

11209

25



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
C.M.N. 20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE

REFLUJO DUODENOGASTRICO:
UN TRASTORNO PRIMARIO DE LA
MOTILIDAD ANTRODUODENAL O
SECUNDARIO A LA COLECISTECTOMIA

279345

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. CARLOS EDUARDO DURÓN GUTIÉRREZ



ISSSTE

MÉXICO D.F. FEBRERO DE 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DR. MAURICIO DI SILVIO LOPEZ

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION



Mauricio Di Silvio Lopez

DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR

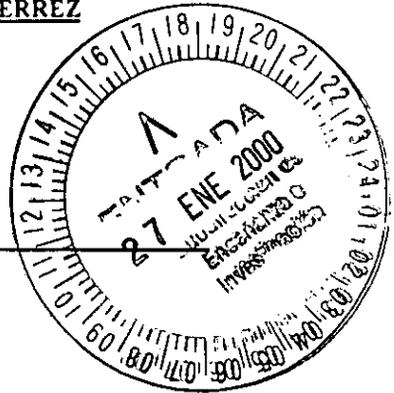
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Eduardo Fernandez del Villar

DR. CARLOS EDUARDO DURON GUTIERREZ

AUTOR.

Carlos Eduardo Duron Gutierrez



DEDICATORIA:

Agradezco a Dios, mi camino y mi fuerza,
a Él dedico lo que soy.

A mis padres, Don Juan y Doña Rita
por su ejemplo de lucha constante,
ejemplo e inspiración, su valiosa herencia.

A Marcela, por su apoyo a cada momento,
su cariño y fortaleza.

A mis maestros, cuyo ejemplo es parte de mi
como Médico y Ser Humano,
para ellos mi agradecimiento eterno y respeto,
Benditos sean.

CONTENIDO:**Página**

Resumen	1
Abstract	2
Marco Teórico.....	3
Justificación, hipótesis.....	6
Objetivos	7
Diseño	8
Material y Métodos.....	11
Resultados	12
Discusión	13
Conclusiones.....	16
Bibliografía.....	17
Tablas y Gráficos.....	20

RESUMEN:

El reflujo duodenogástrico (RDG) ocasiona persistencia de síntomas inespecíficos como dolor epigástrico, distensión, náusea y vómito de contenido biliar en el paciente sometido a colecistectomía., que puede explicarse como un trastorno primario o secundario a la colecistectomía. **Material y métodos.** De marzo de 1997 a enero de 1998, en un estudio de una cohorte (observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo), en pacientes con colelitiasis, diagnosticada por USG o colecistografía oral, candidatos a tratamiento quirúrgico. Se consideró su sintomatología y realizó endoscopia con toma de biopsia, antes de la colecistectomía y seis meses después. Se consideró como RDG la presencia de lago biliar en cámara gástrica. El análisis estadístico se realizó con la prueba de McNemar, incidencia, prevalencia y riesgo relativo. **Resultados.** Se consideraron para el estudio 28 pacientes, 5 hombre y 23 mujeres, con edad promedio de 48 ± 11 , con colelitiasis. Las principales manifestaciones fueron dolor epigástrico (64%), dolor en cuadrante superior derecho (32%), náusea y vómito (67%). Seis pacientes (21%) presentaban RDG previo al procedimiento y 12 (42%) posterior al mismo. Presentaban gastritis atrófica en dos casos y gastritis crónica en 7 pacientes. Hay una relación significativa entre colecistectomía y RDG ($p = 0.05$), con una incidencia de 0.21, prevalencia de 0.42 y riesgo relativo de 2. **Conclusiones:** La colecistectomía influye significativamente en la aparición de RDG y la presencia de RDG previo al procedimiento, lo explica un trastorno primario.

Palabras clave: Reflujo Duodenogástrico, gastritis biliar, gastritis alcalina, colecistectomía

ABSTRACT:

The duodenogastric reflux (DGR) produce persistent unespecific symptoms as epigastric pain, distension, nausea and bilious vomiting, in patients after cholecystectomy, which can be explained as a primary disorder or secondary to cholecystectomy. **Materials and methods:** since march, 1997 to january, 1998 in a cohorte study, patients with biliary lithiasis, proven by USG or oral cholecystografy. This symptomatology was considered and endoscopy was performed with biopsy, before the cholecystectomy and six months after. The statistic analysis was made through McNemar test, incidence, prevalence and relative risk. **Results:** Twentyeight patients, five men and 23 women , were considered to this study, with average age of 48 ± 11 years, with cholelithiasis. The main syntoms were epigastric pain (64%), right high cuadrant pain (32%), náusea and vomiting (67%). Six patients (21%) had already DGR previous to cholecystectomy and 12 (42%) after this. Hystopathologic study reported atrophic gastritis in two patients and chronic gastritis in seven patients. There a significant relation between cholecystectomy and DGR, with incidence of 0.21. prevalence of 0.42 and relative risk of 2 . **Conclusions:** the cholecystectomy has a significant influence in DGR and its presence previus to the procedure, is explain as a primary disorder in the antroduodenal motility.

