

Síndrome poscolecistectomía: problema frecuente, poco tratado

Postcholecystectomy syndrome: a common but scarcely studied condition

Dr. Alfredo Darío Espinosa Brito, Dr. Alfredo Alberto Espinosa Roca

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba.

RESUMEN

Se comentan los principales aspectos clínicos del síndrome poscolecistectomía, las dificultades para su comprensión y atención, así como la escasa alusión a este cuadro en los programas convencionales de pregrado y posgrado médicos. Se hace énfasis en el creciente número de pacientes que son sometidos a intervenciones de vesícula biliar realizadas por mínimo acceso a través de la videolaparoscopia, donde hay un porcentaje potencial de enfermos que desarrollan este síndrome y que acuden a los servicios de salud.

Palabras clave: síndrome poscolecistectomía, litiasis biliar, videolaparoscopia.

ABSTRACT

Comments are provided on the main clinical aspects of the postcholecystectomy syndrome, the difficulties involved in its comprehension and treatment, and the scant reference to this condition in conventional undergraduate and graduate syllabuses. Emphasis is made on the growing number of patients undergoing minimal access videolaparoscopic cholecystectomy, a potential proportion of whom will develop the syndrome and request medical care.

Key words: postcholecystectomy syndrome, cholelithiasis, videolaparoscopy.

INTRODUCCIÓN

En la asistencia a pacientes ambulatorios es muy común encontrar enfermos que, con el antecedente de haber sido colecistectomizados, refieren síntomas que persisten tras la intervención o aparecen posteriormente a la operación que se efectuó. A este conjunto de síntomas heterogéneos se le ha denominado síndrome poscolecistectomía.^{1,2} Sin embargo, como sucede con otras afecciones crónicas, aún siendo frecuentes, cuando no son graves ni incapacitantes, se le ha brindado muy poca atención a este tema en los programas de la educación médica de pregrado y posgrado. Tampoco es usual que se aborde en los intercambios de diferentes tipos que se realizan entre los profesionales médicos, tanto en la práctica cotidiana como en publicaciones o eventos científicos, salvo en algunos escenarios muy especializados. Así, por ejemplo, los principales textos cubanos de reconocido prestigio disponibles sobre temas generales de medicina, ni siquiera lo mencionan.³⁻⁸

Como característica general, este síndrome cumple, en la mayor parte de los casos, con el criterio de una enfermedad crónica, pues persiste por largos períodos, afecta de una forma u otra la vida normal de las personas que lo padecen y, generalmente, se puede solo controlar, no curar, con las intervenciones médicas actuales,⁹ a pesar de que últimamente se han hecho algunos avances y se reportan buenos resultados en casos seleccionados.

Frecuencia

La frecuencia con que se reporta el síndrome depende de los criterios diagnósticos que se adopten, de la competencia de quién hace el diagnóstico y del seguimiento de los pacientes, así como por qué tiempo se hace este último, entre otros factores.

Se ha señalado también que la incidencia del síndrome depende, en buena parte, de la indicación médica por la que se practicó la colecistectomía; por ejemplo, un diagnóstico correcto de colecistitis crónica, ausencia de síntomas relacionados con otros sistemas cuando se realizó la cirugía y un seguimiento posoperatorio cuidadoso. Estos factores, según algunos, pudieran explicar, al menos en parte, la amplia discrepancia de las cifras de incidencia reportadas.¹⁰

Habitualmente se asume que en la mayoría de los pacientes (entre 75 y 90 %) que han sido sometidos a colecistectomía —sobre todo por litiasis biliar bien comprobada— las molestias que les hicieron llegar a la cirugía desaparecen por completo o casi por completo, después de la intervención quirúrgica.¹⁰

Sin embargo, se han reportado porcentajes muy variables de los que manifiestan una gama de quejas posteriores a la operación —sobre todo dispepsias y dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen—, cuyas cifras varían entre 5 y 40 %, según las series publicadas.^{1,2,9,11}

