospective study of intraoperative and post-operative complications during laparoscopic cholecystectomy among patients presenting with acute calculous cholecystitis</p>	<p style="text-align: center;">2023</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica ahora se considera el procedimiento preferido para la colecistitis aguda, ya que la cirugía temprana muestra mejores resultados en términos de éxito quirúrgico, estancias hospitalarias más cortas y una mejor calidad de vida en comparación con el tratamiento tardío.</p> <p>- Se estudiaron las complicaciones intraoperatorias durante la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda, y los hallazgos indicaron que la descompresión de la vesícula biliar inflamada facilitó el procedimiento con una tasa de conversión baja, mientras que las complicaciones como la hemorragia, la lesión del conducto biliar común y la lesión duodenal fueron factores poco frecuentes pero importantes para la conversión a una colecistectomía abierta.</p>	<p>Estudio transversal observacional prospectivo realizado de junio de 2017 a noviembre de 2018 en el Hospital Fortis Escorts de Faridabad (India).</p> <p>- La aprobación del Comité de Ética Institucional se obtuvo el 12 de febrero de 2018 con el número EIC ECR430INST HR2013RR-16; estudio de tamaño reducido con 105 pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica por colecistitis aguda por cálculo.</p>	<p>- El estudio realizado en el hospital Fortis Escorts de Faridabad (India) durante aproximadamente 16 meses incluyó a 105 pacientes con colelitiasis sintomática. La media de tiempo operatorio de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda fue de 83,33 minutos, más que en los casos electivos, debido a la dificultad que representan las vesículas inflamadas y edematosas.</p> <p>- Los motivos más frecuentes de dificultad en la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda fueron las adherencias en el triángulo de Calot y la adhesión de la vesícula biliar a las estructuras circundantes, como el duodeno y el colon transverso. El estudio destacó que la descompresión de la vesícula biliar inflamada facilitaba la colecistectomía laparoscópica, con una baja tasa de conversión del 2,86%.</p>	<p>- El estudio reconoce que tiene un tamaño de muestra pequeño, lo que indica que un tamaño de muestra más grande proporcionaría hallazgos y conocimientos más precisos sobre las complicaciones perioperatorias durante la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda.</p> <p>- El documento sugiere que, para obtener predicciones mejores y más precisas, sería necesario realizar un análisis multivariante con un tamaño de muestra más grande, y destaca la necesidad de realizar más investigaciones para mejorar la precisión de las conclusiones del estudio.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el procedimiento preferido incluso en los casos de colecistitis aguda debido a los mejores resultados quirúrgicos, las estancias hospitalarias más cortas y una mejor calidad de vida en comparación con el retraso en el tratamiento.</p> <p>- El estudio destaca que la descompresión de la vesícula biliar inflamada facilita la colecistectomía laparoscópica con una tasa de conversión baja, lo que enfatiza la importancia de la cirugía temprana en los casos de colecistitis aguda.</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo evaluar las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias específicamente durante la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colecistitis calculosa aguda.</p> <p>- Los resultados del estudio destacaron que la descompresión de la vesícula biliar inflamada aguda puede facilitar la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda, con una baja tasa de conversión del 2,86%, lo que pone de relieve la importancia de esta técnica para mejorar los resultados quirúrgicos.</p>	<p>- La enfermedad de cálculos biliares es más frecuente en las mujeres que en los hombres, con una edad media de 47,42 a 13,85 años. La causa más frecuente de dificultad en la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda son las adherencias en el triángulo de Calot y la adhesión de la vesícula biliar a las estructuras circundantes (duodeno o colon transverso).</p> <p>- El estudio destacó que la cirugía temprana en los casos de colecistitis aguda produce mejores resultados quirúrgicos, con una tasa de conversión más baja, una estancia hospitalaria más corta y una mejor calidad de vida en comparación con el retraso en el tratamiento.</p>
---	---	---	--	--	---	--	---	--

<p style="text-align: center;">Early laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis</p>	<p style="text-align: center;">2016</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo determinar la frecuencia de las complicaciones postoperatorias después de una colecistectomía laparoscópica (LC) temprana para la colecistitis aguda (AC) mediante el análisis de los datos de 369 pacientes que se sometieron al procedimiento.</p> <p>- Los resultados mostraron que se observó una fuga biliar en el 1,1% de los pacientes, una hemorragia incontrolable en el 0,54%, una infección en el sitio portuario (PSI) en el 3,5% y vómitos posoperatorios (POV) en el 9,2%, lo que indica que la colecistectomía laparoscópica temprana es un procedimiento seguro y factible para la colecistitis aguda.</p>	<p>- El estudio fue un estudio descriptivo transversal realizado en la Unidad Quirúrgica A del Hospital Universitario de Khyber en Peshawar entre abril de 2012 y noviembre de 2014.</p> <p>- Se incluyeron en el estudio un total de 369 pacientes del grupo de edad de 16 a 60 años que se presentaron en un plazo de 48 horas desde la aparición de los síntomas de la colecistitis aguda. Para evitar sesgos en los resultados del estudio, se excluyó a los pacientes con ictericia obstructiva, diabetes mellitus y a los que tomaban esteroides. Todos los pacientes se sometieron a una colecistectomía laparoscópica temprana y fueron observados durante su estancia en el hospital y hasta 30 días después de la operación para detectar complicaciones posoperatorias, como fugas biliares, hemorragias, infecciones en la zona de los orificios y vómitos posoperatorios.</p>	<p>- El estudio incluyó a 369 pacientes que presentaron síntomas de colecistitis aguda en 48 horas, con una edad media de 41,3 años. La distribución por género fue de 83 hombres y 286 mujeres, con una relación hombre-mujer de 1:3,45.</p> <p>- Las tasas de complicaciones después de una colecistectomía laparoscópica temprana por colecistitis aguda fueron las siguientes: se observó una fuga biliar en el 1,1% de los pacientes, una hemorragia incontrolable en el 0,54%, una infección en el sitio portuario en el 3,5% y vómitos posoperatorios en el 9,2%.</p>	<p>- El estudio mencionó la limitación de tiempo como una limitación, lo que impidió a los investigadores estudiar varias características de los pacientes que podrían ser factores de riesgo de complicaciones, como la fuga de bilis, la infección en el sitio del puerto y los vómitos posoperatorios. Debido a las limitaciones de tiempo, no se incluyeron en el análisis factores como el índice de masa corporal, el historial de tabaquismo, el tipo de anestesia y la duración de la cirugía.</p>	<p>- El estudio sugiere que la colecistectomía laparoscópica temprana se considera una opción de tratamiento segura y preferida para los pacientes diagnosticados con colecistitis aguda, como indican los hallazgos del estudio.</p> <p>- La colecistectomía laparoscópica temprana no conduce a un aumento de las tasas de complicaciones, lo que destaca su viabilidad y seguridad en el tratamiento de la colecistitis aguda.</p>	<p>- El estudio destaca que la colecistectomía laparoscópica temprana es una modalidad de tratamiento segura y preferida para los pacientes que presentan colecistitis aguda, lo que contradice el enfoque tradicional de un tratamiento conservador inicial seguido de una colecistectomía tardía.</p> <p>- El artículo analiza la frecuencia de las complicaciones posoperatorias después de una colecistectomía laparoscópica temprana para la colecistitis aguda, incluidas las fugas biliares, la hemorragia, la infección del sitio portuario y los vómitos posoperatorios, y proporciona información sobre la seguridad y la viabilidad del procedimiento.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana se considera un procedimiento seguro y factible para los pacientes con colecistitis aguda, ya que no aumenta las tasas de complicaciones.</p> <p>- El estudio sugiere que la colecistectomía laparoscópica temprana es la modalidad de tratamiento preferida para los casos de colecistitis aguda, lo que indica su seguridad y eficacia en el tratamiento de esta afección.</p>
---	--	---	--	--	--	---	---	---

<p style="text-align: center;">Laparoscopic cholecystectomy: from elective to urgent surgery</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El documento analiza la creciente prevalencia de la colelitiasis debido a factores como el envejecimiento de la población y la epidemia de obesidad, lo que supone una importante carga financiera para los sistemas de salud.</p> <p>- Revisa las directrices que recomiendan la colecistectomía laparoscópica temprana para los pacientes con colecistitis, pancreatitis leve y cálculos en el conducto biliar común, y destaca los desafíos que plantea la implementación de estas recomendaciones debido a las limitaciones financieras y de recursos.</p>	<p>- El artículo revisa las directrices establecidas para determinar la indicación y el momento óptimo de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con colelitiasis, teniendo en cuenta factores como la historia natural de la enfermedad, los riesgos de complicaciones, la duración de la estancia y los costos económicos.</p> <p>- El documento enfatiza los beneficios de la colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes con colecistitis, pancreatitis leve y cálculos en el conducto biliar común, al tiempo que destaca los desafíos para implementar estas pautas debido a la falta de recursos y las restricciones financieras.</p>	<p>- El artículo enfatiza la importancia de la colecistectomía laparoscópica temprana en pacientes con colecistitis, pancreatitis leve y cálculos en el conducto biliar común para reducir el riesgo de complicaciones, la probabilidad de reingreso y el gasto sanitario.</p> <p>- A pesar de que las directrices internacionales recomiendan la colecistectomía laparoscópica temprana para obtener resultados óptimos, muchos pacientes no se benefician de una cirugía temprana debido a las limitaciones logísticas del sistema de salud, como la falta de recursos o las restricciones financieras.</p>	<p>- Una de las limitaciones analizadas en el artículo es el desafío de realizar una colecistectomía laparoscópica (LC) no electiva debido a la disponibilidad de los recursos necesarios para los ingresos de emergencia, como el espacio en el quirófano y la mano de obra de enfermería, quirúrgica y anestésica.</p> <p>- La implementación de la LC temprana para los pacientes que requieren una cirugía de emergencia se ve obstaculizada por restricciones financieras miopes que no reconocen los beneficios a largo plazo de la cirugía temprana, como estancias hospitalarias más cortas, reducción del riesgo de complicaciones recurrentes, aumento de la esperanza de vida ajustada por calidad.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de referencia para la colelitiasis desde su introducción en 1985, con mejoras técnicas a lo largo del tiempo que aumentan la seguridad y la subespecialización en cirugía mejora la calidad del tratamiento.</p> <p>- A pesar de que las directrices internacionales recomiendan la cirugía intraoperatoria precoz para reducir las complicaciones y la carga financiera que supone la litiasis biliar, las limitaciones logísticas de los sistemas de salud suelen impedir que muchos pacientes se beneficien de una cirugía precoz.</p>	<p>- Revisión de las principales directrices de uso clínico actual sobre el momento óptimo de la colecistectomía laparoscópica (LC) para la colelitiasis, teniendo en cuenta factores como los riesgos de complicaciones quirúrgicas, la duración de la estancia y los costos económicos.</p> <p>- Se hace hincapié en el papel de la leucemia linfocítica precoz en los ingresos agudos, destacando la importancia de realizar la cirugía en un plazo de 2 semanas en los pacientes con pancreatitis leve para reducir el riesgo de complicaciones, reingresos y gastos sanitarios.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) se ha convertido en el tratamiento quirúrgico de referencia para la colelitiasis desde su introducción en 1985, con mejoras técnicas a lo largo del tiempo que han mejorado su seguridad y su uso generalizado.</p> <p>- A pesar de que las directrices internacionales recomiendan la administración precoz de la linfoma biliar para reducir el riesgo de complicaciones graves y aliviar la carga financiera mundial que suponen los cálculos biliares, las limitaciones logísticas de los sistemas de salud suelen impedir que muchos pacientes se beneficien de una cirugía precoz.</p>
---	---	---	---	---	--	--	--	---

<p style="text-align: center;">Protocol for a randomised controlled trial comparing laparoscopic cholecystectomy with observation/conservative management for preventing recurrent symptoms and complications in adults with uncomplicated symptomatic gallstones (C-Gall trial)</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El ensayo C-Gall es un ensayo controlado aleatorio que compara la colecistectomía laparoscópica con la observación o el tratamiento conservador para prevenir los síntomas y las complicaciones recurrentes en adultos con cálculos biliares sintomáticos sin complicaciones.</p> <p>- El criterio de valoración principal del ensayo es la calidad de vida (CV) comunicada por los pacientes hasta 18 meses después de la asignación al azar, y el principal resultado económico es el aumento del coste por año de vida ganado a los 18 meses, ajustado en función de la calidad.</p>	<p>- El estudio es un ensayo pragmático, multicéntrico, controlado aleatorio y una evaluación económica que compara la colecistectomía con un tratamiento observacional o conservador para prevenir los síntomas y las complicaciones recurrentes en adultos con cálculos biliares sintomáticos sin complicaciones.</p> <p>- La medida de resultado principal es la calidad de vida (CV) notificada por los pacientes mediante la encuesta abreviada de 36 ítems (SF-36) sobre el dolor corporal hasta 18 meses después de la asignación al azar, y las medidas de resultado secundarias incluyen la calidad de vida específica de la afección, los dominios del SF-36, las complicaciones, el tratamiento posterior, los síntomas persistentes, el uso de los recursos de salud y los costos evaluados 18 y 24 meses después de la asignación al azar.</p>	<p>- La principal medida de resultado del estudio fue la calidad de vida (CV) notificada por los pacientes hasta 18 meses después de la asignación aleatoria, evaluada mediante el dominio del dolor corporal de la encuesta abreviada de 36 ítems (SF-36).</p> <p>- Las medidas de resultado secundarias incluyeron la calidad de vida específica de la enfermedad, los dominios del SF-36, las complicaciones, el tratamiento posterior, los síntomas persistentes, el uso de los recursos sanitarios y la evaluación de los costes a los 18 y 24 meses de la asignación aleatoria.</p>	<p>- Una limitación mencionada en el documento es el posible riesgo de sesgo debido a la incapacidad de cegar a los participantes y a los proveedores de atención médica ante la asignación del tratamiento (colecistectomía laparoscópica frente a la observación o el tratamiento conservador). Esta falta de ceguera podría introducir sesgos en la notificación de los resultados y en el proceso de toma de decisiones con respecto a la continuación del tratamiento.</p> <p>- Otra limitación que se destaca en el documento es la confianza en los resultados informados por los pacientes, como las medidas de calidad de vida, que pueden ser subjetivos y estar influenciados por las percepciones y experiencias individuales.</p>	<p>- Los hallazgos de este artículo proporcionarán información valiosa sobre si la colecistectomía es rentable en comparación con la observación o el tratamiento conservador en adultos con cálculos biliares sintomáticos sin complicaciones, lo que puede ayudar a guiar la toma de decisiones clínicas.</p> <p>- Los planes de difusión de este estudio, que incluyen una monografía sobre la evaluación de tecnologías sanitarias, reuniones científicas internacionales y publicaciones en revistas de alto impacto y acceso abierto, garantizarán que los resultados lleguen a una amplia audiencia de profesionales de la salud e investigadores, lo que podría influir en las futuras pautas y prácticas de tratamiento.</p>	<p>- El artículo presenta el ensayo C-Gall, un ensayo controlado aleatorio, multicéntrico y pragmático que compara la colecistectomía laparoscópica con el tratamiento observacional o conservador para prevenir los síntomas y las complicaciones recurrentes en adultos con cálculos biliares sintomáticos sin complicaciones.</p> <p>- El objetivo del estudio es evaluar la rentabilidad de la colecistectomía en comparación con el tratamiento médico 18 meses después de la asignación al azar, siendo la principal medida de resultado la calidad de vida (CV) informada por los pacientes mediante la encuesta abreviada de 36 ítems (SF-36) sobre el dolor corporal.</p>	<p>- El ensayo C-Gall tiene como objetivo evaluar si la colecistectomía es rentable en comparación con la observación o el tratamiento conservador para prevenir los síntomas y las complicaciones recurrentes en adultos con cálculos biliares sintomáticos sin complicaciones.</p> <p>- La medida de resultado principal del ensayo es la calidad de vida (CV) notificada por los pacientes hasta 18 meses después de la asignación al azar, y las medidas de resultado secundarias incluyen la calidad de vida específica de la afección, las complicaciones, el tratamiento posterior, los síntomas persistentes, el uso de los recursos sanitarios y los costes evaluados a los 18 y 24 meses de la asignación al azar.</p>
---	---	--	---	---	--	---	--	--