Keywords: duodenogastric reflux, biliary reflux, alkaline reflux, cholecystectomy.

MARCO TEORICO

A un año de la cirugía el 10 al 30% de los pacientes posoperados de colecistectomía presentan en forma persistente síntomas no específicos tales como: dolor epigástrico, distensión abdominal, náusea y vómito de contenido biliar, requiriendo atención medica hasta un 37% de estos pacientes. La presencia de estos síntomas inespecíficos en el preoperatorio son un factor de riesgo de una resolución sintomática con la colecistectomía (1). En solo una pequeña proporción los síntomas pueden ser atribuidos a causas definidas tales como: coledocolitiasis, vesícula remanente, estenosis traumática, quiste ductal, oditis o discinesia biliar. Recientemente se ha centrado la atención en el reflujo duodenogástrico (RDG) como causa de esta sintomatología (2,3,4), reconociéndola como causa de gastritis, úlcera gástrica y esofagitis (5,6,), donde el incremento en la concentración del ácido desoxicólico es un factor determinante (7). El RDG aumenta en pacientes con vesícula no funcional y la colecistectomía promueve un incremento del reflujo duodeno- gástrico (8,9).

La motilidad antroduodenal depende un patrón conocido como complejo motor migratorio interdigestivo (CMMID) al que también están ligadas las secreciones pancreática y biliar (10). El CMMID consta de 3 fases consecutivas: Fase I, con una duración de una hora , caracterizada por ausencia casi completa de contracciones

musculares, por eso llamada fase quiescente o de reposo; la fase II dura 30 a 40 minutos y comienza con contracciones aisladas que van haciéndose cada vez más numerosas, aunque irregulares y la fase III, con duración de 5 a 15 minutos tiene una máxima frecuencia de contracciones propulsivas. La secreción pancreatobiliar 'pico' se da durante la fase II de

CMMID siendo de importancia el aclaramiento gástrico en la fase III (10) de un RDG fisiológico (10,11). La úlcera gástrica y la dispepsia no ulcerosa han sido asociadas con una hipomotilidad antral (12,13). Después de la colecistectomía la fase III en el antro o de aclaramiento, ocurre a un ritmo menor. Así mismo hay un alargamiento de la fase I y acortamiento de la fase II, con disminución de la velocidad de migración de la fase III al duodeno. Estas alteraciones disminuyen el aclaramiento e incrementan el pool biliar del duodeno proximal, con un consecuente reflujo al estómago y dispepsia funcional (13,14). La motilina aumenta a niveles máximos justo antes de la fase III, ocasionando por medio de receptores colinérgicos (M1 muscarínico) el vaciamiento vesicular e induce una fase III antral, pero no duodenal mediada por otras vías alternas, y regulan el ciclo interdigestivo de la secreción pancreática y biliar (15,16, 17). La 5HT liberada por neuronas del plexo mientérico provocan contracciones mediadas por la acetilcolina y juega un papel importante en el CMM aunado a la motilina (18).

El 86% de los pacientes con litiasis vesicular tienen disquinesia en el tránsito gastro-intestinal, por ejemplo 43% de las contracciones gástricas no se continúan al intestino, y 32% de las contracciones intestinales no se preceden de actividad gástrica, comparado con el sujeto normal (19). Esta incoordinación no se altera con la cirugía, pero puede causar reflujo duodenogástrico en un paciente con el píloro intacto (18,19).

El manejo médico se basa en fijar las sales biliares y en la protección de la mucosa gástrica, para lo cual se ha planteado el uso de la colestiramina, el ácido ursodesoxicólico y el sucralfato, sin mostrar particular utilidad. Cuando las medidas conservadoras fallan y los síntomas son severos, el tratamiento quirúrgico debe ser considerado. La reconstrucción en Y de Roux esta asociada con una ausencia de reflujo biliar, pero los resultados son satisfactorios en pocos pacientes (20, 21).

Así, el reflujo duodenogástrico puede ser la exacerbación de un trastorno primario o un trastorno secundario a la colecistectomía, lo que define una entidad compleja por sus expectativas de manejo, con un tratamiento médico de pobres resultados y un tratamiento quirúrgico en controversia.

JUSTIFICACION

El reflujo duodenogástrico es una alteración en el CMMI, en la literatura considerada una consecuencia de la colecistectomía, pudiendo ser un trastorno primario de la motilidad que se hace patente con el procedimiento quirúrgico. El manejo del paciente con reflujo duodenogástrico representa un reto, por necesidad de tratamiento prolongado y la difícil selección del paciente candidato a tratamiento quirúrgico. El definir el reflujo duodenogástrico con un trastorno primario y otro secundario, abre una línea de investigación y cambia la expectativa del manejo de estos pacientes.