El número de pacientes que son sometidos en la actualidad a colecistectomías por vía laparoscópica se ha incrementado de manera notable y progresiva en el mundo y a lo largo y ancho de nuestro país, aprovechando las ventajas de las técnicas de mínimo acceso en este tipo de intervenciones. Existen múltiples razones para la popularidad sin precedentes de esta técnica, que incluye efectos estéticos, pequeñas incisiones, corta estadía hospitalaria, acortamiento de la convalecencia,

menor coste hospitalario y escaso dolor.¹² Los pacientes sometidos a estas técnicas no han estado exentos de padecer del síndrome de poscolecistectomía, incluso, da la impresión de que pudiera existir mayores frecuencia y precocidad de la aparición de los síntomas posteriores a la operación. Esta situación llama más la atención en aquellos que antes de la operación han estado asintomáticos, pero que van al quirófano por el hallazgo fortuito de litiasis vesicular en estudios imaginológicos —sobre todo el ultrasonido abdominal—, siguiendo el viejo adagio —que afortunadamente ya se va modificando— de que "litiasis biliar diagnosticada, litiasis biliar operada", porque en los ancianos existe una alta frecuencia de litiasis asintomática, cabe esperar que, si son operados, se encuentre un buen número de ellos con este síndrome.

La expresión "clínica" del síndrome

El antecedente principal para su planteamiento es la falta de mejoría, recurrencia o aparición de nuevos síntomas después que se ha llevado a cabo la extirpación de la vesícula biliar.

El paciente refiere a menudo que el cirujano le ha dicho que todo está bien con su operación, que por su parte está de alta y curado. Así que, generalmente, no son los cirujanos los que atienden a estos enfermos, sino los clínicos. Algunos cirujanos hacen un seguimiento posoperatorio de sus pacientes durante un tiempo prudencial y en esta etapa identifican o eliminan un grupo de causas "orgánicas" relacionadas con la intervención y actúan en consecuencia.

Aunque siempre es importante el método clínico en la aproximación a los enfermos, el interrogatorio cobra mayor interés en estos casos, especialmente si la operación no ha sido reciente. Es habitual el relato de visitas a diversos facultativos, incluyendo a profesionales de diferentes especialidades, con opiniones y tratamientos variados. Asimismo, como estas personas a menudo deambulan de consulta en consulta y se tratan de las más disímiles formas, con frecuencia refieren, y acopian también, resultados de múltiples exámenes complementarios - sobre todo colecciones de ultrasonidos abdominales-, que se tienen que evaluar con atención y paciencia, si se quiere ganar la confianza del enfermo.

Por tanto, la mayoría de ellos pertenecen al grupo de los que pueden ocupar un tiempo prolongado en su primera consulta, por lo que retan la profesionalidad y la flema de cualquier facultativo, de manera similar a los que padecen del síndrome de fatiga crónica, o de fibromialgia, o de cefaleas de larga fecha, así como de tantos otros padecimientos crónicos que se acompañan de una carga subjetiva importante.

Típicamente, en muchos casos se mantienen síntomas "viejos" —previos a la intervención— y/o aparición de nuevos, como dolor en hipocondrio derecho de características variables —sobre todo posprandial, no intenso, con sensación de peso a ese nivel— cuya frecuencia varía, según las series, entre 20 % y 50 %.¹³ En una serie de casos interesante se ha señalado que la flatulencia abdominal y el uso de psicofármacos anteriores a la intervención fueron síntomas predictivos para la persistencia del dolor después de la colecistectomía.¹⁴ Estos enfermos también describen diversos tipos de dispepsias (intolerancia a las comidas grasas, aerofagia, flatulencia, sensación de peso e hinchazón abdominal posprandial, pirosis, regurgitaciones, náuseas y vómitos); aerogastria y aerocolia; diarreas altas (típicamente posprandiales y explosivas, sobre todo matutinas). Algunos han señalado la presencia de trastornos psiquiátricos hasta en 40 % de los pacientes, sobre todo mujeres. Muchas de estas molestias son frecuentemente aceptadas por

el enfermo —y hasta por el médico—, como el precio de carecer de la vesícula biliar.