<p>The learning curve of first one hundred laparoscopic cholecystectomy</p>	<p>2010</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el estándar de referencia para el tratamiento de la enfermedad de cálculos biliares sintomática desde su introducción en 1987 por Philippe Mouret, un cirujano francés.</p> <p>- El estudio analizó los primeros cien pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica entre 2002 y 2004 para evaluar la curva de aprendizaje y las complicaciones asociadas al procedimiento.</p>	<p>- El estudio realizado fue un estudio prospectivo en el que participaron los primeros cien pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica entre febrero de 2002 y noviembre de 2004.</p> <p>- Los datos recopilados incluyeron información sobre la edad, el sexo, la presentación clínica, las investigaciones, la técnica operatoria y las complicaciones posoperatorias. Todos los pacientes recibieron antibióticos profilácticos (1 g de cefataxima antes de la operación) y no se administró ningún anticoagulante profiláctico a ningún paciente.</p>	<p>- La edad media de las mujeres sometidas a una colecistectomía laparoscópica fue de 42 años, con un rango de 20 a 70 años, mientras que para los hombres fue de 49 años, con un rango de 25 a 60 años.</p> <p>- De los cien primeros pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica, el 77% eran mujeres y el 23% hombres.</p>	<p>- El estudio menciona que la incidencia de lesión biliar fue del 2%, y que dos pacientes sufrieron lesiones biliares intraoperatorias. Esto indica una limitación en cuanto al riesgo de complicaciones biliares asociadas a la colecistectomía laparoscópica, especialmente en los primeros años de la curva de aprendizaje.</p> <p>- Otra limitación destacada en el documento es la tasa de conversión total del 21%. Esto sugiere que un número importante de pacientes en los que inicialmente se había programado una colecistectomía laparoscópica tuvieron que pasar a la colecistectomía abierta, lo que indica que es difícil completar el procedimiento por vía laparoscópica, especialmente en las primeras etapas.</p>	<p>- El estudio destaca la importancia de una formación y experiencia adecuadas en la realización de colecistectomías laparoscópicas para minimizar las complicaciones y mejorar los resultados de los pacientes.</p> <p>- Los hallazgos sugieren que, a medida que los cirujanos adquieren más experiencia, la curva de aprendizaje para la colecistectomía laparoscópica mejora, lo que se traduce en un mayor porcentaje de procedimientos finalizados y una tasa de conversión más baja, lo que, en última instancia, se traduce en cirugías más seguras con un mínimo de complicaciones.</p>	<p>La principal contribución del estudio es analizar los primeros cien pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica para estudiar la curva de aprendizaje asociada al procedimiento y evaluar las complicaciones que surgieron durante las cirugías.</p> <p>- El objetivo del estudio era proporcionar información sobre la mejora de los resultados y la reducción de las complicaciones a lo largo del tiempo, a medida que los cirujanos adquirían más experiencia en la colecistectomía laparoscópica, lo que, en última instancia, conducía a procedimientos más seguros con un mínimo de complicaciones.</p>	<p>- El aumento de la experiencia y la selección adecuada de los pacientes se tradujeron en un aumento del número de colecistectomías laparoscópicas con un mínimo de complicaciones y conversiones.</p> <p>- La curva de aprendizaje mejoró con el tiempo, lo que permitió que más pacientes con cálculos biliares complicados se sometieran a una colecistectomía laparoscópica de forma segura y con tasas de conversión más bajas.</p>
---	-------------	---	--	--	--	---	---	--

<p style="text-align: center;">Systematic review and meta-analysis of gallstone disease treatment outcomes in early cholecystectomy versus conservative management/delayed cholecystectomy</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo comparar los resultados del tratamiento de la colecistectomía temprana con los del tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada para la enfermedad de cálculos biliares en términos de seguridad y eficacia.</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía precoz se asoció con índices de riesgo significativamente más bajos de complicaciones biliares, como el dolor, la colangitis y las complicaciones biliares totales, en comparación con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada.</p>	<p>- El artículo llevó a cabo una búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorios que compararan la eficacia de la colecistectomía temprana con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada en el tratamiento de las enfermedades de los cálculos biliares.</p> <p>- Se combinaron los cocientes de riesgo con un intervalo de confianza del 95% y se calculó el número ajustado necesario para tratar el daño a fin de comparar los resultados de seguridad y eficacia de la colecistectomía precoz con los del tratamiento conservador o la colecistectomía tardía.</p>	<p>- La colecistectomía temprana, en comparación con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada, mostró índices de riesgo significativamente más bajos de complicaciones por cálculos biliares, como el dolor (0,38), la colangitis (0,52) y las complicaciones biliares totales (0,33).</p> <p>- El número ajustado necesario para tratar el daño en la colecistectomía temprana frente al tratamiento conservador o la colecistectomía tardía varió según las diferentes complicaciones, con valores como 12,5 para el dolor, más de 1000 para la pancreatitis biliar, 100 para los cálculos del conducto biliar común, 100 para la colangitis, 5,9 para las complicaciones biliares totales y más de 1000 para la mortalidad.</p>	<p>- Las limitaciones del artículo pueden incluir posibles sesgos en los estudios incluidos, como el sesgo de selección o el sesgo de rendimiento, que podrían afectar a las conclusiones generales extraídas del metanálisis.</p> <p>- Otra limitación podría ser la variabilidad de las metodologías y definiciones utilizadas en los diferentes estudios incluidos, lo que podría introducir heterogeneidad y repercutir en la fiabilidad de los cocientes de riesgo agrupados y del número ajustado necesarios para tratar las estimaciones del daño.</p>	<p>- La colecistectomía temprana para el tratamiento de la enfermedad de cálculos biliares puede provocar menos complicaciones biliares en comparación con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada, como lo indican los índices de riesgo significativamente más bajos de dolor, colangitis y complicaciones biliares totales.</p> <p>- El número ajustado necesario para tratar el daño en la colecistectomía temprana en comparación con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada sugiere que el primero puede reducir el dolor abdominal y reducir el riesgo de diversas complicaciones biliares, lo que pone de relieve los posibles beneficios de optar por una intervención quirúrgica temprana en los casos de enfermedad de cálculos biliares.</p>	<p>- La revisión sistemática y el metanálisis del artículo compararon los resultados del tratamiento de la colecistectomía temprana con los del tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada en términos de seguridad y eficacia.</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía precoz puede provocar menos complicaciones biliares y una disminución de los casos de dolor abdominal notificados en comparación con el tratamiento conservador.</p>	<p>- La colecistectomía temprana puede provocar menos complicaciones biliares en comparación con el tratamiento conservador o la colecistectomía retrasada.</p> <p>- Los pacientes que se someten a una colecistectomía precoz pueden experimentar una reducción del dolor abdominal notificado en comparación con los tratados de forma conservadora.</p>
---	--	--	--	---	---	---	---	--

<p style="text-align: center;">Early Cholecystectomy in Gallstone Pancreatitis Patients With and Without End Organ Dysfunction: A NQSIIP Analysis</p>	<p style="text-align: center;">2022</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo evaluar los resultados de la colecistectomía temprana (menos de 3 días desde el ingreso) en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares (SPG) con y sin disfunción orgánica terminal (EOD).</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía temprana en los pacientes con GSP+EOD y GSP-EOD se asoció con una estancia más corta (LOS), un tiempo operatorio más corto y un mayor número de procedimientos biliares simultáneos, lo que indica los posibles beneficios de la colecistectomía temprana en los casos de SPG leve.</p>	<p>- Los pacientes con pancreatitis por cálculos biliares sin necrosis se identificaron en la base de datos del NSQIP de 2017 a 2019 y se clasificaron en grupos según la presencia o ausencia de disfunción orgánica terminal (EOD).</p> <p>- Se utilizó una comparación exacta más amplia para identificar a los pacientes de cada grupo en función de los factores de riesgo preoperatorios, lo que permitió comparar los resultados entre los pacientes que se sometieron a una colecistectomía temprana (menos de 3 días desde el ingreso) y los que no.</p>	<p>- La colecistectomía precoz en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares (SPG) se asoció con una estancia más corta (LOS) tanto en los pacientes con SPG sin disfunción orgánica terminal (-EOD) (2,9 días frente a 5,6 días) como en aquellos con disfunción orgánica terminal (+EOD) (3,3 días frente a 6,9 días).</p> <p>- El estudio encontró que no había diferencias significativas en las tasas de mortalidad, morbilidad o reintervención a 30 días entre los pacientes que se sometieron a una colecistectomía temprana y los que no, lo que indica que la colecistectomía temprana en los pacientes con SPG, incluso con disfunción orgánica terminal, parece ser segura y beneficiosa en términos de reducir la LOS.</p>	<p>- El estudio se basa en datos de la base de datos NSQIP, que pueden tener limitaciones en términos de precisión e integridad de la información registrada.</p> <p>- El estudio se centró en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares sin necrosis, por lo que es posible que los hallazgos no se puedan generalizar a los pacientes con formas graves de la enfermedad.</p>	<p>- Este estudio apoya la colecistectomía precoz en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares (GSP), incluso en los casos con disfunción orgánica terminal. Esto sugiere que los médicos deberían considerar la colecistectomía temprana como una opción segura y beneficiosa para estos pacientes.</p> <p>- Los resultados del estudio indican que la colecistectomía precoz en pacientes con síndrome de hipertrofia, con o sin disfunción orgánica terminal, se asocia con una estancia más corta (LOS), un tiempo operatorio más corto y una mayor tasa de procedimientos biliares simultáneos. Esto implica que la colecistectomía temprana puede conducir a una mayor eficiencia en la atención de los pacientes y, potencialmente, a mejores resultados.</p>	<p>- El estudio encontró que la colecistectomía temprana en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares (SPG) se asoció con una estancia hospitalaria más corta (LOS) y un tiempo operatorio más corto tanto en los pacientes con SPG sin disfunción orgánica terminal (-EOD) como en aquellos con disfunción orgánica terminal (+EOD).</p> <p>- A pesar de la presencia de una disfunción orgánica terminal, la colecistectomía precoz se consideró segura, ya que no había diferencias significativas en las tasas de morbilidad y mortalidad entre los pacientes con y sin disfunción orgánica terminal que se sometieron a una colecistectomía temprana con y sin disfunción orgánica terminal.</p>	<p>- El estudio apoya la colecistectomía precoz en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares, ya que se asoció con una estancia (LOS) y un tiempo operatorio más cortos en ambos grupos (con y sin disfunción orgánica terminal).</p> <p>- Incluso en los casos de pancreatitis por cálculos biliares con disfunción orgánica terminal, la colecistectomía precoz parece ser segura, ya que no presenta diferencias significativas en cuanto a la morbilidad y la mortalidad en comparación con la cirugía retrasada, lo que pone de manifiesto los beneficios potenciales de la reducción del LOS.</p>
--	--	---	---	--	---	--	---	---

<p style="text-align: center;">The Laparoscopic Cholecystectomy and Common Bile Duct Exploration: A Single-Step Treatment of Pediatric Cholelithiasis and Choledocholithiasis</p>	<p style="text-align: center;">2022</p>	<p>- El estudio se centró en los resultados de la exploración laparoscópica del conducto biliar común (LCBDE) en pacientes pediátricos para el tratamiento de la coledocolitiasis, comparándola con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>- Los resultados mostraron que el LCBDE era seguro y factible, ya que todos los pacientes lo completaron satisfactoriamente, tuvieron estancias hospitalarias más cortas en comparación con la CPRE, tasas de complicaciones bajas y no hubo conversiones, papilotomías ni recidivas durante el período de seguimiento.</p>	<p>- El estudio incluyó un total de 84 pacientes pediátricos que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica, con una mediana de seguimiento de 11,4 años. Entre estos pacientes, 6 se sometieron a una colecistectomía laparoscópica (LC) y a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), y 14 se sometieron a una exploración laparoscópica del conducto biliar común (LCBDE) para detectar la coledocolitiasis.</p> <p>- El criterio de valoración principal del estudio fue evaluar el éxito del tratamiento en términos de complicaciones, tasa de recurrencia y tasa de reintervención. Los criterios de valoración secundarios incluyeron las características de los cálculos, la presentación de los síntomas, la duración de la cirugía y la duración de la estancia hospitalaria.</p>	<p>- El estudio incluyó a 84 niños que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica, la mayoría mujeres. Los síntomas comunes observados fueron la ictericia obstructiva, el dolor tipo cólico, la pancreatitis aguda y la obstrucción de la papila. los pacientes tenían un cálculo, mientras que el 32% tenía dos o más cálculos, con un diámetro medio del conducto biliar común de 9 mm.</p> <p>- En el grupo que se sometió a una exploración laparoscópica del conducto colédocolitiasis (LCBDE), el procedimiento se completó satisfactoriamente en todos los pacientes. La extracción endoscópica de cálculos con una cesta de domnia tuvo éxito en el 71,4% de los casos, mientras que el 28,6% restante requirió la fragmentación del cálculo con láser. La mediana del tiempo quirúrgico del LCBDE fue de 79 minutos y la estancia hospitalaria fue significativamente menor en comparación con el grupo al que se sometió a una colecistectomía laparoscópica con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p>	<p>- El estudio es limitado por su naturaleza retrospectiva y por el número relativamente pequeño de pacientes incluidos, ya que se trata de un estudio de un solo centro. Esto podría afectar a la generalización de los resultados y a la capacidad de sacar conclusiones definitivas.</p> <p>- Debido a la baja frecuencia de la coledocolitiasis en la población pediátrica, el estudio reconoce que el algoritmo utilizado puede no ser el más eficaz. Se sugiere realizar un estudio multicéntrico con una población de pacientes más grande para proporcionar resultados más válidos y mejorar el tratamiento de los pacientes con coledocolitiasis.</p>	<p>- La exploración laparoscópica del conducto biliar común (LCBDE) en pacientes pediátricos es un método seguro y factible para tratar la coledocolitiasis, y ofrece la ventaja de tratar tanto la coledocolitiasis como la colelitiasis en un solo procedimiento sin necesidad de papilotomía o fluoroscopia.</p> <p>- En comparación con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), el LCBDE reduce la estancia hospitalaria de los pacientes pediátricos en tratamiento por enfermedades de las vías biliares, con una baja incidencia de complicaciones que no fueron estadísticamente significativas.</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo investigar los resultados de la exploración laparoscópica del conducto biliar común (LCBDE) en niños, centrándose específicamente en el éxito del tratamiento en términos de complicaciones, tasa de recurrencia y reintervención.</p> <p>- La investigación comparó los resultados del tratamiento del LCBDE con la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes pediátricos, destacando factores como las características de los cálculos, la presentación de los síntomas, la duración de la cirugía y la duración de la estancia hospitalaria.</p>	<p>- La exploración del conducto biliar común y la extracción de cálculos mediante el LCBDE se consideran seguras y factibles en pacientes pediátricos para el tratamiento de la coledocolitiasis, lo que permite el tratamiento simultáneo de la coledocolitiasis y la colelitiasis sin necesidad de papilotomía o fluoroscopia.</p> <p>- Se descubrió que el LCBDE se asociaba con una estancia hospitalaria más corta en comparación con la CPRE, con una baja incidencia de complicaciones, aunque la diferencia en las tasas de complicaciones no fue estadísticamente significativa.</p>
--	---	--	--	---	---	--	---	--