HIPOTESIS

Si el reflujo duodenogástrico está presente antes de la colecistectomía entonces el RDG poscolecistectomía es una entidad diferente.

OBJETIVO GENERAL

Demostrar que el reflujo duodenogástrico puede ser un trastorno primario o secundario a la colecistectomía.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- :- Comprobar la presencia de RDG en pacientes con litiasis vesicular, previo a la colecistectomía.
- :- Comprobar la presencia de RDG en los mismos pacientes posterior a la colecistectomía
- :- Determinar la relación existente entre RDG y la colecistectomía.
- :- Determinar la relación del RDG y la persistencia de síntomas posterior a la colecistectomía.

DISEÑO

En un estudio de una cohorte, se considerarán a pacientes con litiasis vesicular comprobada por USG o colecistografía oral, realizándose una endoscopia previa al procedimiento quirúrgico (colecistectomía) y a los seis meses de realizada. Se interrogará la presencia y persistencia de síntomas.

DEFINICION DEL UNIVERSO

Pacientes con litiasis vesicular demostrada a partir de los 18 años, candidatos a manejo quirúrgico, con endoscopia previa y posterior a la colecistectomía, captados de marzo de 1997 a enero de 1998, en el Hospital Tacuba del ISSSTE.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

28 PACIENTES CON EDADES ENTRE 27 Y 74 AÑOS.

DEFINICION DE LOS SUJETOS DE OBSERVACION

Pacientes con litiasis vesicular comprobada por ultrasonido, con endoscopia previa y posterior a la colecistectomía.

CRITERIOS DE INCLUSION

- A. Pacientes con litiasis vesicular comprobada por USG.
- B. Pacientes con litiasis vesicular sin enfermedad concomitante que influya en la fisiología del CMMID (Diabetes mellitus, colagenopatías, cirrosis hepática, etc.).
- C. Pacientes con litiasis vesicular sin cirugía gástrica previa (antrectomía o piloroplastía)

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con enfermedad general que influya en la fisiología del CMMID-

- A. Pacientes con cirugía gástrica previa.
- B. Pacientes con padecimiento que contraindique el estudio endoscópico.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- A. Pacientes quienes no completen el protocolo de estudio.
- B. Pacientes que decida no continuar en el estudio, habiendo aceptado.
- C. Pacientes con enfermedad que impida continuar como sujetos de estudio.

DEFINICION DE VARIABLES Y UNIDADES DE MEDIDA.

Se considerará: edad, sexo, síntomas, ultrasonido, manejo quirúrgico, resultado de endoscopia y toma de biopsia. Se revisará el expediente clínico, estudio de USG y se interrogara al paciente. La litiasis vesicular se definirá por USG. Por endoscopia se considerará reflujo duodenogástrico por la presencia de lago biliar en cámara gástrica.

TIPO DE INVESTIGACION

ESTUDIO DE UNA COHORTE (OBSERVACIONAL, PROSPECTIVA,
LONGITUDINAL Y DESCRIPTIVA)

ANALISIS ESTADISTICO

CON LA PRUEBA DE McNEMAR. INCIDENCIA PREVALENCIA Y RIESGO.

MATERIAL Y METODOS.

Con el fin de demostrar que el reflujo duodenogástrico se puede presentar como un trastorno primario de la motilidad antroduodenal y como un trastorno secundario a la colecistectomía, siendo por tanto dos entidades diferentes, se realizó un estudio de una cohorte (observacional, prospectivo, longitudinal y descriptivo) de marzo de 1997 a enero de 1998 en 28 pacientes con litiasis vesicular, diagnosticada por USG o colecistografía oral, candidatos a manejo quirúrgico. Se excluyeron pacientes que habían sido sometidos a cirugía gástrica, padecían enfermedad general que influyera en la fisiología del complejo motor migratorio, o que contraindicará el estudio endoscópico. Se eliminó a aquellos que no completaron el protocolo, o quienes decidieron no continuar en estudio. Se considero su sintomatología y realizó endoscopia, antes de la colecistectomía y seis meses después .

Se consideraron datos como edad, sexo, síntomas antes y después de la colecistectomía. Resultados de USG o colecistografía, y resultado de la endoscopia. La presencia de lago biliar en cámara gástrica define el reflujo biliar.

El análisis estadístico se realizó con de la prueba de McNemar, incidencia, prevalencia y riesgo relativo.

RESULTADOS.