En el interrogatorio se deben tratar de precisar, además, las razones por las que se llevó a cabo la colecistectomía: litiasis sintomática o complicada, si hubo manifestaciones previas de cólicos biliares o ictericia, litiasis asintomática que se opera por haberse diagnosticado en chequeo, recomendación de intervención a pesar de estar asintomático, colecistitis alitiásica, disquinesia biliar, intervenciones no adecuadas por error diagnóstico preoperatorio. En este último caso, hay que tratar de obtener la información con la mayor ética posible.

También, siempre que se pueda, se deben indagar detalles relacionados con la intervención, si se realizó de forma electiva o de urgencia, por vía clásica o laparoscópica, la calificación del cirujano que operó, las características de los cálculos y de la vesícula extirpada, si durante la operación hubo dificultades técnicas o fue muy laboriosa, si se realizó colangiografía transoperatoria, si se dejó una sonda en T, entre otros datos. Aunque puede parecer exagerado este listado, en la actualidad un porcentaje importante de pacientes puede aportar satisfactoriamente estos datos, dado el nivel de instrucción que la población ha adquirido sobre estos asuntos. Sin embargo, lo ideal sería tener acceso al informe operatorio —o comunicación con el propio cirujano que realizó la intervención— y al estudio anatomopatológico de la pieza de la vesícula, incluyendo las características de los cálculos. No pocas sorpresas brindan estos resultados, cuando se logran obtener.

En un estudio de 172 enfermos colecistectomizados, con edades entre 18 y 65 años, más del 60 % de los pacientes que presentaron síntomas biliares típicos antes de operarse, refirieron que habían mejorado sus síntomas a los 6 meses de operados, a diferencia de aquellos en los que predominaban síntomas dispépticos antes de la intervención, que en más del 60 % reportaban persistencia de sus manifestaciones clínicas a los 6 meses de la colecistectomía. La hipertensión arterial y uso de psicofármacos fueron factores asociados a este último grupo con síntomas no específicos.¹⁵

Pero, sobre todo, el interrogatorio debe dejar claro quién es el paciente, por qué decidió operarse, cuáles eran y, especialmente, cuáles son sus expectativas actuales pues, como ya hemos mencionado, se constatan afectaciones frecuentes en la esfera psicológica de estos enfermos. Recordar la frase de Osler: "Es más importante saber qué paciente tiene la enfermedad, que saber qué enfermedad tiene el paciente".

El examen físico de estos enfermos da muy pocos detalles, lo cual no quiere decir que no haya que realizarlo con profesionalidad e interés. A la palpación, con frecuencia solo se constatan molestias variables a la palpación del cuadrante superior derecho del abdomen, sin otro dato de interés.

Diagnóstico

Además del cuadro clínico, que puede ser muy variado en cada paciente y porque a menudo los exámenes complementarios ayudan poco, el diagnóstico positivo del síndrome poscolecistectomía se debe plantear después de realizar un diagnóstico diferencial que incluya otros síndromes y entidades que pudieran explicar el cuadro del paciente, una parte o, inclusive, que concomitaran con él. Entre los diagnósticos que se deben tener en cuenta —y en los que no nos extenderemos— están:

- Hernia hiatal.
- Hepatopatías.
- Pancreatopatías.
- Síndrome de intestino irritable.
- Gastritis crónica.
- Dispepsias.
- Hernia umbilical o epigástrica.
- Ulcus peptic.
- Tumores del ángulo hepático del colon.
- Cardiopatía coronaria.

Por tanto, la indicación de exámenes complementarios en estos pacientes se recomienda hacer basada en un juicio clínico lógico e individualizado y más para excluir otros diagnósticos o secuelas orgánicas posquirúrgicas no fácilmente identificables, que para confirmar el planteamiento de síndrome poscolecistectomía.

Entre los exámenes complementarios que pueden ser útiles, según el caso, están:^{16,17}

- Gastroanálisis, tubaje duodenal.
- Ultrasonido abdominal.
- Endoscopias y biopsias del tracto digestivo.
- Radiografías del tracto digestivo.
- Tomografía axial computarizada.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.
- Resonancia magnética con colangiopancreatografía.
- Ultrasonido endoscópico.
- Manometría de colédoco (esfínter de Oddi).
- Exámenes de laboratorio, incluyendo pruebas de función hepática y otros más específicos.
- Electrocardiograma, ecocardiograma.