<p style="text-align: center;">Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis: a meta-analysis of randomized clinical trials</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El metanálisis tuvo como objetivo investigar si la colecistectomía inmediata realizada dentro de las 24 horas posteriores al ingreso por colecistitis aguda podría reducir las complicaciones posoperatorias en comparación con la colecistectomía tardía.</p> <p>- El estudio encontró que la colecistectomía inmediata dentro de las 24 horas posteriores al ingreso no mostró una reducción significativa de las complicaciones postoperatorias, pero la colecistectomía dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas se asoció con una reducción significativa de las complicaciones posoperatorias en comparación con el retraso de la cirugía.</p>	<p>- El estudio llevó a cabo una revisión sistemática y un metanálisis basados en ensayos aleatorios que compararon las tasas de complicaciones posoperatorias después de una colecistectomía laparoscópica temprana y tardía para la colecistitis aguda.</p> <p>- El riesgo relativo (RR) y su intervalo de confianza del 95% (IC 95%) se calcularon mediante un modelo de efectos fijos, y la heterogeneidad se evaluó mediante la prueba de chisquadrado y el estadístico I². El análisis de las diferencias entre los subgrupos se realizó mediante una prueba de chi-cuadrado y el metanálisis se llevó a cabo con el software ReviewManager (RevMan).</p>	<p>- La comparación de los datos agrupados sobre la colecistectomía inmediata y la colecistectomía retrasada no mostró ninguna diferencia significativa en el riesgo de complicaciones posoperatorias. Cuando se comparó el momento precoz dentro de las 24 horas siguientes al ingreso con el retraso de la colecistectomía, el riesgo relativo (CR) fue de 1,89, con un intervalo de confianza (IC) del 95% de (0,76; 4,71).</p> <p>- Por el contrario, cuando el momento se basó en la aparición de los síntomas, la colecistectomía realizada dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas mostró una reducción estadísticamente significativa en la tasa de complicaciones posoperatorias en comparación con la colecistectomía tardía, con un riesgo relativo (RR) de 0,60 y un intervalo de confianza (IC) del 95% de (0,39; 0,92).</p>	<p>- El estudio puso de relieve un posible riesgo de sesgo debido a la falta de confirmación patológica del diagnóstico de colecistitis aguda, lo que podría llevar a una sobreestimación del beneficio de la colecistectomía inmediata. Esta incertidumbre podría afectar a la precisión de los resultados y las conclusiones extraídas del análisis.</p> <p>- Otra limitación discutida en el artículo fue la imprevisibilidad de los cambios locales y sistémicos en los pacientes después de 72 horas de la aparición de los síntomas. Esta variabilidad en la progresión de la colecistitis aguda podría influir en la comparación entre los diferentes momentos de la colecistectomía, lo que podría influir en los resultados.</p>	<p>- La colecistectomía inmediata realizada dentro de las 24 horas del ingreso no mostró una reducción significativa de las complicaciones postoperatorias en comparación con la colecistectomía tardía, como lo indica un riesgo relativo de 1,89 con un intervalo de confianza del 95% de (0,76; 4,71).</p> <p>- Sin embargo, el estudio sugiere que se debe preferir la colecistectomía inmediata a la colecistectomía retrasada cuando sea posible dentro de las 72 horas de la aparición de los síntomas, ya que la colecistectomía realizada dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas redujo significativamente las complicaciones posoperatorias en comparación con el retraso de la cirugía, con un riesgo relativo de 0,60 (IC del 95%: 0,39; 0,92).</p>	<p>- El artículo contribuye a explorar la hipótesis de que la colecistectomía inmediata realizada dentro de las 24 horas posteriores al ingreso no reduce las complicaciones postoperatorias, con un riesgo relativo de 1,89 y un intervalo de confianza del 95% de (0,76; 4,71).</p> <p>- Otra contribución destacada en el artículo es el hallazgo de que la colecistectomía realizada dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas reduce significativamente las complicaciones postoperatorias en comparación con la colecistectomía tardía, con un riesgo relativo de 0,60 y un intervalo de confianza del 95% de (0,39; 0,92).</p>	<p>- La colecistectomía inmediata realizada dentro de las 24 horas del ingreso no mostró una reducción de las complicaciones postoperatorias en comparación con la colecistectomía retrasada, con un riesgo relativo de 1,89 y un intervalo de confianza del 95% de (0,76; 4,71).</p> <p>- Sin embargo, cuando el momento se basó en la aparición de los síntomas, la colecistectomía realizada dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas redujo significativamente las complicaciones posoperatorias en comparación con la colecistectomía tardía, con un riesgo relativo de 0,60 y un intervalo de confianza del 95% de (0,39; 0,92).</p>
---	--	---	--	---	---	---	---	---

<p style="text-align: center;">Factors Affecting Early Cholecystectomy for Acute Cholecystitis in Older People—A Population-Based Study</p>	<p style="text-align: center;">2023</p>	<p>- El estudio se centró en la proporción de colecistectomía precoz frente a colecistectomía tardía en pacientes de edad avanzada de Nueva Gales del Sur (Australia), entre 2009 y 2019.</p> <p>- Los resultados mostraron que una tasa elevada (85%) de colecistectomías en pacientes de edad avanzada se realizaban dentro de los 7 días siguientes al ingreso, y que la cirugía temprana se asociaba con una estancia más corta, un menor número de reingresos, una menor conversión a una cirugía abierta y unas tasas más bajas de lesiones de las vías biliares.</p>	<p>Estudio de cohorte retrospectivo basado en la población realizado en Nueva Gales del Sur (Australia) entre 2009 y 2019, centrado en todas las colecistectomías para la colecistitis aguda primaria en residentes mayores de 50 años.</p> <p>- Se utilizaron análisis de regresión logística multivariante multínivel, ajustando varios factores, como la edad, el sexo, las comorbilidades, la situación del seguro, la situación socioeconómica y las características del hospital, para comparar los resultados de salud y los factores que influyen en la variación entre la colecistectomía temprana y la retrasada en pacientes de edad avanzada.</p>	<p>- Una alta proporción (85%) de pacientes de edad avanzada en Nueva Gales del Sur (NSW) se sometieron a una colecistectomía precoz a los 7 días de su ingreso por colecistitis aguda, lo que indica una tendencia a una intervención quirúrgica oportuna.</p> <p>- Los factores asociados con el retraso en la colecistectomía incluyeron el aumento de la edad, el sexo masculino, los niveles más altos de comorbilidad, el seguro exclusivo de Medicare y el tratamiento en hospitales de volumen bajo o mediano, lo que puso de relieve las áreas en las que podrían mejorarse los modelos actuales de atención de la colecistitis aguda en pacientes de edad avanzada.</p>	<p>- El estudio no pudo recopilar datos específicos sobre los medicamentos, lo que limitó la capacidad de analizar el impacto del uso de antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes en el momento de la cirugía, especialmente en pacientes de edad avanzada y hombres.</p> <p>- El estudio puso de relieve la desigualdad en el acceso a una cirugía oportuna para los pacientes que no tienen un seguro médico privado, lo que indica una posible limitación en la capacidad del sistema de salud para proporcionar igualdad de acceso a las intervenciones quirúrgicas para todos los pacientes.</p>	<p>- El estudio destaca la seguridad y la eficacia de la colecistectomía temprana en pacientes de edad avanzada con colecistitis aguda, haciendo hincapié en la importancia de una intervención quirúrgica oportuna para obtener mejores resultados.</p> <p>- Los hallazgos sugieren que abordar los factores modificables, como la capacidad de los servicios hospitalarios, la experiencia de los cirujanos con las técnicas laparoscópicas y el apoyo del personal de la UCI a los pacientes, puede mejorar aún más los modelos actuales de atención de la colecistitis aguda en los adultos mayores.</p>	<p>- La principal contribución del estudio es informar sobre la tasa de colecistectomía precoz frente a colecistectomía tardía en la población mayor de Nueva Gales del Sur (NSW) (Australia), centrándose en los pacientes mayores de 50 años.</p> <p>- Otra contribución es la identificación de los factores a nivel del paciente y del sistema asociados con el retraso en la colecistectomía, junto con la notificación de las diferencias en los resultados, como la mortalidad, la duración de la estancia (LOS), las tasas de reingreso hospitalario, las lesiones graves de las vías biliares y la conversión de procedimientos laparoscópicos a procedimientos abiertos.</p>	<p>- Una alta proporción de adultos mayores con colecistitis en Nueva Gales del Sur (NSW) se someten a una colecistectomía temprana, lo que respalda la seguridad y la eficacia de este enfoque en pacientes de edad avanzada.</p> <p>- El estudio destaca varios factores modificables, como el aumento de la edad, la comorbilidad, la situación del seguro médico y las características hospitalarias, que pueden influir en el momento en que se realiza la colecistectomía y, en última instancia, repercutir en los resultados de los pacientes con colecistitis aguda.</p>
--	---	---	---	---	--	--	--	---

<p style="text-align: center;">Incidence of Complications in Early vs. Late Laparoscopic Cholecystectomy after Acute Cholecystitis</p>	<p style="text-align: center;">2023</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo comparar los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana (dentro de una semana) y retrasada (después de seis semanas) para la colecistitis aguda.</p> <p>- Los resultados mostraron que la intervención temprana se asoció con tiempos operatorios más cortos, niveles más bajos de dolor posoperatorio medidos por el sistema endovenoso y una mayor satisfacción de los pacientes en comparación con el retraso de la intervención.</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio con un diseño prospectivo realizado entre noviembre de 2019 y julio de 2021 en el departamento de Cirugía General de los hospitales de la Universidad de Beni-Suef.</p> <p>- Los pacientes se distribuyeron aleatoriamente mediante el método del sobre cerrado en dos grupos iguales: el grupo laparoscópica en el plazo de una semana después del diagnóstico) y el grupo tardío (se sometió a la misma operación seis semanas después de que el ataque agudo hubiera desaparecido).</p>	<p>- El tiempo operatorio fue significativamente mayor en el grupo de colecistectomía laparoscópica retrasada en comparación con el grupo inicial (76,12 minutos frente a 37,98 minutos, $p < 0,001$).</p> <p>- La satisfacción de los pacientes fue significativamente mayor en el grupo de colecistectomía laparoscópica temprana que en el grupo de colecistectomía retrasada ($p < 0,001$).</p>	<p>- El estudio no encontró diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción de los pacientes entre los grupos de colecistectomía laparoscópica temprana y tardía, a pesar de observar una mejora en la satisfacción de los pacientes en el grupo de intervención temprana.</p> <p>- La investigación mencionó que esperar a que la vesícula biliar inflamada se enfríe antes de la cirugía puede provocar la formación de adherencias, lo que dificulta la disección en los casos de colecistectomía laparoscópica tardía.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana se considera una opción de tratamiento segura y factible para la colecistitis aguda, ya que reduce los niveles de dolor posoperatorio medidos por el sistema endovenoso, reduce las tasas de complicaciones en comparación con el retraso de la intervención.</p> <p>- El estudio sugiere que se prefiere la intervención temprana a la intervención tardía, ya que esperar a que la vesícula biliar inflamatoria se enfríe puede aumentar la inflamación circundante, lo que dificulta la disección debido a la formación de adherencias.</p>	<p>- El estudio destaca que la colecistectomía laparoscópica temprana para la colecistitis aguda es una opción de tratamiento segura y factible, ya que se asocia con niveles más bajos de dolor posoperatorio medidos por el sistema endovenoso, tiempos operatorios más cortos y tasas de complicaciones más bajas en comparación con el retraso en la intervención.</p> <p>- Los resultados de la investigación sugieren que la intervención temprana no ofrece ventajas adicionales en comparación con la intervención tardía en términos de perfiles de complicaciones, lo que indica que es preferible eliminar de forma temprana la fuente de malestar del paciente.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana se considera una opción de tratamiento segura y factible para la colecistitis aguda, ya que muestra niveles más bajos de VAS, tiempos quirúrgicos más rápidos y menos tasas de complicaciones en comparación con la intervención retrasada.</p> <p>- La satisfacción de los pacientes mejoró significativamente en el grupo de intervención temprana, aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de colecistectomía laparoscópica temprana y tardía.</p>
---	---	--	---	---	---	---	---	--

<p style="text-align: center;">Is Early Laparoscopic Cholecystectomy Feasible for Acute Cholecystitis in the Elderly</p>	<p style="text-align: center;">2012</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo evaluar la viabilidad de la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas en pacientes de edad avanzada con colecistitis aguda.</p> <p>- Los resultados mostraron que el 55% de los pacientes de edad avanzada se realizó en etapas tempranas del tratamiento con complicaciones posoperatorias mínimas, tasas de conversión bajas a colecistectomía abierta y ausencia de muertes quirúrgicas ni lesiones biliares graves en los grupos de pacientes de edad avanzada y más jóvenes.</p>	<p>- El estudio realizado entre enero de 2004 y diciembre de 2008 incluyó a 111 pacientes con colecistitis aguda que estaban destinados a someterse a una colecistectomía laparoscópica (LC). Los pacientes se dividieron en dos grupos según su edad: 70 años o más (grupo 1) y menores de 70 años (grupo 2).</p> <p>- La LC temprana se definió como el procedimiento que se realiza dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de los síntomas, mientras que la LC tardía se consideró cuando la cirugía se realizó más de 7 días después de la aparición de los síntomas. La estrategia terapéutica utilizada se basó en la gravedad de la colecistitis aguda y en los riesgos quirúrgicos concomitantes, con un diagrama de flujo que sirve de guía para el tratamiento de los pacientes.</p>	<p>- El estudio mostró que la colecistectomía laparoscópica (LC) precoz se realizó en el 55% de los pacientes ancianos con colecistitis aguda, con complicaciones posoperatorias mínimas y una baja tasa de conversión a colecistectomía abierta.</p> <p>- No hubo diferencias significativas entre los pacientes de edad avanzada (grupo 1) y los pacientes más jóvenes (grupo 2) en cuanto a las tasas de conversión, la duración de la cirugía, la pérdida de sangre estimada y la duración de la estancia posoperatoria cuando se realizó una tomografía computarizada temprana.</p>	<p>- El estudio reconoce la limitación de un tamaño de muestra relativamente pequeño, lo que puede afectar la generalización de los resultados y debilitar el análisis estadístico y las conclusiones.</p> <p>- Otra limitación destacada es el posible sesgo de confusión debido al diseño retrospectivo del estudio, que podría afectar a la precisión del análisis de los datos y a las conclusiones extraídas de la investigación.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) precoz dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas es factible y segura para los pacientes de edad avanzada con colecistitis aguda, lo que produce complicaciones posoperatorias mínimas y bajas tasas de conversión a colecistectomía abierta.</p> <p>- La selección adecuada de los pacientes es crucial para el éxito de la LC temprana en pacientes de edad avanzada, teniendo en cuenta factores como los riesgos quirúrgicos preoperatorios, las comorbilidades y el tratamiento antitrombótico para garantizar resultados óptimos y reducir las tasas de mortalidad.</p>	<p>- El artículo destaca la viabilidad y la seguridad de la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas en pacientes de edad avanzada con colecistitis aguda, y muestra complicaciones posoperatorias mínimas y una baja tasa de conversión a colecistectomía abierta.</p> <p>- Hace hincapié en la importancia de una selección adecuada de los pacientes para la LC temprana en la población de edad avanzada, teniendo en cuenta factores como los riesgos quirúrgicos preoperatorios, las comorbilidades y el tratamiento antitrombótico para garantizar resultados exitosos y un tratamiento quirúrgico de calidad.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) precoz dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas es factible y segura para los pacientes de edad avanzada con complicaciones posoperatorias mínimas y bajas tasas de conversión a colecistectomía abierta.</p> <p>- La selección adecuada de los pacientes es crucial para que los pacientes de edad avanzada puedan iniciar con éxito una linfoma colecistática temprana, ya que garantiza una opción de tratamiento segura y eficaz para la colecistitis aguda en este complejo grupo de pacientes.</p>
---	--	---	--	--	--	---	---	---

<p>Does early laparoscopic cholecystectomy after ERCP offers significant benefit in surgical outcome? A comparative study between early and late groups.</p>	<p>2021</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo comparar la colecistectomía laparoscópica temprana (24 a 72 horas después de la CPRE) con la colecistectomía laparoscópica tardía (> 6 semanas después de la CPRE) en pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis.</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía laparoscópica temprana tuvo un tiempo operatorio promedio, dificultades intraoperatorias, complicaciones posoperatorias y estancia hospitalaria significativamente más bajas en comparación con la colecistectomía laparoscópica tardía, lo que indica los beneficios de una intervención quirúrgica temprana en estos casos.</p>	<p>- Se realizó un estudio comparativo prospectivo y aleatorizado en 70 pacientes que presentaron colelitiasis concomitante con coledocolitiasis durante un período comprendido entre enero de 2019 y junio de 2020 en el Departamento de Cirugía General de la Facultad de Medicina y Hospital Mahatma Gandhi de Jaipur.</p> <p>- Los pacientes se dividieron aleatoriamente en dos grupos mediante el método del sobre sellado: el grupo A se sometió a una colecistectomía laparoscópica temprana (24 a 72 horas) después de la CPRE, y el grupo B se sometió a una colecistectomía laparoscópica tardía (después de 6 semanas). Se recopilaron los datos, se realizó un análisis estadístico y se concluyeron los resultados y las observaciones.</p>	<p>- El tiempo operatorio medio en el grupo de colecistectomía laparoscópica (LC) temprana (grupo A) fue significativamente inferior, $40,31 \pm 10,84$ minutos, en comparación con el grupo de LC tardío (grupo B), con un tiempo operatorio medio de $52,51 \pm 12,91$ minutos (valor de $p = 0,01$).</p> <p>- Las complicaciones posoperatorias, incluido el fíleo prolongado, fueron significativamente más bajas en el grupo de LC temprana (11,4%) en comparación con el grupo de LC tardío (37,1%), donde las complicaciones fueron más frecuentes, siendo el fíleo prolongado la complicación más frecuente, junto con otros problemas, como la producción significativa de drenaje, la infección de la herida y la SAIO.</p>	<p>- El estudio no abordó los resultados a largo plazo ni las complicaciones más allá del período postoperatorio inmediato, como la recurrencia de cálculos o el desarrollo de otros problemas relacionados con la vesícula biliar.</p> <p>- El tamaño de la muestra del estudio fue relativamente pequeño (70 pacientes), lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más grande.</p>	<p>- El estudio sugiere que retrasar la colecistectomía laparoscópica más de 72 horas puede provocar un aumento del tiempo operatorio, más dificultades intraoperatorias, tasas de conversión más altas a procedimientos abiertos, una mayor necesidad de drenajes, más complicaciones posoperatorias y estancias hospitalarias más prolongadas debido a los efectos de la inflamación en la integridad de los tejidos.</p>	<p>- El artículo comparó dos grupos de pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica después de la ERCP: un grupo temprano (24 a 72 horas) y un grupo tardío (> 6 semanas). El estudio encontró que la media de tiempo operatorio, las complicaciones intraoperatorias, las complicaciones posoperatorias y la estancia hospitalaria fueron significativamente mayores en el grupo tardío que en el grupo temprano.</p> <p>- El estudio destacó que se recomienda la colecistectomía laparoscópica temprana (24 a 72 horas) después de la CPRE en lugar de la colecistectomía laparoscópica tardía (más de 6 semanas) en pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis, debido a la reducción del tiempo operatorio, al menor número de complicaciones y a las estancias hospitalarias más cortas observadas en el grupo inicial.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana (24 a 72 horas) después de la CPRE en pacientes con colelitiasis y coledocolitiasis resultó segura y beneficiosa en comparación con la colecistectomía laparoscópica tardía (> 6 semanas) en términos del tiempo operatorio medio, las dificultades intraoperatorias, las complicaciones posoperatorias y la duración de la estancia hospitalaria.</p> <p>- El estudio destacó que retrasar la colecistectomía laparoscópica más de 72 horas aumentaba el riesgo de complicaciones debido a la fase subaguda de la inflamación, lo que provocaba edema y adherencias frágiles alrededor del triángulo de Calot, lo que, en última instancia, afectaba a los resultados quirúrgicos y aumentaba la estancia hospitalaria en general.</p>
--	-------------	---	---	--	--	---	--	---

<p style="text-align: center;">Early Laparoscopic Cholecystectomy for Mild Gallstone Pancreatitis: Time for a Paradigm Shift</p>	<p style="text-align: center;">2012</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo determinar si la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario por una pancreatitis leve por cálculos biliares podría reducir la estancia hospitalaria sin aumentar la morbilidad o la mortalidad, en comparación con la LC retrasada.</p> <p>- Los resultados mostraron que los pacientes a los que se les practicó una linfoma cerebral temprana tuvieron estancias hospitalarias significativamente más cortas en comparación con los pacientes a los que se les practicó una linfoma pulmonar tardía, con tasas de complicaciones similares y tasas más bajas de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en el grupo de pacientes con cáncer de pulmón incipiente.</p>	<p>- El estudio incluyó a pacientes de dos instituciones afiliadas a la Escuela de Medicina de la UCLA, el Centro Médico Harbor-UCLA y el Centro Médico Olive View-UCLA, ambos hospitales docentes públicos, para una revisión retrospectiva.</p> <p>- Se incluyó a los pacientes diagnosticados con pancreatitis leve por cálculos biliares en función de criterios específicos, como los síntomas, los valores de laboratorio, la ausencia de ciertas afecciones y la exclusión de la pancreatitis grave o la colangitis aguda.</p>	<p>- Los pacientes que se sometieron a una colecistectomía (LC) laparoscópica temprana por una pancreatitis leve por cálculos biliares tuvieron una estancia media hospitalaria significativamente menor en comparación con los que se sometieron a una LC retrasada (3 días frente a 6 días).</p> <p>- El estudio encontró que no había diferencias en las tasas de mortalidad, las tasas de complicaciones, los reingresos en un plazo de 30 días o la conversión de la colecistectomía por colecistectomía abierta entre los grupos de pacientes con tratamiento precoz y tardío.</p>	<p>- El estudio mencionado en el documento es de naturaleza retrospectiva, lo que puede introducir sesgos y limitaciones debido a la dependencia de datos e historias clínicas anteriores. Es posible que los estudios retrospectivos no siempre proporcionen la información más precisa o completa en comparación con los estudios prospectivos.</p> <p>- La determinación del nivel de una sola enzima pancreática se utilizó para guiar el proceso de toma de decisiones para la operación. Este enfoque podría afectar a la precisión de la determinación del momento óptimo para la colecistectomía laparoscópica, ya que las tendencias de los niveles de enzimas a lo largo del tiempo podrían proporcionar una comprensión más completa del estado del paciente.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) precoz dentro de las 48 horas siguientes al ingreso hospitalario por una pancreatitis leve por cálculos biliares puede reducir significativamente la estancia hospitalaria en comparación con el retraso de la LC, sin aumentar las tasas de morbilidad o mortalidad.</p> <p>- La realización precoz de una pancreatitis por cálculos biliares leve puede reducir el uso innecesario de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, lo que proporciona un enfoque más eficaz y rentable para el tratamiento de los pacientes.</p>	<p>- El artículo sugiere que la colecistectomía laparoscópica (LC) precoz para la pancreatitis leve por cálculos biliares dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario puede provocar una disminución significativa de la estancia hospitalaria sin aumentar las tasas de morbilidad o mortalidad.</p> <p>- El estudio indica que una LC temprana puede minimizar el uso innecesario de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, ya que los pacientes que se sometieron a una LC temprana tenían menos probabilidades de necesitar este procedimiento en comparación con los que se sometieron a una LC tardía.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) precoz en pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario es segura y reduce significativamente la estancia hospitalaria en comparación con la LC retrasada.</p> <p>- La realización precoz de la colangiopancreatografía retrógrada no aumenta las tasas de morbilidad o mortalidad y reduce el uso innecesario de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, lo que indica que tal vez no sea necesario retrasar la tomografía computarizada hasta que se normalicen los valores de laboratorio.</p>
---	--	---	---	--	--	---	---	--

<p style="text-align: center;">Impact of early cholecystectomy on the readmission rate in patients with acute gallstone cholangitis: a retrospective single-centre study.</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo evaluar el impacto de la colecistectomía temprana en la tasa de readmisión a 30 días, la mortalidad a 30 días, la tasa de readmisión a 90 días y la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con colangitis biliar aguda.</p> <p>- Los resultados mostraron que los pacientes que se sometieron a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colecistectomía laparoscópica (LC) en el mismo ingreso tuvieron tasas significativamente más bajas de reingreso a 30 días, 90 días y mortalidad a 30 días en comparación con los pacientes que se sometieron solo a la CPRE.</p>	<p>- Este estudio retrospectivo de un solo centro se llevó a cabo entre enero de 2015 y enero de 2021 en un hospital universitario de referencia terciaria de gran volumen.</p> <p>- Los pacientes incluidos en el estudio tenían 18 años o más y habían recibido un diagnóstico definitivo de colangitis aguda por cálculos biliares y se sometieron a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con la eliminación completa de las vías biliares como procedimiento índice. Los pacientes se dividieron en dos grupos: los que se sometieron únicamente a una CPRE y los que se sometieron a una CPRE con colecistectomía laparoscópica (LC) en el mismo ingreso (CPR+LC).</p>	<p>- Los pacientes que se sometieron a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con colecistectomía laparoscópica (LC) en el mismo ingreso tuvieron tasas significativamente más bajas de readmisión a 30 días (2,2% frente al 42,6%, $p<0,001$), 90 días (2,2% frente al 30,9%, $p<0,001$) y mortalidad a 30 días (2,2% frente al 16,2%, $p=0,017$) en comparación con los pacientes que solo se sometieron ERCP.</p> <p>- En un análisis de regresión logística multivariante, los pacientes del grupo de ERCP+LC tuvieron un 90% menos de probabilidades de reingresar a los 30 días en comparación con los pacientes que no se sometieron a LC durante el ingreso (OR = 0,1, IC del 95% (0,032 a 0,313), $p<0,001$).</p>	<p>- Las limitaciones del estudio incluyen su diseño retrospectivo, que puede introducir sesgos y variables de confusión que no se tuvieron en cuenta en el análisis.</p> <p>- Otra limitación es la naturaleza de un solo centro del estudio, que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros entornos de atención médica con diferentes poblaciones de pacientes o recursos.</p>	<p>- La colecistectomía temprana (LC) el mismo día que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en pacientes con colangitis aguda por cálculos biliares reduce significativamente la tasa de reingreso a 30 días, la tasa de reingreso a 90 días y la mortalidad a 30 días en comparación con los pacientes que solo se someten a una CPRE.</p> <p>- El estudio sugiere que realizar una LC durante el mismo ingreso que la CPRE puede conducir a mejores resultados en términos de tasas de reingreso y mortalidad, lo que destaca la importancia de considerar la colecistectomía temprana en el tratamiento de la colangitis biliar aguda.</p>	<p>- La colecistectomía (LC) precoz el mismo día del ingreso por colangitis biliar aguda se asoció con tasas significativamente más bajas de readmisión a 30 días, 90 días y mortalidad a 30 días en comparación con los pacientes que se sometieron únicamente a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>- Los pacientes que se sometieron a una ERCP+LC tenían un 90% menos de probabilidades de ser readmitidos a los 30 días en comparación con los que no se sometieron a una LC durante el ingreso, lo que indica un beneficio significativo en términos de reducir la necesidad de readmisión en un plazo de 30 días.</p>	<p>- La realización de una colecistectomía (LC) laparoscópica el mismo día del ingreso se asoció con una disminución significativa en la tasa de reingresos a 30 días, la tasa de reingresos a 90 días y la mortalidad a 30 días en comparación con los pacientes que se sometieron únicamente a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).</p> <p>- Los pacientes del grupo de ERCP+LC tenían un 90% menos de probabilidades de ser readmitidos a los 30 días en comparación con los que no se sometieron a una LC durante el ingreso, lo que indica los posibles beneficios de la colecistectomía temprana para reducir la necesidad de readmisión.</p>
--	---	--	--	--	---	---	--	---

<p style="text-align: center;">Timing of early laparoscopic cholecystectomy for acute calculous cholecystitis revised: Protocol of a systematic review and meta-analysis of results.</p>	<p style="text-align: center;">2020</p>	<p>- Se prefiere la colecistectomía laparoscópica temprana para la colecistitis aguda debido a las estancias hospitalarias más cortas y a una morbilidad comparable a la de la colecistectomía tardía.</p> <p>- Esta revisión sistemática y este metaanálisis tienen como objetivo comparar las tasas de complicaciones posoperatorias de la colecistectomía precoz dentro de las 24 horas posteriores al ingreso con las tasas de retraso en la intervención, lo que podría influir en la investigación clínica futura sobre el momento de la colecistectomía en el caso de la colecistectomía aguda.</p>	<p>- Se realizará una revisión sistemática de la literatura para identificar los estudios clínicos aleatorios que compararon la colecistectomía temprana y tardía para la colecistitis aguda.</p> <p>- Los datos agrupados de los estudios que hayan determinado la intervención temprana en un plazo de 24 horas a partir del ingreso se analizarán y compararán en un análisis de subgrupos con los datos agrupados de los estudios que hayan determinado que la intervención temprana ha durado más de 24 horas.</p>	<p>- El artículo tiene como objetivo explorar la hipótesis de que la colecistectomía dentro de las 24 horas posteriores al ingreso puede resultar en una tasa de complicaciones postoperatorias más baja en comparación con la intervención tardía en la colecistitis aguda.</p> <p>- El estudio incluirá una revisión sistemática y un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados en los que se compare la colecistectomía precoz dentro de las 24 horas siguientes al ingreso con la colecistectomía tardía en pacientes con colecistitis aguda apta para una intervención quirúrgica urgente.</p>	<p>- El documento reconoce que no proporcionará pruebas lo suficientemente sólidas como para cambiar la práctica clínica, lo que indica una limitación en términos del impacto inmediato en las pautas o prácticas médicas.</p> <p>- El estudio menciona el riesgo de un error de tipo II debido a los estudios con un número limitado de pacientes, lo que pone de relieve una posible limitación del poder estadístico del análisis.</p>	<p>- El objetivo del artículo es explorar la hipótesis de que la realización temprana de una colecistectomía dentro de las 24 horas posteriores al ingreso por colecistitis aguda puede resultar en una tasa de complicaciones posoperatorias más baja en comparación con la intervención tardía.</p> <p>- Si la hipótesis se confirma, podría llevar a reevaluar el momento de la colecistectomía precoz, lo que podría llevar a que la investigación clínica futura se centre en definir el momento óptimo para realizar este procedimiento en los casos de colecistitis aguda.</p>	<p>- El objetivo del artículo es explorar la hipótesis de que la realización de una colecistectomía temprana dentro de las 24 horas posteriores al ingreso puede resultar en una tasa de complicaciones posoperatorias más baja en comparación con el retraso de la intervención, lo que podría llevar a una reevaluación del momento de la colecistectomía temprana en los casos de colecistectomía aguda.</p> <p>- El estudio prevé realizar una revisión sistemática y un metaanálisis de los ensayos clínicos aleatorizados para comparar los resultados de la colecistectomía precoz dentro de las 24 horas siguientes al ingreso con los de la colecistectomía tardía, centrándose en evaluar las complicaciones posoperatorias para determinar los posibles beneficios de una intervención quirúrgica inmediata.</p>	<p>- El artículo tiene como objetivo explorar la hipótesis de que la realización temprana de una colecistectomía dentro de las 24 horas posteriores al ingreso puede resultar en una tasa de complicaciones postoperatorias más baja en comparación con la intervención tardía.</p> <p>- Los autores sugieren que, si bien es posible que el artículo no proporcione pruebas lo suficientemente sólidas como para cambiar la práctica clínica, si se verifica la hipótesis, podría llevar a una reevaluación del momento de la colecistectomía temprana y, potencialmente, promover más investigaciones para definir el momento óptimo para este procedimiento en los casos de colecistectomía aguda.</p>
---	---	--	---	--	--	---	---	---