Una vez que se plantea este cuadro, como siempre en clínica, se debe intentar conocer las causas que lo producen en cada paciente. Sin embargo, hay que estar preparados, pues en la práctica este propósito se cumple en pocas ocasiones.

En un grupo de casos, puede que las molestias preoperatorias no se hayan debido a la colecistopatía, pero al diagnosticarse la litiasis biliar, las quejas fueron atribuidas a este diagnóstico y se indicó la intervención. Inclusive el paciente puede haber hecho una pregunta difícil de contestar: ¿doctor, Ud. cree que con la operación todos estos problemas se me quitarán? En esos casos, cuando los síntomas persisten como el dolor abdominal y/o síntomas dispépticos tras la colecistectomía, no se sabe bien si estos pueden estar causados por otras entidades, que daban manifestaciones desde antes del acto quirúrgico.¹¹

Se estima que solo en un pequeño porcentaje de casos hay un problema relacionado con los conductos biliares extrahepáticos como causa responsable de los síntomas persistentes. En un grupo de estas situaciones sí será importante tener en cuenta la calificación del cirujano, las posibilidades técnicas que se tuvieron y el seguimiento que se haya hecho de los enfermos.

Entre las causas "bilíares orgánicas" del síndrome se han descrito:^{2,18}

- Estenosis de conductos biliares.

- Cálculos biliares residuales.
- Síndrome del muñón del cístico o cístico residual.
- Neuroma en el tejido cicatrizal.
- Síndrome de Mirizzi por cístico largo + cálculo.
- Litiasis recidivante de colédoco (más de 2 años de la operación).
- Estenosis del esfínter de Oddi.

Otras causas "bilíares funcionales" son:^{2,18}

- Disfunción del esfínter de Oddi.
- Reflujo biliogástrico, biliogastroesofágico.
- Diarreas o gastritis inducidas por sales biliares.

En los pacientes que presenten dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, ictericia y escalofríos, poco tiempo después de una colecistectomía, se debe sospechar que han quedado cálculos residuales en el árbol biliar y estos casos, aunque constituyen eventos posteriores a la intervención quirúrgica, no se incluyen en el síndrome poscolecistectomía, tal como este se ha conceptualizado, sino como complicaciones de la intervención.

Los pacientes con síndrome de poscolecistectomía refieren a menudo síntomas de dispepsia, que se han atribuido al reflujo duodenogástrico de bilis. Sin embargo, no hay datos consistentes de que se deban a una gastritis biliar secundaria a la falta de la vesícula. La colecistectomía induce un tránsito intestinal rápido y estos cambios son persistentes y tienen un efecto evidente en la modificación de los hábitos intestinales. Se acorta el tiempo de tránsito, acelerando el paso de las heces a través del colon, más en el colon derecho, por lo que se produce un incremento en el *output* del ácido biliar colónico y un cambio en la composición de los ácidos biliares hacia los ácidos biliares más "diarreagénicos". Cuando la diarrea es intensa y líquida —3 o más por día, sobre todo matutina o posprandial— puede clasificarse como diarrea por poscolecistectomía y esto ocurre en 5 %-10 % de los enfermos a los que se les practicó una colecistectomía electiva según el texto de Harrison,¹¹ aunque pudiera ser mayor la proporción de los afectados en menor grado.

Actualmente se sabe que el sobrepeso y la obesidad ocasionan interrupciones en el metabolismo de numerosas hormonas y de la flora intestinal, es decir, en el proceso de digestión de los alimentos. Muchos de los pacientes que padecen de este síndrome son obesos o están sobrepeso, por lo que este pudiera ser otro factor a tener en cuenta en los operados de vesícula que siguen padeciendo de síntomas digestivos.¹⁹

Johnstone y otros, recordando la fábula de Samuel Taylor Coleridge (*Rima del antiguo marinero*) —la historia de un navegante que mató a un albatros, que son de esos pájaros que nunca han hecho mal a nadie, y cómo sufrió por largos años después por esa acción, hasta su arrepentimiento— denominaron síndrome de Albatros a ciertos casos de gastrectomía por úlcera, realizada por cirujanos que no tuvieron en cuenta una serie de situaciones personales de los enfermos y decidieron realizarles esa mutilante operación, que cargan durante muchos años con la condena de las reclamaciones de esos pacientes, cuyos padecimientos empeoraron después de la intervención.²⁰ ¿Pudiera ser el síndrome poscolectistectomía un síndrome de Albatros 2, en algunos casos que no tenían criterios reales para ser intervenidos?

Conducta a seguir

La conocida individualización del enfermo, en este síndrome es un aspecto clave.

La educación para el autocuidado del paciente es muy importante, unida a su seguimiento y acompañamiento.

Entre las recomendaciones dietéticas, es común orientar que se eviten los alimentos que para su digestión requieren del buen funcionamiento de vías biliares (grasas, huevos, harinas, salsas, embutidos, etc.).

Se han utilizado, sin una base probada y con resultados variables, sales biliares, ácidos biliares y antiespasmódicos de diversos tipos.

Si se sospecha reflujo biliogastroesofágico, se utilizan medicamentos para mejorar el vaciamiento gástrico (domperidona, metoclopramida), cimetidina, ranitidina, o inhibidores de la bomba de protones, protectores de la mucosa gástrica, como el omeprazol y similares.

Si se comprueba la presencia de *Helicobacter pylori*, se aconseja valorar su tratamiento.

En la presencia de diarreas crónicas, se ha recomendado el uso de colestiramina o colestipol, agentes secuestradores de ácidos biliares, que con frecuencia son efectivos en estos casos.¹¹ También se han utilizado el ácido fólico, la vitaminoterapia, los antimicrobianos (tetraciclina, ciprofloxacina), con el propósito de tratar el posible sobrecrecimiento bacteriano en el tracto digestivo superior.²¹

En todos los casos, la psicoterapia es importante, que puede ser brindada por el médico de asistencia, pero que en ocasiones requiere del apoyo especializado. El uso de los psicofármacos dependerá de cada caso.

No se debe olvidar que hay una serie de causas de litiasis biliar que permanecen en los pacientes, que también deben tratarse como tales, entre ellas:

Los pacientes con más riesgos de padecer litiasis biliar por colesterol:¹

- Los que presentan hiperlipidemias, sobre todo las hipercolesterolemias.
- Los que están sometidos a regímenes para reducir de peso rápidamente, por dietas de hambre o ayunos.
- Los que padecen de cirrosis biliar primaria.
- Los que consumen algunos fármacos, como clorfibrato, ceftriaxone, octeotride, anticonceptivos orales, estrógenos en la posmenopausia o son sometidos a nutrición parenteral total.

También están los pacientes con riesgos de presentar litiasis por cálculos pigmentados por padecer de:¹

- Hemolisis crónica.
- Cirrosis alcohólica.
- Anemia perniciosa.
- Fibrosis quística.
- Infección biliar crónica, parasitismo biliar.
- Enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn).
- Enfermedad ileal, resecciones o *bypass* ileales.

Si a pesar de todas las medidas referidas el enfermo continúa mal y hay sospecha de condiciones serias que justifiquen sus síntomas, no es ocioso revalorar de nuevo al paciente.

Con los cambios introducidos por la técnica de la videolaparoscopia para la realización de la colecistectomía, se ha obviado prácticamente la realización de un proceder que en épocas previas era obligatorio, de rutina: la colangiografía transoperatoria. Se realizaba, sobre todo, por el temor que existía de la litiasis residual del colédoco.^{22,23} Actualmente, se plantea que se haga solo durante la operación, de forma selectiva, basada en los siguientes criterios:^{12,24}

- Antecedentes de íctero.
- Antecedentes de colecistopancreatitis sin un conducto colédoco claramente visible.
- Colédoco dilatado en exámenes preoperatorios.
- Elevación de las cifras de transaminasa glutámico pirúvica, transaminasa glutámico oxalacética, glutaril transferasa, fosfatasa alcalina y bilirrubina en etapa preoperatoria.
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) preoperatoria para coledocolitiasis no exitosa.
- Anatomía no clara durante la disección en la laparoscopia.
- Colédoco muy largo y cálculos pequeños.
- Sospecha de lesión de conductos biliares durante la operación.