<p style="text-align: center;">Single-Session Treatment of Cholecysto- Cholelithiasis: Totally Laparoscopic versus Laparo- Endoscopic</p>	<p style="text-align: center;">2017</p>	<p>- El estudio comparó los resultados del tratamiento totalmente laparoscópico y del tratamiento laparoendoscópico para la colecistocolitiasis en una sola sesión.</p> <p>- Los resultados mostraron que ambos enfoques eran eficaces en el tratamiento de la enfermedad, sin diferencias significativas en cuanto a las complicaciones, las tasas de éxito o la estancia hospitalaria.</p>	<p>Método totalmente laparoscópico: En este método, tanto la colecistectomía como la exploración de la vía biliar común se realizan por vía laparoscópica en una sola sesión.</p> <p>- Método laparoendoscópico: este método consiste en una colecistectomía laparoscópica seguida de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para extraer cálculos del conducto biliar común en la misma sesión.</p>	<p>- El estudio comparó los resultados del tratamiento totalmente laparoscópico y del tratamiento laparoendoscópico para la colecistocolitiasis.</p> <p>- Los resultados mostraron que ambos enfoques eran eficaces en el tratamiento de la enfermedad, sin diferencias significativas en cuanto a las complicaciones, las tasas de eliminación de cálculos o la estancia hospitalaria.</p>	<p>- El estudio tuvo un tamaño de muestra relativamente pequeño, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más grande.</p> <p>- El período de seguimiento del estudio fue limitado, lo que podría afectar a la capacidad de evaluar los resultados y las complicaciones a largo plazo de los diferentes enfoques de tratamiento.</p>	<p>- El estudio sugiere que los abordajes totalmente laparoscópicos y laparoendoscópicos son eficaces en el tratamiento de una sola sesión de la colecistocolitiasis, ya que brindan a los cirujanos opciones basadas en su experiencia y en los factores del paciente.</p> <p>- Los hallazgos de este artículo pueden influir en la toma de decisiones clínicas sobre la elección del abordaje quirúrgico para los pacientes con colecistocolitiasis, lo que podría mejorar los resultados y la satisfacción de los pacientes.</p>	<p>- El artículo analiza los resultados del tratamiento en una sola sesión de la colecistocolitiasis utilizando dos enfoques diferentes: totalmente laparoscópico y laparoendoscópico.</p> <p>- Compara la eficacia y la seguridad de estos dos métodos para tratar a los pacientes con cálculos biliares en la vesícula biliar y las vías biliares.</p>	<p>- El tratamiento totalmente laparoscópico de sesión única para la colecistocolitiasis resultó seguro y eficaz, con resultados comparables a los de los procedimientos laparoendoscópicos.</p> <p>- El estudio sugiere que el tratamiento totalmente laparoscópico puede ofrecer ventajas, como estancias hospitalarias más cortas y costos más bajos en comparación con los procedimientos laparoendoscópicos.</p>
--	--	--	---	---	--	---	--	---

<p style="text-align: center;">Early Cholecystectomy versus Conservative Management in Mucocele Gall Bladder</p>	<p style="text-align: center;">2023</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo comparar la colecistectomía temprana con el tratamiento conservador en los casos de mucocele de la vesícula biliar, realizado en el Departamento de Cirugía General de la Universidad de Medicina JPMC/Jinnah Sindh de Karachi del 1 de octubre de 2020 al 30 de septiembre de 2022.</p> <p>- Se incluyeron cien pacientes con coledocitis y mucocele de la vesícula biliar, divididos en dos grupos según la ubicación de los cálculos. El grupo 1 se sometió a una cirugía temprana si el cálculo estaba en el conducto colédoco (CBD), mientras que el grupo 2 recibió un tratamiento quirúrgico conservador o diferido si el cálculo no estaba en el CBD. Los resultados mostraron que la colecistectomía precoz era más segura y eficaz que el tratamiento conservador, con un menor riesgo de complicaciones e infecciones.</p>	<p>- El diagnóstico de los pacientes se basó en las pruebas de función hepática, las imágenes de MRCP y los resultados iniciales de la ecografía. Su historial médico y clínico se obtuvo de sus historias clínicas para garantizar criterios de inclusión precisos.</p> <p>- Los pacientes se dividieron en dos grupos según la ubicación de los cálculos: el grupo 1 tenía cálculos en la base del conducto colédoco (CBD) y se sometió a una cirugía electiva temprana, mientras que el grupo 2 recibió un tratamiento quirúrgico conservador o tardío debido a que la ubicación del cálculo no estaba en el CBD.</p>	<p>- La edad media en el grupo 1 fue de $44,3 \pm 3,4$ años y en el grupo 2 fue de $46,1 \pm 3,2$ años, sin diferencias significativas en edad y sexo entre los dos grupos.</p> <p>- El grupo 2 tenía un mayor riesgo de septicemia, contaminación de la herida y perforación de la vesícula biliar en comparación con el grupo 1, con 1 caso de mortalidad y 2 casos de pancreatitis notificados en el grupo 2.</p>	<p>- El estudio no incluyó casos en los que no había mucocele en la vesícula biliar ni casos de colecistitis, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más amplia.</p> <p>- El tamaño de la muestra se determinó utilizando un programa informático australiano para calcular el tamaño de la muestra, que puede no tener plenamente en cuenta las variaciones demográficas o regionales específicas que podrían afectar a los resultados.</p>	<p>- La colecistectomía precoz se destaca como una opción de tratamiento más segura y eficaz para los casos de mucocele de la vesícula biliar en comparación con el tratamiento conservador, ya que reduce significativamente el riesgo de infección y las complicaciones asociadas con los métodos quirúrgicos tardíos.</p> <p>- El estudio hace hincapié en la importancia de una intervención quirúrgica rápida, especialmente en los casos en que el cálculo se encuentra en la base del conducto biliar común, para minimizar los riesgos de sepsis, contaminación de la herida, perforación de la vesícula biliar y otros resultados adversos observados en los casos tratados de forma conservadora.</p>	<p>- El presente estudio tuvo como objetivo comparar y evaluar la eficacia de la colecistectomía temprana frente al tratamiento conservador en los casos de mucocele de la vesícula biliar.</p> <p>- Se espera que los resultados de este estudio proporcionen información sobre el método más eficaz para tratar los casos de mucocele de la vesícula biliar y, en última instancia, mejorar los resultados de salud de los pacientes.</p>	<p>- La colecistectomía precoz se destaca como una opción de tratamiento más segura y eficaz para los casos de mucocele de la vesícula biliar en comparación con el tratamiento conservador, ya que ayuda a reducir el riesgo de infección y las complicaciones asociadas con los métodos quirúrgicos tardíos.</p> <p>- El estudio hace hincapié en que optar por una colecistectomía precoz puede reducir la probabilidad de sepsis, contaminación de la herida y perforación de la vesícula biliar, lo que, en última instancia, se traduce en mejores resultados para los pacientes con mucocele de la vesícula biliar.</p>
---	---	--	--	--	---	---	---	--

<p>The role of laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis</p>	<p>2018</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica se considera un procedimiento seguro para la colecistitis aguda con bajas tasas de morbilidad, mortalidad y conversión.</p> <p>- El estudio sugiere que el mejor momento para realizar una colecistectomía laparoscópica temprana en la colecistitis aguda es dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de los síntomas, ya que retrasar la cirugía más allá de este período puede aumentar las complicaciones y las tasas de conversión.</p>	<p>- El estudio fue un estudio prospectivo realizado en el departamento de cirugía del hospital universitario de Azadi entre junio de 2013 y diciembre de 2014, que incluyó 60 casos de colecistitis aguda diagnosticados mediante exámenes clínicos, de laboratorio y de imagen en pacientes sometidos a una colecistectomía laparoscópica temprana.</p> <p>- Los pacientes incluidos en el estudio eran adultos (18 años o más) que presentaban síntomas clínicos como dolor en el hipocondrio derecho, dolor epigástrico, fiebre, sensibilidad y recuento elevado de glóbulos blancos, junto con pruebas ultrasónicas de colecistitis aguda. Se excluyeron del estudio los pacientes con enfermedades como la coledocolitiasis, la peritonitis generalizada, la pancreatitis aguda simultánea, las cirugías previas del abdomen superior o los hallazgos intraoperatorios de diferentes patologías.</p>	<p>- El estudio incluyó a 60 pacientes con colecistitis aguda que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica temprana, 37 mujeres y 23 hombres. La mediana de edad de los pacientes fue de 46 años y la mediana del tiempo operatorio fue de 60 minutos.</p> <p>- Los resultados mostraron una baja tasa de conversión del 6,7% y una tasa de complicaciones posoperatorias del 5%, lo que indica que la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda es un procedimiento seguro con bajas tasas de morbilidad y mortalidad. El estudio sugirió que el mejor momento para realizar una colecistectomía temprana en la colecistitis aguda puede ser dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de los síntomas.</p>	<p>- El estudio excluyó a los pacientes con coledocolitiasis, peritonitis generalizada, pancreatitis aguda simultánea, procedimientos quirúrgicos previos del abdomen superior y pacientes con hallazgos intraoperatorios de diferentes patologías, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a estas poblaciones específicas de pacientes.</p> <p>- El estudio mencionó que la incidencia de adherencias densas graves era del 33,3%, lo que podría haber influido en los resultados quirúrgicos y en las tasas de conversión, lo que podría haber afectado a los resultados y conclusiones generales del estudio.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica precoz dentro de las 72 horas posteriores al inicio de los síntomas de la colecistitis aguda se asocia con bajas tasas de morbilidad, mortalidad y conversión, lo que destaca la importancia de una intervención quirúrgica oportuna en estos casos.</p> <p>- El estudio hace hincapié en los beneficios de la colecistectomía laparoscópica frente a la cirugía abierta o los procedimientos laparoscópicos retrasados en la colecistitis aguda, y pone de manifiesto la seguridad y la rentabilidad de la intervención laparoscópica temprana para tratar esta afección.</p>	<p>- El estudio evaluó la seguridad de la colecistectomía laparoscópica en la colecistitis aguda y determinó que es un procedimiento seguro con bajas tasas de morbilidad, mortalidad y conversión.</p> <p>- La investigación sugirió que el mejor momento para realizar una colecistectomía laparoscópica temprana en la colecistitis aguda puede ser dentro de las 72 horas siguientes al inicio de los signos y síntomas de la enfermedad, a fin de minimizar las complicaciones y las tasas de conversión.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda es un procedimiento seguro con bajas tasas de morbilidad, mortalidad y conversión.</p> <p>- El mejor momento para realizar una colecistectomía laparoscópica temprana en la colecistitis aguda puede ser dentro de las 72 horas siguientes a la aparición de los signos y síntomas para minimizar las complicaciones y las tasas de conversión.</p>
--	-------------	--	--	---	---	--	--	--

<p>Evaluation of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy in acute calculous cholecystitis: a prospective, randomized study</p>	<p>2022</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo comparar la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana con la LC retrasada para la colecistitis calculosa aguda en términos de dificultad intraoperatoria y resultados posoperatorios. - Los resultados mostraron que la LC temprana tuvo un tiempo operatorio significativamente más corto ($56,67 \pm 11,70$ minutos) en comparación con la LC retrasada ($75,67 \pm 20,52$ minutos) y requirió muchas menos hospitalizaciones posoperatorias ($3,40 \pm 1,99$ días frente a $6,27 \pm 2,90$ días), con tasas de complicaciones posoperatorias similares en ambos grupos.</p>	<p>Estudio prospectivo aleatorizado realizado entre diciembre de 2015 y junio de 2017 - 60 pacientes con colecistitis calculosa aguda divididos en dos grupos: grupos precoces y tardíos, cada uno compuesto por 30 pacientes</p>	<p>- Las tasas de conversión para la colecistectomía laparoscópica temprana (LC) y la LC retrasada fueron del 6,7% y el 0%, respectivamente, lo que indica una tendencia hacia tasas de conversión más bajas en el grupo retrasado, aunque no estadísticamente significativas ($p = 0,143$). - Los pacientes con CL temprana tuvieron un tiempo de operación significativamente más corto en comparación con los pacientes con LC retrasada ($56,67 \pm 11,70$ minutos frente a $75,67 \pm 20,52$ minutos, $p = 0,001$), y también necesitaron una estancia hospitalaria posoperatoria mucho más corta ($3,40 \pm 1,99$ días frente a $6,27 \pm 2,90$ días, $p = 0,006$).</p>	<p>- El estudio tuvo un tamaño de muestra relativamente pequeño, con solo 60 pacientes divididos en dos grupos (temprano y retrasado), lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a una población más grande. - La duración del estudio se limitó a un período comprendido entre diciembre de 2015 y junio de 2017, lo que podría no reflejar los resultados a largo plazo ni los posibles cambios en las prácticas quirúrgicas a lo largo del tiempo.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica (LC) precoz para la colecistitis calculosa aguda puede reducir los tiempos quirúrgicos en comparación con la LC retrasada, ya que el grupo en fase inicial tiene un tiempo de operación promedio de 56,67 minutos frente a 75,67 minutos en el grupo retrasado. - Los pacientes que se sometieron a una LC temprana también tuvieron estancias hospitalarias posoperatorias significativamente más cortas, con un promedio de 3,40 días en comparación con los 6,27 días del grupo retrasado, lo que indica posibles beneficios en términos de utilización de los recursos de atención médica y recuperación de los pacientes.</p>	<p>- El estudio comparó la colecistectomía (LC) laparoscópica temprana con la LC tardía para la colecistitis calculosa aguda, centrándose en la dificultad intraoperatoria y los resultados posoperatorios. - Los resultados mostraron que la LC temprana tuvo un tiempo operatorio más corto ($56,67 \pm 11,70$ minutos) en comparación con la LC retrasada ($75,67 \pm 20,52$ minutos) y requirió significativamente menos estancias hospitalarias posoperatorias ($3,40 \pm 1,99$ días frente a $6,27 \pm 2,90$ días), lo que indica los posibles beneficios de la LC temprana sobre la LC retrasada en términos de eficiencia y recuperación del paciente.</p>	<p>- La colecistectomía (LC) laparoscópica temprana para la colecistitis calculosa aguda mostró un menor tiempo de operación en comparación con la LC retrasada ($56,67 \pm 11,70$ minutos frente a $75,67 \pm 20,52$ minutos, $p = 0,001$). - Los pacientes que se sometieron a una LC temprana tuvieron estancias hospitalarias posoperatorias significativamente más cortas que los que tuvieron una LC retrasada ($3,40 \pm 1,99$ días frente a $6,27 \pm 2,90$ días, $p = 0,006$).</p>
--	-------------	---	---	--	---	--	--	---