La no realización de colangiografía transoperatoria se ha justificado por la disminución del tiempo quirúrgico; la posibilidad de detectar mediante diagnósticos clínicos, de laboratorio y ultrasonográfico un alto porcentaje de litiasis de la vía biliar principal; y porque al reducirse la indicación de este examen disminuyen los costos de la intervención.^{11,25}

La litiasis residual del colédoco en las operaciones por vía laparoscópica se ha reportado en porcentajes menores de 2,5 %.¹⁶ Lo que sucede que al realizar miles de estas intervenciones, cada 1 000 pacientes habrá 20 o 25 con esta penosa y "evitable" complicación.

Sin embargo, en una serie de enfermos del Proyecto Nacional de España para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales para el Tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis, reporta que en 17,8 % de los pacientes intervenidos se realizaron colangiografías perioperatorias y se encontró coledocolitiasis en 7 pacientes de 426, para 1,64 %.²⁶

El diagnóstico de una litiasis residual es difícil. La sensibilidad del ultrasonido abdominal en la detección de cálculos después de la colecistectomía es baja, menos del 50 %, aunque dependerá del imagenólogo, con variaciones tan amplias como del doble de positividad en aquellos experimentados en relación con los menos.¹⁶ Recientemente se han introducido con buenos resultados y en casos seleccionados, la resonancia magnética con colangiopancreatografía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y el ultrasonido endoscópico.

Por tanto, en algunos casos, después de sustentar su indicación, es factible la realización de la CPRE e incluso, nueva cirugía, ya sea por vía laparoscópica o abierta, según el caso, aunque hay que recordar que las reintervenciones en vías biliares siempre son complicadas.

Por último, varios autores han sostenido que la colecistectomía, más en pacientes del sexo femenino, constituye un riesgo evidente de aparición de cáncer de colon,

sobre todo después de 15 o 20 años de la intervención. El mecanismo biológico propuesto es la secreción continua de ácidos biliares al intestino. Para otros, esta relación significativa entre colecistectomía y cáncer colorrectal aún no está del todo clara.²⁷ Ante esta disyuntiva, no se debe menospreciar en estos enfermos la vigilancia de su evolución en este sentido.

COMENTARIO FINAL

Fiona Godlee, editora del *British Medical Journal* ha dicho que en nuestros días, "a menos que los médicos se entrenen en entender adecuadamente los padecimientos crónicos, unas expectativas irreales pueden provocar en ellos actitudes negativas y la percepción de que un grupo de pacientes son difíciles de tratar cuando ellos no responden bien a sus indicaciones". De aquí que se necesitan nuevas habilidades y un entrenamiento adecuado, para al lado de una formación médica basada fundamentalmente en situaciones agudas y con peligro para la vida de los pacientes, se enfatice en una atención centrada en el enfermo como persona, coordinada y con la colaboración de muchos, que sea capaz de enfrentar exitosamente a un número creciente de padecimientos crónicos, cada vez más frecuentes, que requieren de todas las habilidades que se esperan de los médicos. El síndrome poscolectectomía es un buen ejemplo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras R, Rozman C. Tratado de Medicina Interna. 14va. ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
2. Jaunoo SS, Mohandas S, Almond LM. Postcholecystectomy syndrome. *Int J Surg.* 2010;8(1): 15-7.
3. Llanio R, Perdomo G. Propedéutica Clínica y Semiología Médica. T2. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
4. Llanio Navarro R, Lantigua Cruz A, Batule Batule M, Matarama Peñate M, Arús Soler E, Fernández Naranjo A, et al. Síndromes. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
5. Roca R, Smith VV, Paz E, Losada J, Serret B, Llamas N, et al. Temas de Medicina Interna. T II. 4a. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.
6. Álvarez Sintés R, Báster Moro JC, Hernández Cabrera G, García Núñez RD. Medicina General Integral. Vol. II. 2a. ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
7. Matarama Peñate M, Llanio Navarro R, Muñiz Iglesias P, Quintana Setién C, Hernández Zúñiga R, Vicente Peña E. Medicina Interna. Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
8. Vicente Peña E, Rodríguez Porto AL, Sánchez Zulueta E, Quintana López L, Riverón González JM, et al. Diagnóstico y tratamiento en medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
9. Espinosa Brito AD, Ordúñez García PO. Necesidad de integración de salubristas, epidemiólogos y clínicos en la atención de pacientes con enfermedades crónicas.

Rev Cubana Salud Pública. 2010 [citado 29 Jul 2010]; 36(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol_36_03_10/spu11310.htm

10. Murshid KR. The postcholecystectomy syndrome: A review. Saudi J Gastroenterol. 1996;2:124-37.
11. Fauci AS, Kaper DL, Longo DL, Braunwald E, Hauser SL, Jameson JL, et al., editores. Diseases of the Gallbladder and Bile Ducts. Cap. 305. En: Harrison's Principles of Internal Medicine. 17a ed. New York: McGraw-Hill; 2008.
12. Castro Pérez R, Delgado Fernández JC, Dopico Reyes E, Echevarría Hernández F, González García P. Colangiografía transoperatoria en colecistectomía laparoscópica: ¿Sistemática o selectiva? Rev Cubana Cir. 2000;39(1):61-7.
13. Townsend CM, editor. Sabiston Textbook of Surgery. 18a ed. Philadelphia: Saunders; 2007.
14. Luman W, Adams WH, Nixon SN, McIntyre IM, Hamer-Hodges D, Wilson G, et al. Incidence of persistent symptoms after laparoscopic cholecystectomy: a prospective study. Gut. 1996;39:863-6.
15. Mertens MC, Roukema JA, Scholtes VP, De Vries J. Risk assessment in cholelithiasis: is cholecystectomy always to be preferred? Curr Gastroenterol Rep. 2010;12(2):130-4.
16. Macaron C, Qadeer M, Vargo JJ. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy. Clev Clin J Med. 2011;78(3):171-8.
17. Vijayakumar V, Briscoe EG, Pehlivanov ND. Postcholecystectomy sphincter of oddi dyskinesia -a diagnostic dilemma- role of noninvasive nuclear and invasive manometric and endoscopic aspects. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. Feb 2007;17(1):10-3.
18. Schofer JM. Biliary causes of postcholecystectomy syndrome. J Emerg Med. Oct 2010;39(4):406-10.
19. Cavalli F. Cáncer. El gran desafío. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
20. Johnstone FRC, Holubitsky IB, Debas HT. Post-Gastrectomy problems in patients with personality defects: The "Albatross" Syndrome. Can Med Assoc J. 1967;96(24):1559-64.
21. Quera R, Quigley E, Madrid AM. Sobrecrecimiento bacteriano intestinal. Rev Méd Chile. 2005;133:1361-70.
22. Mirizzi PL. La colangiografía durante las operaciones de las vías biliares. Bol Soc Cirug (Buenos Aires). 1932;16:1113.
23. Pablos Coterón O. Litiasis residual del colédoco. En: Cruz Hernández CM, Pablos Coterón O, López Sánchez R. Temas de las Residencias. Vol. 1. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas; 1967. p. 57-96.
24. Oberby DW, Apelgren KN, Richardson W, Fanelli R. SAGES guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. Surg End. 2010;24:2368-86.

25. Nickkholgh A, Soltaniyekta S, Kalbasi H. Routine versus selective intraoperative cholangiography during laparoscopic cholecystectomy: a survey of 2,130 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2006;20:868-74.

26. Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la colelitiasis. Desarrollo de la vía clínica. Cir Esp. 2006;80(5):307-25.

27. Kure GA. Large bowel cancer after cholecistectomy. Am J Surg. 2003;156(3):359.

Recibido: 13 de mayo de 2014.

Aceptado: 14 de mayo de 2014.

Dr. *Alfredo Darío Espinosa Brito*. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Ave. 5 de Septiembre y calle 51A. Cienfuegos, Cuba.