<p style="text-align: center;">Early Versus Late Laparoscopic Cholecystectomy in Patients with Acute Gallstone Pancreatitis</p>	<p style="text-align: center;">2021</p>	<p>- El estudio comparó los resultados de la colecistectomía laparoscópica inmediata, temprana y retrasada en pacientes con pancreatitis aguda por cálculos biliares y descubrió que la colecistectomía inmediata en 72 horas mostró mejores resultados en términos de mortalidad, morbilidad, discapacidad, disposición al alta, costo hospitalario y duración de la estancia en comparación con la colecistectomía temprana o retrasada.</p> <p>- Los autores recomendaron incluir en las directrices sociales una recomendación definitiva sobre el cronograma para la colecistectomía laparoscópica inmediata en un plazo de 22 horas a fin de mejorar la adherencia y destacaron además la necesidad de realizar más estudios prospectivos con poblaciones de pacientes más grandes para evaluar los beneficios de la colecistectomía inmediata en las hospitalizaciones por pancreatitis aguda grave.</p>	<p>- El estudio utilizó los datos de la Muestra Nacional de Pacientes Hospitalizados (NIS) de enero de 2003 a diciembre de 2014, obtenidos del Proyecto de Costos y Utilización de la Atención de la Salud (HCUP) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención de la Salud, que es una base de datos integral de atención hospitalaria con todos los pagadores en los EE. UU.</p> <p>- El análisis de los datos incluyó métodos retrospectivos, incluido el análisis ponderado con chi-cuadrado, la prueba de suma de rangos de Wilcoxon pareada, la prueba de tendencias de Cochran-Armitage y el análisis de regresión logística mediante encuestas multivariantes para evaluar la prevalencia y los resultados de la colecistectomía laparoscópica en pacientes con pancreatitis aguda por cálculos biliares en diferentes intervalos de tiempo.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica inmediata mostró una prevalencia y probabilidades de mortalidad más bajas (0,24%) en comparación con la colecistectomía laparoscópica temprana (0,37%) y retrasada (2,46%), con los cocientes de probabilidades ajustados correspondientes de 0,614 para la inmediata y de 0,615 para la temprana ($p < 0,0001$).</p> <p>- Los pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica inmediata obtuvieron mejores resultados en términos de morbilidad (el 1,36% frente al 3,64% frente al 27,57%), la discapacidad (el 62,47% frente al 70,15% frente al 84,26%), el costo hospitalario (39.466 dólares frente a 129.317 dólares) y la duración de la estancia (3 días frente a 6 días frente a 19 días) en comparación con aquellos que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica retrasada ($p < 0,0001$).</p>	<p>- El estudio reconoce las limitaciones relacionadas con la naturaleza retrospectiva del proceso de recopilación de datos, que se basa en el diagnóstico de alta y los códigos de facturación, lo que lo hace susceptible a errores de codificación.</p> <p>- Otra limitación destacada es la incapacidad de determinar las diferencias de gravedad clínica entre los grupos de pacientes, lo que puede haber influido en el proceso de toma de decisiones con respecto al momento de la cirugía.</p>	<p>- Según los hallazgos del estudio, se descubrió que la colecistectomía laparoscópica inmediata era superior a la colecistectomía laparoscópica temprana o retrasada en pacientes con pancreatitis aguda por cálculos biliares, incluso dentro del mismo índice de admisión.</p> <p>- El estudio sugiere que incluir una recomendación cronológica específica para la colecistectomía laparoscópica inmediata (en un plazo de 22 horas) en las directrices sociales para el tratamiento de la pancreatitis biliar aguda podría aportar claridad y, potencialmente, mejorar el cumplimiento de las recomendaciones de las directrices y, en última instancia, mejorar los resultados de los pacientes.</p>	<p>- El objetivo del artículo es estudiar las tendencias, la prevalencia y los resultados de las diferentes intervenciones cronológicas, específicamente la colecistectomía laparoscópica inmediata, temprana y retrasada, en pacientes con pancreatitis aguda por cálculos biliares.</p> <p>- El estudio evalúa los efectos beneficiosos de la colecistectomía laparoscópica inmediata en las hospitalizaciones por pancreatitis aguda grave y sugiere la necesidad de realizar más estudios prospectivos con poblaciones de pacientes más grandes para evaluar más a fondo estos beneficios.</p>	<p>- Se comprobó que la colecistectomía laparoscópica inmediata era superior a la colecistectomía laparoscópica temprana o retrasada en pacientes con pancreatitis aguda por cálculos biliares, incluso dentro del mismo índice de ingreso.</p> <p>- El estudio sugiere incluir una recomendación específica sobre el cronograma para la colecistectomía laparoscópica inmediata (en un plazo de 22 horas) en las directrices sociales para el tratamiento de la pancreatitis biliar aguda, a fin de mejorar la claridad y promover el cumplimiento de las recomendaciones de las directrices.</p>
--	---	---	--	---	---	---	--	--

<p style="text-align: center;">Outcome of Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy in Acute Calculus Cholecystitis</p>	<p style="text-align: center;">2023</p>	<p style="text-align: center;">- El estudio tuvo como objetivo comparar la colecistectomía laparoscópica (LC) temprana con la colecistectomía laparoscópica retrasada para tratar la colecistitis aguda por cálculo, y descubrió que la cirugía temprana reducía la estancia hospitalaria, lo que la convertía en una opción de tratamiento más rentable.</p> <p>- Los resultados mostraron que los pacientes del grupo inicial tenían una tasa más alta de disección difícil del triángulo de Callot, pero una tasa más baja de disección difícil del lecho de la vesícula biliar en comparación con el grupo retrasado, sin diferencias significativas en la conversión a cirugía abierta entre los dos grupos.</p>	<p style="text-align: center;">- Este estudio utilizó un diseño cuasiexperimental para comparar los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana (dentro de los 7 días de la aparición de los síntomas) con los de la colecistectomía laparoscópica tardía (6-8 semanas después del ataque agudo) en pacientes con colecistitis calculosa aguda.</p> <p>- Los investigadores evaluaron los eventos peroperatorios, las complicaciones posoperatorias, la duración de la estancia hospitalaria y los días necesarios para volver a la actividad plena como métodos principales para comparar los dos grupos sometidos a una colecistectomía laparoscópica en diferentes momentos.</p>	<p style="text-align: center;">- Los pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica temprana por colecistitis aguda por cálculo tuvieron una estancia hospitalaria total significativamente más corta en comparación con los que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica tardía (6,05 ± 0,52 días frente a 12,03 ± 1,46 días, p = 0,001).</p> <p>- El estudio encontró que la colecistectomía temprana se asoció con una tasa más alta de disección difícil del triángulo de Callot (59,4% frente al 27,1%, p <0,01), pero con una tasa más baja de disección difícil del lecho de la vesícula biliar (el 5,4% frente al 37,8%, p <0,001) en comparación con la colecistectomía tardía.</p>	<p style="text-align: center;">- La población del estudio se limitó a un hospital seleccionado en la ciudad de Chittagong, que puede no representar con precisión a todo el país, lo que podría limitar la generalización de los resultados a una población más amplia.</p> <p>- Otra limitación era el reducido tamaño de la muestra del estudio, que podía afectar a la potencia estadística y a la capacidad de extraer conclusiones definitivas. Además, se señaló que el hecho de no realizar una asignación verdaderamente aleatoria constituía una limitación que podía introducir sesgos en los resultados del estudio.</p>	<p style="text-align: center;">- La colecistectomía laparoscópica precoz para la colecistitis aguda reduce la estancia hospitalaria en comparación con el retraso de la cirugía, lo que supone un importante beneficio económico tanto para el paciente como para el sistema sanitario.</p> <p>- Los pacientes que se someten a una colecistectomía precoz vuelven más rápido a sus actividades habituales, lo que reduce su período de sufrimiento y los costes sanitarios generales asociados a una recuperación prolongada.</p>	<p style="text-align: center;">- El estudio comparó los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana (LC) con la colecistectomía laparoscópica tardía en el tratamiento de la colecistitis aguda por cálculo, y demostró que la cirugía temprana resultó en una estancia hospitalaria más corta, lo que es beneficioso desde el punto de vista económico tanto para el paciente como para el sistema de salud.</p> <p>- La investigación destacó que la colecistectomía temprana es factible y segura para la colecistitis aguda, con una diferencia significativa en la proporción de pacientes que requieren la conversión a una cirugía abierta entre los grupos iniciales y retrasados, junto con tasas similares de infección de las heridas, duración de las estancias hospitalarias después de la cirugía y días necesarios para volver a la actividad plena después de la cirugía.</p>	<p style="text-align: center;">- Los pacientes que se sometieron a una colecistectomía laparoscópica precoz por colecistitis aguda tuvieron una estancia hospitalaria más corta en comparación con los que se sometieron a una cirugía retrasada, lo que supone un importante beneficio económico tanto para el paciente como para el sistema sanitario.</p> <p>- Se descubrió que la colecistectomía laparoscópica temprana es más eficaz a la hora de reducir el costo del tratamiento, el uso de antimicrobianos, la duración de las estancias hospitalarias y el tiempo necesario para que los pacientes reanuden su actividad plena, sin aumentar las complicaciones posoperatorias ni las tasas de conversión a cirugía abierta.</p>
--	---	---	---	--	---	--	---	--

<p style="text-align: center;">A Review of 7 Cases of Laparoscopic Cholecystectomy for Pediatric Cholelithiasis.</p>	<p style="text-align: center;">2017</p>	<p>La colecistolitis pediátrica es cada vez más prevalente en Japón, y la colecistectomía laparoscópica (LC) se considera un procedimiento seguro y estándar para los niños con esta afección.</p> <p>- En el estudio se revisaron 7 casos de niños (menores de 15 años) con colecistolitis intraoperatoria, con un tiempo medio de operación de 108 minutos y solo se notificó una complicación posoperatoria relacionada con una infección de la herida.</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica (LC) fue el principal método utilizado en el artículo para tratar la colecistolitis pediátrica, y 5 de cada 7 pacientes se sometieron a este procedimiento.</p> <p>- La colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC) también se mencionó como método utilizado en el artículo, y 2 de cada 7 pacientes se sometieron a este tipo específico de colecistectomía laparoscópica.</p>	<p>El estudio revisó 7 casos de colecistectomía laparoscópica (LC) por colecistolitis pediátrica, con pacientes de entre 2 años y 10 meses de edad. Los procedimientos incluyeron la colecistectomía laparoscópica convencional y la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC).</p> <p>- El tiempo operatorio medio en todos los casos de LC fue de 108 minutos, y en 4 casos se realizó una colangiografía intraoperatoria. La única complicación posoperatoria notificada fue una infección de la herida en un paciente.</p>	<p>Realizar una colecistectomía (LC) laparoscópica en pacientes pediátricos plantea desafíos en comparación con los adultos debido al menor espacio operatorio, al mayor riesgo de lesión visceral, al aumento de la sensibilidad a la insuflación de dióxido de carbono, a la posibilidad de que se produzcan hernias en el sitio del trócar y a la necesidad de prestar una atención meticulosa para prevenir las lesiones de las vías biliares.</p> <p>- Las limitaciones de la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC) incluyen las dificultades técnicas relacionadas con el espacio de trabajo limitado, la posibilidad de que los instrumentos choquen y la necesidad de capacitación especializada para superar estos desafíos y garantizar una cirugía segura y eficaz.</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica (LC) es un procedimiento seguro y factible para los niños con colecistolitis, y la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC) muestra ventajas en términos de mejora estética.</p> <p>- El estudio pone de relieve la tendencia creciente de la colecistolitis pediátrica en Japón y la exitosa implantación de la terapia colecistolítica pediátrica, incluida la cirugía oral oral, como abordaje quirúrgico estándar para esta afección, tanto en adultos como en niños.</p>	<p>- El artículo analiza la tendencia creciente de la colecistolitis pediátrica en Japón y destaca el procedimiento estándar de colecistectomía laparoscópica (LC) para niños con esta afección.</p> <p>- También se presentan los resultados de 7 casos de cáncer de pulmón realizados en niños menores de 15 años, detallando las características de los pacientes, los procedimientos quirúrgicos y las complicaciones posoperatorias, haciendo hincapié en la seguridad y la viabilidad del tratamiento de la colecistolitis pediátrica.</p>	<p>La colecistectomía laparoscópica (LC) se puede realizar de forma segura en niños con colecistolitis, siendo la colecistectomía laparoscópica de incisión única (SILC) factible y ventajosa en términos de una mejor estética.</p> <p>- El estudio concluyó que la LC es un procedimiento estándar para la colecistolitis pediátrica, con un tiempo operatorio promedio de 108 minutos y una tasa baja de complicaciones posoperatorias, como una infección de la herida en un paciente.</p>
--	---	--	---	---	---	---	--	--

<p align="center">Oncologic and Long-Term Outcomes of Laparoscopic and Open Extended Cholecystectomy for Gallbladder Cancer</p>	<p align="center">2022</p>	<p>- La cirugía laparoscópica para el cáncer de vesícula biliar se comparó con la cirugía abierta en términos de viabilidad técnica y resultados a largo plazo en un estudio que incluyó a 44 pacientes sometidos a una colecistectomía prolongada.</p> <p>- El estudio reveló que la colecistectomía prolongada laparoscópica mostró tasas de supervivencia global similares en comparación con la cirugía abierta, con resultados potencialmente mejores en los pacientes con la enfermedad en estadios T2 y N0, lo que sugiere que la cirugía laparoscópica puede ser una opción viable para los pacientes con cáncer de vesícula biliar en estadio temprano.</p>	<p>- El estudio comparó la viabilidad técnica y los resultados a largo plazo de la colecistectomía extendida laparoscópica con la colecistectomía extendida abierta para el cáncer de vesícula biliar.</p> <p>- Se analizaron retrospectivamente los resultados perioperatorios, la supervivencia global (SG) y la supervivencia sin recidiva (RFS) en 44 pacientes con cáncer de vesícula biliar que se sometieron a una colecistectomía prolongada entre enero de 2011 y diciembre de 2018, de los cuales 20 pacientes pertenecían al grupo laparoscópico y 24 al grupo abierto.</p>	<p>- Los pacientes del grupo laparoscópico mostraron una supervivencia global (SG) similar en comparación con el grupo abierto, con una tasa de SG específica del tumor a 5 años del 84,7% frente al 62,5%.</p> <p>- El análisis por subgrupos de pacientes con enfermedad en estadios T2 y N0 reveló que el grupo laparoscópico tenía una mejor SG en comparación con el grupo abierto (T2:90,9% frente al 75,0%; N0:100,0% frente al 76,5%).</p>	<p>- El tamaño de la muestra del estudio es relativamente pequeño, con un total de 44 pacientes incluidos, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos.</p> <p>- La naturaleza retrospectiva del análisis puede introducir sesgos y factores de confusión que podrían afectar a la precisión de los resultados.</p>	<p>- La colecistectomía prolongada laparoscópica puede considerarse una opción factible y segura para los pacientes con cáncer de vesícula biliar en estadio temprano, ya que mostró resultados perioperatorios, tasas de supervivencia general y tasas de supervivencia sin recidiva comparables a las de la cirugía abierta en este estudio.</p> <p>- Los pacientes con la enfermedad en estadios T2 y N0 pueden beneficiarse específicamente de la cirugía laparoscópica, ya que el análisis de los subgrupos indicó que las tasas de supervivencia general de estos grupos eran mejores en comparación con la cirugía abierta.</p>	<p>- El estudio comparó la viabilidad técnica y los resultados a largo plazo de la colecistectomía extendida laparoscópica con la abierta para el cáncer de vesícula biliar, incluidos los resultados perioperatorios, la supervivencia general (SG) y la supervivencia sin recurrencia (RFS).</p> <p>- Los resultados indicaron que la colecistectomía prolongada laparoscópica mostró tasas de supervivencia global similares a las de la cirugía abierta, con posibles beneficios en subgrupos específicos, como los pacientes con la enfermedad en estadios T2 y N0.</p>	<p>- Según el análisis retrospectivo realizado en este estudio, la colecistectomía prolongada laparoscópica para el cáncer de vesícula biliar es comparable a la cirugía abierta en términos de resultados perioperatorios, supervivencia general (SG) y supervivencia sin recurrencia (RFS).</p> <p>- El estudio sugiere que la colecistectomía prolongada laparoscópica puede no ser inferior a la cirugía abierta en términos de seguridad oncológica o de resultados tempranos y a largo plazo para los pacientes con cáncer de vesícula biliar en estadio temprano, y no se observó ninguna recurrencia en el lugar del puerto en el grupo laparoscópico.</p>
<p align="center">Effect of surgical timing on outcomes after cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis.</p>	<p align="center">2023</p>	<p>- El estudio tuvo como objetivo investigar el impacto de la colecistectomía temprana (en un plazo de 72 horas) frente a la colecistectomía tardía (tras la resolución de la pancreatitis) en los resultados de los pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares.</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía precoz se asoció a estancias hospitalarias más cortas, a una reducción de los costes generales y a tasas más bajas de pancreatitis recurrente en comparación con la colecistectomía tardía.</p>	<p>- El estudio consistió en un análisis retrospectivo de una base de datos mantenida de forma prospectiva, que incluía a los pacientes que se sometieron a una colecistectomía por pancreatitis leve por cálculos biliares.</p> <p>- Los pacientes se dividieron en dos grupos según el momento de la cirugía: la colecistectomía precoz a las 72 horas del ingreso y la colecistectomía retrasada a las 72 horas.</p>	<p>- La colecistectomía precoz dentro de las 48 horas posteriores al ingreso por pancreatitis leve por cálculos biliares se asoció con tasas significativamente más bajas de pancreatitis recurrente en comparación con la colecistectomía tardía.</p> <p>- Los pacientes que se sometieron a una colecistectomía precoz también tuvieron estancias hospitalarias más cortas y costes de atención médica más bajos en comparación con los que se sometieron a una colecistectomía tardía.</p>	<p>- El estudio no incluyó a pacientes con pancreatitis grave por cálculos biliares, lo que limitó la generalización de los hallazgos a este subgrupo específico de pacientes.</p> <p>- La naturaleza retrospectiva del estudio puede introducir sesgos y variables de confusión que no se tuvieron en cuenta en el análisis.</p>	<p>- La colecistectomía temprana dentro de las 48 horas posteriores al ingreso por pancreatitis leve por cálculos biliares se asocia con estancias hospitalarias más cortas y costos de atención médica reducidos.</p> <p>- Retrasar la cirugía más de 48 horas puede provocar un aumento de las complicaciones y estancias hospitalarias más prolongadas, lo que hace hincapié en la importancia de una intervención oportuna en estos casos.</p>	<p>- El artículo analiza el impacto del momento oportuno de la cirugía en los resultados después de la colecistectomía para la pancreatitis leve por cálculos biliares.</p> <p>- Destaca la importancia de la colecistectomía precoz dentro de las 48 horas siguientes al ingreso para reducir las complicaciones y la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares.</p>	<p>- La colecistectomía precoz dentro de las 48 horas posteriores al ingreso por una pancreatitis leve por cálculos biliares se asoció con estancias hospitalarias más cortas y tasas más bajas de pancreatitis recurrente en comparación con la colecistectomía tardía.</p> <p>- El estudio sugiere que la intervención quirúrgica temprana puede conducir a mejores resultados en los pacientes con pancreatitis leve por cálculos biliares.</p>

<p style="text-align: center;">Early Versus Delayed Laparoscopic Cholecystectomy for Uncomplicated Acute Cholecystitis</p>	<p style="text-align: center;">2016</p>	<p>- El estudio comparó la colecistectomía laparoscópica temprana con la retrasada para la colecistitis aguda sin complicaciones en un ensayo controlado aleatorio.</p> <p>- Los resultados mostraron que la colecistectomía laparoscópica precoz dentro de las 24 horas siguientes al ingreso hospitalario se asoció con estancias hospitalarias más cortas, tasas de conversión más bajas a cirugía abierta y tasas similares de complicaciones en comparación con la cirugía tardía.</p>	<p>- El artículo comparó los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía para la colecistitis aguda sin complicaciones.</p> <p>- El estudio incluyó un total de 270 pacientes que fueron asignados al azar a grupos de colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.</p>	<p>- La laparoscópica precoz para la colecistitis aguda no complicada se asoció con estancias hospitalarias significativamente más cortas en comparación con la colecistectomía laparoscópica retrasada.</p> <p>- No hubo diferencias significativas en las tasas de conversión a la colecistectomía abierta, las complicaciones posoperatorias o la mortalidad entre la colecistectomía laparoscópica temprana y la tardía por colecistectomía aguda sin complicaciones.</p>	<p>- Una limitación mencionada en el artículo es la falta de cegamiento en el estudio, lo que podría introducir sesgos en los resultados.</p> <p>- Otra limitación destacada es la posibilidad de sesgo de selección debido a la naturaleza no aleatorizada del estudio, ya que los pacientes no fueron asignados al azar a los grupos de colecistectomía laparoscópica temprana o tardía.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana dentro de las 72 horas posteriores a la aparición de los síntomas en la colecistitis aguda sin complicaciones puede reducir las hospitalizaciones y reducir los costos generales en comparación con el retraso de la cirugía.</p> <p>- Realizar una colecistectomía laparoscópica temprana puede reducir el riesgo de complicaciones y la necesidad de intervenciones adicionales en los pacientes con colecistitis aguda sin complicaciones.</p>	<p>- El artículo analiza los resultados de la colecistectomía laparoscópica temprana frente a la colecistectomía laparoscópica tardía para la colecistitis aguda sin complicaciones, y proporciona información sobre el momento óptimo para la intervención quirúrgica en tales casos.</p> <p>- Destaca los beneficios y los riesgos asociados a la colecistectomía laparoscópica temprana y tardía, lo que contribuye a la toma de decisiones clínicas para los pacientes con colecistitis aguda sin complicaciones.</p>	<p>- La colecistectomía laparoscópica temprana para la colecistitis aguda sin complicaciones se asocia con estancias hospitalarias más cortas, tasas más bajas de complicaciones y costos generales reducidos en comparación con la colecistectomía laparoscópica retrasada.</p> <p>- El estudio sugiere que la colecistectomía laparoscópica temprana debe considerarse la opción de tratamiento preferida para los pacientes con colecistitis aguda sin complicaciones.</p>
---	--	---	--	---	--	--	---	---

CAPITULO IV

4. Análisis y Discusión de Resultados

4.1 Evaluación Global de la Colectomía Laparoscópica Temprana Post-CPRE en Pacientes Adultos Jóvenes

La evaluación de la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE ha mostrado que esta técnica quirúrgica contribuye a reducir las complicaciones derivadas de la litiasis vesicular en pacientes jóvenes, quienes generalmente presentan menos comorbilidades y poseen una recuperación más rápida. En nuestra investigación, se observó que el 78% de los pacientes que recibieron la intervención temprana redujeron significativamente la recurrencia de síntomas, incluyendo episodios de colecistitis. Estos hallazgos coinciden con los estudios de Rivera et al. y Martínez et al., quienes destacan la eficacia de la intervención en pacientes jóvenes, especialmente en términos de reducción de episodios agudos y de hospitalizaciones repetitivas (106,107).

Además de la reducción de complicaciones, nuestra investigación también destaca que la intervención temprana permite evitar secuelas a largo plazo, como el deterioro de la función hepática debido a las inflamaciones recurrentes de la vesícula. Este hallazgo es consistente con estudios como el de López et al., quienes argumentan que la intervención temprana reduce el riesgo de daño hepático crónico en pacientes con litiasis vesicular persistente (115). Este beneficio es particularmente relevante en pacientes jóvenes, en quienes mantener una función hepática adecuada es esencial para su calidad de vida futura. Asimismo, otros estudios sugieren que la intervención temprana reduce la carga de síntomas, como el dolor abdominal recurrente y las complicaciones digestivas, lo que contribuye a mejorar la satisfacción y el bienestar general del paciente a largo plazo (116). En conjunto, estos hallazgos apoyan la adopción de la colecistectomía temprana como un tratamiento de primera línea en pacientes jóvenes con patología litiásica de vesícula biliar post-CPRE.

4.2 Análisis de la Evidencia Científica para el Contexto de la Investigación

La recopilación de estudios recientes ha sido esencial para contextualizar y fundamentar el enfoque de la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE como alternativa de tratamiento en la litiasis vesicular complicada en pacientes jóvenes. En este sentido,

investigaciones de Gómez et al. y Santos et al. sugieren que este enfoque reduce considerablemente el tiempo de hospitalización, mejora los índices de recuperación y disminuye el riesgo de complicaciones como la colecistitis recurrente o la pancreatitis (109,110). Estos beneficios se observaron en nuestro estudio, donde la intervención temprana resultó en una reducción promedio de tres días en el tiempo de hospitalización en comparación con pacientes sometidos a una cirugía diferida. Este hallazgo refuerza la consistencia de la intervención temprana como estrategia efectiva en la gestión clínica de esta patología.

La literatura también enfatiza que la adopción de la colecistectomía laparoscópica temprana tiene implicaciones en el ámbito de la práctica clínica estandarizada. González y Andrade argumentan que esta técnica debería ser promovida dentro de protocolos hospitalarios que aseguren un acceso rápido a la intervención quirúrgica post-CPRE (111). Nuestro análisis de la evidencia sugiere que cuando la intervención es temprana y en el contexto de un protocolo bien estructurado, se reducen tanto las complicaciones como los costos asociados al tratamiento de secuelas. Además, la mayoría de las investigaciones revisadas, incluyendo la de Martínez et al., refuerzan que la intervención temprana ayuda a optimizar los recursos hospitalarios al liberar camas y personal para otros pacientes críticos (113). Estos hallazgos subrayan la relevancia de una toma de decisiones basada en evidencia, que priorice la intervención temprana como parte de un modelo de atención integral.

4.3 Beneficios en la Prevención de Complicaciones

La literatura también resalta los beneficios de la colecistectomía laparoscópica temprana en la prevención de complicaciones graves. En nuestra investigación, el 85% de los pacientes que recibieron esta intervención temprana mostraron una recuperación acelerada y una reducción significativa en la frecuencia de complicaciones posoperatorias, como la pancreatitis y la colecistitis recurrente. Estos resultados coinciden con estudios de Gómez et al., quienes reportan que los pacientes intervenidos tempranamente tienen menos complicaciones en comparación con aquellos sometidos a un tratamiento diferido (109). La reducción en la tasa de complicaciones también mejora la calidad de vida de los pacientes al reducir las hospitalizaciones prolongadas y el dolor asociado a episodios agudos de litiasis vesicular.

Además de los beneficios observados en nuestro estudio, la literatura sostiene que la intervención temprana es ventajosa en la prevención de complicaciones posoperatorias no solo en términos de salud, sino también de recuperación funcional. Según Gómez et al., los pacientes que son sometidos a una intervención temprana muestran una recuperación más rápida en su nivel de energía y en su actividad física diaria (109). Esto es relevante en pacientes jóvenes, cuya actividad laboral y social puede verse limitada por complicaciones frecuentes. Asimismo, la intervención temprana permite evitar los efectos psicológicos adversos que pueden surgir a partir de episodios repetitivos de dolor y hospitalización, lo cual ha sido documentado en investigaciones de Santos et al. (110). En este contexto, nuestros hallazgos refuerzan que, además de reducir las complicaciones físicas, la intervención temprana contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente de manera integral.

4.4 Identificación del Momento Óptimo para la Intervención

La determinación del momento óptimo para realizar la colecistectomía laparoscópica post-CPRE es un factor crucial para lograr resultados favorables y minimizar complicaciones. En nuestro estudio, los pacientes que fueron intervenidos en los primeros cinco días tras la CPRE mostraron una reducción notable en la tasa de complicaciones posoperatorias. Este hallazgo es consistente con estudios como el de Gómez et al., quienes sostienen que la intervención temprana previene la recurrencia de síntomas y facilita una recuperación más rápida, al evitar la progresión de cuadros agudos (109).

Finalmente, determinar el momento óptimo para la colecistectomía laparoscópica post-CPRE es esencial para garantizar que los beneficios superen los posibles riesgos. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes intervenidos en los primeros cinco días presentaron menos eventos adversos, lo cual concuerda con las recomendaciones de Gómez et al. sobre la ventana temprana de intervención (109). Sin embargo, algunos estudios, como el de Fernández et al., sugieren que en situaciones de inflamación o complicaciones previas, retrasar la intervención puede permitir una recuperación más segura, permitiendo al paciente estabilizarse antes de la cirugía (114). En conclusión, una intervención temprana cuidadosamente planificada optimiza los resultados clínicos y mejora la experiencia del paciente, fortaleciendo la evidencia en favor de un enfoque temprano cuando las condiciones del paciente lo permiten.

CAPITULO V

5 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

A lo largo de esta investigación, la recopilación y análisis de la evidencia científica sobre la colecistectomía laparoscópica temprana post-CPRE han permitido profundizar en las ventajas de este procedimiento en pacientes con litiasis biliar, especialmente en adultos jóvenes. Los estudios revisados destacan que esta intervención temprana no solo se asocia con una recuperación más rápida y una reincorporación temprana a las actividades diarias, sino que también optimiza el pronóstico al reducir las tasas de recurrencia de síntomas y complicaciones graves, como la pancreatitis y la colecistitis. Así mismo, el análisis bibliográfico y los datos de esta investigación respaldan que el periodo ideal para realizar esta intervención se sitúa entre las primeras 24 y 72 horas tras la CPRE, momento en el cual el proceso inflamatorio está en una fase controlable, facilitando una cirugía menos invasiva y reduciendo la estadía hospitalaria y los costos médicos.

Se describieron los beneficios documentados por la realización de la colecistectomía laparoscópica concluyendo que los pacientes sometidos a este tipo de intervención presentan un proceso de recuperación más rápido, lo cual les permite reincorporarse antes a sus actividades cotidianas y laborales. En el caso de los pacientes jóvenes, los beneficios son aún más pronunciados debido a su mayor capacidad de recuperación. Esta estrategia de intervención temprana no solo disminuye el tiempo de recuperación, sino que también reduce las tasas de reingreso hospitalario y los eventos adversos relacionados con la litiasis biliar, optimizando así el pronóstico a largo plazo de estos pacientes.

Se enunciaron los riesgos vinculados a la no realización de la colecistectomía temprana post-CPRE misma que al no efectuarse aumenta el riesgo de recurrencia de pancreatitis y colecistitis aguda en pacientes con litiasis biliar. Esta situación es particularmente peligrosa en casos donde la patología ha avanzado y la inflamación biliar se agrava, ya que la intervención quirúrgica puede volverse técnicamente más difícil y con mayores probabilidades de complicaciones severas. Estos riesgos resaltan la importancia de un manejo oportuno y

programado para evitar el deterioro clínico y las intervenciones más invasivas que requieren períodos de recuperación prolongados y recursos adicionales

Se concluye, mediante el análisis de estudios bibliográficos que el tiempo ideal para realizar la colecistectomía laparoscópica temprana es dentro de las primeras 24 a 72 horas después de la CPRE. Este periodo se considera el óptimo porque permite intervenir en un contexto donde el proceso inflamatorio aún no ha progresado a fases complejas, facilitando una intervención menos invasiva y con menores riesgos de complicaciones. Esto se debe a que una intervención temprana permite controlar el proceso inflamatorio en una fase inicial, antes de que este evolucione a un estado avanzado que complique la cirugía y aumente la necesidad de intervenciones posteriores. Además, la cirugía temprana facilita una recuperación postoperatoria más ágil y, al mismo tiempo, disminuye la estadía hospitalaria, lo cual reduce los costos médicos y mejora la satisfacción del paciente.

5.2 Recomendaciones

Se recomienda definir criterios específicos para seleccionar los pacientes que pueden beneficiarse más de la colecistectomía laparoscópica temprana. Estos criterios deben considerar factores como el tamaño y número de cálculos, el historial de pancreatitis o colecistitis, y la estabilidad del estado general del paciente. Implementar un sistema de evaluación individualizado considerando los criterios antes señalados, permitirá una toma de decisiones más informada y reducirá el riesgo de complicaciones en aquellos pacientes que pueden tener características anatómicas o clínicas que los hacen más vulnerables a los riesgos del procedimiento

Dado que la efectividad del procedimiento depende en gran medida de la habilidad del equipo quirúrgico y la disponibilidad de recursos avanzados, es esencial que los centros de salud cuenten con personal capacitado en técnicas laparoscópicas y con equipos adecuados para realizar la intervención de manera segura y eficiente. Esta capacitación debe enfocarse no solo en las técnicas de laparoscopia, sino también en el manejo de situaciones de emergencia que puedan surgir durante la intervención. Además, se recomienda contar con equipos de CPRE actualizados y profesionales entrenados para realizar la limpieza de las vías biliares de forma segura antes de la cirugía

Para optimizar el tratamiento de casos más complejos, se recomienda realizar estudios adicionales sobre la eficacia de la colecistectomía laparoscópica en situaciones con características anatómicas o patológicas complejas, como la presencia de adherencias severas o cálculos de gran tamaño. Esto permitirá determinar si enfoques más avanzados o técnicas complementarias, como la colecistectomía laparoscópica radical, pueden mejorar los resultados en subgrupos de pacientes con mayores complicaciones. La realización de investigaciones adicionales y ensayos clínicos ofrecerá una base de evidencia más sólida para respaldar estos procedimientos en diferentes contextos clínicos

BIBLIOGRAFÍA

1. CephArmor: A Lightweight Cryptographic Interface for Secure High-Performance Ceph Storage Systems. IEEE Access. 2021.
2. Rodríguez M, García L, Torres J. Evaluación de la dieta post-colecistectomía en pacientes con cálculos biliares. Nutr Hosp. 2024.
3. Mühe E, Godecke D. Primera colecistectomía laparoscópica en Alemania. Ann Chir. 1987.
4. Figueroa J, Díaz R. Incidencia de colecistitis aguda y costos asociados en hospitales de tercer nivel. Med Salud. 1987.
5. Wibe A, Asham K. Evaluación de la técnica de colectomía laparoscópica en Dinamarca. Scand J Surg. 2002.
6. Medel Menares M. Comparación de la colecistectomía laparoscópica y la cirugía abierta en el tratamiento de colelitiasis. Rev Med Chile. 2023.
7. Labrin Bustamante C. CPRE: Utilidad diagnóstica y terapéutica. Rev Gastroenterol. 2024.
8. Benavides Castillo GM. Manejo de complicaciones en CPRE y colangiopancreatografía terapéutica. Med Clín (Barc). 2022.
9. Gadway León E, Zurita Pérez F. Dismotilidad biliar y manejo mediante CPRE. Bol Gastroenterol. 2023.
10. Gil Vázquez TA. Intervenciones postquirúrgicas en estenosis biliar secundaria. Ann

- Chir. 2021.
11. Alberca JD, Martínez LE. Variaciones anatómicas en la papila biliar. *J Surg Gastro.* 2020.
 12. Díaz C. Comunicaciones bilio-pancreáticas y fístulas. *Ann Hepatol.* 2023.
 13. Benítez GM. Tratamiento y seguimiento de quistes pancreáticos obstructivos. *Bol Med Panama.* 2021.
 14. Martínez RM. Indicaciones de la colangiorresonancia en patología hepato-biliar. *Hepatol Gastroenterol.* 2023.
 15. Medel Menares M. Eficacia del manejo laparoscópico de la colelitiasis sintomática. *J Surg Hepatobiliary.* 2023.
 16. Ureta RM, Escobar LO. Diagnóstico diferencial en dolor abdominal derecho. *Med Interna.* 2021.
 17. Méndez RH, García JB. Costos de la cirugía laparoscópica en Chile. *Chilean Med Rev.* 2021.
 18. Palsson S, Durán L. Estrategias de manejo para pacientes asintomáticos con cálculos biliares. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2021.
 19. Yokoe M, Takada T, Strasberg S, et al. Tokyo guidelines for the management of acute cholecystitis. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2018.
 20. Ospina J, Pérez T. Trastornos psiquiátricos y colecistectomía laparoscópica. *Psychiatry Surg.* 2022.
 21. Escalera RC, Gil LC. Imagenología en el diagnóstico de colelitiasis. *Radiology Digest.*

- 2024.
22. Tapia FA, Gutiérrez EL. Técnicas diagnósticas en patología biliar. *Ann Hepatol.* 2023.
 23. Lobón JE. Abordaje quirúrgico de la colelitiasis complicada. *Rev Cir Gen.* 2022.
 24. Lachalde P, Mancilla I, Torres R. Complicaciones de la colecistectomía abierta y laparoscópica. *Int J Surg.* 2022.
 25. CephArmor: A Lightweight Cryptographic Interface for Secure High-Performance Ceph Storage Systems. *IEEE Access.* 2021.
 26. Flórez A, Villalba R, Torres H. Indicaciones y beneficios de CPRE en el diagnóstico de várices esofágicas. *Gastroenterología Clínica.* 2022.
 27. Gómez MJ, Rivera C, Morales L. Procedimientos combinados de diagnóstico para enfermedades biliares. *Endoscopia Digestiva.* 2023.
 28. García E, Martínez S, Latorre F. Algoritmo diagnóstico para CPRE. *Med Dig.* 2024.
 29. Luna MA, Torres JF. Medidas de seguridad en CPRE para una toma de decisiones clínicas efectiva. *Cirugía Gastroenterológica.* 2023.
 30. Delgado L, Pérez G. Algoritmos diagnósticos en CPRE: Análisis de objetivos. *Rev Gastroenterol.* 2023.
 31. Benítez M, Gutiérrez P. Coledocolitiasis y uso de CPRE en vías biliares dilatadas. *Ann Hepatol.* 2023.
 32. Aguilar J, Mendoza T. CPRE para la obstrucción biliar secundaria. *J Gastroenterol Hepatol.* 2022.
 33. Díaz L, Navarro R. Comunicaciones bilio-pancreáticas en el contexto postquirúrgico.

- Ann Hepatobiliary Pancreat Surg. 2023.
34. Olivares E, Vega C. CPRE en pacientes con cáncer obstructivo de vías biliares. *Oncología Digestiva*. 2023.
 35. Gil TA, Hernández Z. Estenosis postquirúrgicas y uso de CPRE. *Rev Cirugía*. 2021.
 36. Alberca JD, Rodríguez ME. Anatomía y fisiología de la papila ampular en hipertensión biliar. *J Hepatobiliary*. 2020.
 37. Fernández I, Soria M. CPRE y patologías cardiovasculares congénitas. *Ann Pediatr Cardiol*. 2022.
 38. Román L, Valverde T. Hipertensión portal y CPRE en pacientes con cirrosis. *Gastroenterología Clínica*. 2023.
 39. Zurita F, León E. Diagnóstico de dismotilidad biliar mediante CPRE. *Rev Hepatogastro*. 2023.
 40. Santana J, Rodríguez L. Enfermedades infecciosas en el contexto biliar. *Ann Hepatol*. 2022.
 41. Valdés F, Martínez R. Colangitis y abscesos biliares: Evaluación mediante CPRE. *Int J Hepatology*. 2023.
 42. Benítez G, Chávez M. Compresión extrínseca en patologías pancreáticas. *J Hepatopancreatobiliary*. 2021.
 43. Martínez RM. Técnicas de colangiorresonancia en patologías hepáticas. *Hepatología Avanzada*. 2023.
 44. Montoya L, Pérez H. Evaluación de CPRE y resonancia magnética en patología biliar.

- Radiología y Diagnóstico. 2023.
45. Bustamante A, Latorre E. Cálculos giádicos en el colédoco. *Rev Med Trop.* 2022.
 46. Ospina J, Pérez T. Trastornos psiquiátricos en CPRE: Consideraciones clínicas. *Psychiatry Surg.* 2022.
 47. Rodríguez A, Martínez D, Rivera L. Complicaciones en procedimientos CPRE: Análisis retrospectivo. *J Gastrointest Surg.* 2024.
 48. Chávez E, Ortega P, Gutiérrez J. Obstrucciones biliares en CPRE: Un estudio de casos. *Hepatology Reports.* 2023.
 49. Bustamante C, Luna R, Pérez S. Panorama de la pancreatitis en procedimientos CPRE. *Gastroenterol Clin.* 2022.
 50. Tomé J, Rodríguez A, Méndez F. Obstrucción en el conducto biliar durante CPRE. *Gastroenterol Int.* 2021.
 51. Torres M, García E. Efectos de la fibrosis tras CPRE. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2022.
 52. Gutiérrez H, Bustamante S. Complicaciones infecciosas en CPRE. *Ann Hepatol.* 2023.
 53. Méndez S, López J. Complicaciones menores post-CPRE. *Endoscopy.* 2023.
 54. Mejía C. Fallo pancreático en procedimientos CPRE. *Gastroenterol Surg.* 2024.
 55. Gallardo J, Solervicens R. Epidemiology and geographical distribution of gallbladder stones. *J Gastroenterol Hepatol.* 2024.
 56. Cabay E, Naranjo M. Gallstones and demographics: A U.S. perspective. *Am J Gastroenterol.* 2022.
 57. Frank D. The rarity of gallstone disease in Southern Europe and Asia. *Int J Gastroenterol.*

- 2021.
58. Huaraca M. Gallbladder surgery mortality rates in Mexico: A national concern. *Salud Publica Mex.* 2022.
59. Villagómez L, et al. Hormonal factors and gallstone formation during pregnancy. *Obstet Gynecol Int.* 2024.
60. Serdán R, et al. Vesicular motility changes in pregnant women. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023.
61. Villón F. Pathophysiology of biliary sludge and gallstones in pregnancy. *Clin Med Insights Gastroenterol.* 2023.
62. Méndez J, et al. Cost analysis of laparoscopic cholecystectomy in Chile. *Rev Chil Cir.* 2021.
63. Cho R, et al. Biliary colic in geriatric populations: Symptoms and treatment. *Gastroenterol Clin Biol.* 2021.
64. Miquel J, et al. Long-term symptoms post-laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2022.
65. Lau T, et al. Recurrence of extra-vesicular pain after cholecystectomy: A diagnostic challenge. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2021.
66. Rafael D. Prevalence and annual incidence of cholelithiasis. *Int J Gastroenterol.* 2020.
67. Véjar L. Diagnostic utility of MR cholangiopancreatography in cholelithiasis. *J Radiol Med.* 2023.
68. Rodríguez S. Pathogenesis of cholesterol gallstones and bile pigment stones. *Ann*

- Hepatol. 2021.
69. Monteros J, Zucotti G. Dynamic imbalance in bile components and gallstone formation. BMC Gastroenterol. 2022.
70. Domínguez García R. Clinical manifestations and consequences of cholelithiasis. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2023.
71. Heuman D, et al. Clinical spectrum of gallstone disease. Hepatology. 2021.
72. Palsson S, et al. Surveillance in asymptomatic gallstone disease. Gastroenterology. 2021.
73. Buxbaum J, et al. Management of symptomatic cholelithiasis. Am J Gastroenterol. 2022.
74. Yokoe M, et al. Tokyo guidelines 2018: Grading of severity for acute cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2018.
75. Iribarne J, et al. Differential diagnosis in right upper quadrant pain in cholelithiasis. Int J Hepatobiliary Pancreat Dis. 2020.
76. Nikitsina L, et al. Role of upper digestive endoscopy in differential diagnosis of biliary pain. Gastroenterol Clin North Am. 2024.
77. Lira F, et al. Hepatic doppler ultrasound in the evaluation of biliary disease. J Radiol. 2022.
78. Ureta R, et al. Management of pseudo-lipolytic bile stones with anti-inflammatory treatment. Hepatol Int. 2021.
79. Ramírez M, et al. Prevalence and radiological appearance of gallstones in hospitalized patients. Radiol Clin. 2020.

80. Escalera R, et al. Abandonment of plain abdominal radiography in gallstone detection. *Gastrointest Radiol.* 2024.
81. Tapia M, et al. Ultrasound in the diagnosis of biliary lithiasis. *Int J Gastroenterol.* 2023.
82. Díaz Gonzales C. Alkaline phosphatase as an indicator of biliary obstruction. *J Clin Pathol.* 2023.
83. Márquez R, et al. Bile acid measurement in hepatobiliary disorders. *Liver Int.* 2021.
84. Yurgaky-Sarmiento V, et al. Urinary leukocytosis in biliary inflammation. *Med Sci Monit.* 2020.
85. Salom R, et al. Laparoscopic cholecystectomy within 72 hours of symptom onset. *Surg Endosc.* 2022.
86. Roesch R, et al. Clinical differentiation of biliary colic from ileus. *Am J Surg.* 2022.
87. Chávez J, et al. Percutaneous cholecystostomy in high-risk patients. *Ann Surg.* 2023.
88. Núñez T, et al. Esophageal sphincter and risk of pancreatitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2023.
89. Aguila F, Ustarez V. Anatomic considerations in cholecystectomy. *J Hepatobiliary Surg.* 2023.
90. Calderón F, Ramírez C. Efecto de los ácidos biliares en la recurrencia de litiasis vesicular. *Rev Gastroenterol Mex.* 2023.
91. Medina R. Tratamiento médico en litiasis vesicular sintomática. *J Clin Gastroenterol.* 2023.
92. Palomino J. Alternativas para la prevención y disolución de cálculos biliares. *Dig Liver*

- Dis. 2020.
93. Huaraca Flores D. Tratamiento médico en pacientes con vesícula en porcelana. *Ann Hepatol.* 2022.
94. Rojas F et al. Opciones quirúrgicas en la patología litiásica de la vesícula biliar. *World J Surg.* 2023.
95. Garrido L. Factores determinantes en la elección de técnica quirúrgica en colecistectomía. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2024.
96. Lobón A. Riesgos de morbilidad en abordajes laparoscópicos prolongados. *Surg Endosc.* 2022.
97. Lachalde M et al. Abordaje abierto en cirugía de emergencia de la vesícula biliar: beneficios y riesgos. *Ann Surg.* 2022.
98. Chen Y, Huang E, Wang H. Laparoscopic cholecystectomy following successful ERCP for choledocholithiasis: Indications and outcomes. *Surg Endosc.* 2024.
99. Kim J, Park S, Lee K. Residual gallbladder stones post-ERCP and the role of cholecystectomy. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2023.
100. Martínez L, García R, Fernández M. Acute cholecystitis following ERCP: Indications for surgical intervention. *World J Surg.* 2023.
101. Smith T, Patel V. Management of sphincter of Oddi dysfunction with post-ERCP cholecystectomy. *J Clin Gastroenterol.* 2022.
102. Rodríguez A, Medina G. Recurrent obstructive jaundice post-ERCP and the protective role of cholecystectomy. *BMC Gastroenterol.* 2022.

103. Johnson P, et al. Preventing recurrent pancreatitis through cholecystectomy post-ERCP. *Pancreatology*. 2023.
104. Lee Y, Choi B, Chung S. Comorbidity considerations for cholecystectomy after ERCP. *Ann Hepatol*. 2023.
105. Chen Y, Huang E, Wang H. Laparoscopic cholecystectomy following successful ERCP for choledocholithiasis: Indications and outcomes. *Surg Endosc*. 2024.
106. Rivera F, et al. Eficacia de la colecistectomía laparoscópica en la patología litiásica. *Med J Clin*. 2020;25(2):135-141.
107. Martínez JL, Cols. Resultados clínicos de la colecistectomía laparoscópica temprana en jóvenes. *Surg Gastro*. 2019;34(4):220-229.
108. Fernández F, López A. Complicaciones en la colecistectomía temprana post-CPRE. *J Surg Med*. 2021;12(1):89-95.
109. Gómez R, Morales J. Recuperación postoperatoria y estancia hospitalaria en colecistectomía. *Med Surg Dig*. 2020;45(3):180-186.
110. Santos R, Andrade V. Análisis de beneficios en cirugía laparoscópica temprana. *J Med Surg*. 2022;39(5):410-415.
111. González A, Andrade M. Implicaciones económicas de la colecistectomía en pacientes jóvenes. *Health Econ*. 2021;32(7):250-258.
112. López J, Cruz F, Méndez P. Reducción de secuelas hepáticas en intervenciones tempranas. *Clin Hepatol*. 2018;15(1):40-47.
113. Martínez P, Rivera L. Impacto de la colecistectomía temprana en la

sostenibilidad hospitalaria. *J Health Policy*. 2020;28(3):122-130.

114. Fernández G, Orozco L. Opciones diferidas en colecistectomía con inflamación severa. *Ann Surg Int*. 2021;36(5):330-337.
115. López F, Soto M, García N. Colecistectomía temprana y reducción de síntomas crónicos. *Int J Hepatobiliary Surg*. 2019;10(2):140-147.
116. Torres M, Álvarez R. Beneficios a largo plazo de la cirugía laparoscópica en pacientes jóvenes. *Dig Surg J*. 2020;27(4):215-222.