Participaron en este estudio 28 pacientes, 5 hombres y 23 mujeres, entre 31 y 74 años, con una media de $48. \pm 11$ años de edad, que presentaban colelitiasis. Las principales manifestaciones fueron: dolor epigástrico (64%), dolor en cuadrante (32%) superior derecho, náusea y vómito (67%). La endoscopia que mostró seis (21%) pacientes presentaban reflujo duodenogástrico previo al procedimiento y 12 (42%) posterior al mismo. A 6 meses el 32% de los pacientes presentaron aún síntomas siendo los principales el dolor epigástrico y la distensión abdominal. La biopsia reportó gastritis atrófica en dos y gastritis crónica en 7 manifiesta por infiltrado de linfocitos y células plasmáticas, descartando *H. Pylori* en todos, antes de la colecistectomía. Todos los pacientes con reflujo duodenogástrico presentaron proceso inflamatorio de la mucosa gástrica.

La colecistectomía se considera determinante del reflujo duodenogástrico, de acuerdo a la prueba de McNemar, con una *p* menor de 0.05, estadísticamente significativo. De acuerdo a la misma prueba, la colecistectomía y la persistencia de dolor posterior al procedimiento no fue significativa (*p* mayor de 0.05) persistiendo en 7 (25%) de los pacientes. El mismo comportamiento lo tuvo la distensión abdominal sin embargo todos estos pacientes presentaron RDG posterior a la colecistectomía. La relación con otros síntomas no tuvo significancia estadística.

El reflujo duodenogástrico en los pacientes sometidos a colecistectomía, tiene una incidencia de 0.21 y prevalencia de 0.42, con un riesgo relativo de 2.0.

DISCUSION

La aceptación de la gastritis biliar como una entidad ha sido baja en gran parte por lo controvertido y dificultad de hacer un diagnóstico objetivo, donde lo inespecífico de los síntomas persistentes obliga a una evaluación exhaustiva.

La presencia de reflujo duodenogástrico (RDG) previo al procedimiento no ha sido evaluado en la bibliografía, sin embargo se menciona su relación con la presencia de coleditiasis (2, 19), en donde se debe considerar si un trastorno de la motilidad induce ambas alteraciones, como en los casos de vesícula no funcional estudiados por Campbell (8,9). En este estudio encontramos que 21% de los pacientes presentaban RDG antes de la colecistectomía, lo que sin otra explicación se puede considerar como un trastorno primario sin relación al procedimiento en estos pacientes. Esto lo explica la relación de la motilidad antroduodenal y el complejo motor migratorio, en que la fase III o de aclaramiento es lenta y permite mayor exposición de la mucosa gástrica a la secreción pancreatobiliar, con un alargamiento de la fase I y un acortamiento de la fase II en estos pacientes (10-14). En este punto el papel de la motilina en la progresión de la fase III del CMM, plantea la pregunta de cuál es su concentración en los pacientes con RDG y cuál es antes y después de la colecistectomía, mismas preguntas que planteamos en el caso de SHT (16,17). La compresión manual de la vesícula provoca un aumento de la motilina (18), con el efecto esperado a nivel del CMM, respuesta que no esta presenta con la ausencia de vesícula.

La persistencia de síntomas posterior a la colecistectomía puede explicarse por una mala evaluación del paciente sin patología vesicular, lo que puede sesgar un estudio, obligando a descartar otras causas y a confirmar el reflujo duodenogástrico, como causa a tratar.

El manejo médico por medio de colestiramina, sucralfato y ácido ursodesoxicólico, tiene una pobre respuesta (6), libre de síntomas en tanto no se suspenda el tratamiento, lo que implica un alto costo. Se ha planteado el uso de la cisaprida y la renzaprida, actúan aumentando los niveles de motilina en perros (22), con una pobre respuesta en la práctica clínica aún en espera de reportes. Experimentalmente en modelos animales, el uso de la eritromicina y un derivado GM611, como un agonista muscarínico, con efecto en el potencial de membrana en el duodeno parecido a la motilina, ocasionan la contracción de la vesícula (23,24). El omeprazol se asocia con aumento en el reflujo alcalino en el monitoreo de 24 hrs.

Ante las expectativas del tratamiento médico conservador, el considerar el manejo quirúrgico, requiere de estrictos criterios de diagnóstico y selección, que incluyen: descartar otras causas de dolor abdominal, la valoración psiquiátrica, endoscopia y aspirado, biopsia de la mucosa gástrica, pHmetría antral de 24 hrs, manometría pilórica, Tc99HIDA (25), vaciamiento gástrico y bilitec (26), han sido propuestos.

El procedimiento quirúrgico que se propone para prevenir el reflujo biliar consiste en vagotomía y antrectomía con gastroyeyunostomía y Y de Roux plateadas por Gowen, Warshaw y Madura(5,6,21); o una duodenoyeyunostomía termino- terminal propuesta por DeMeester (27).

El reto planteado por el manejo del RDG consiste en: mantener un tratamiento médico de por vida o cambiar un trastorno de la motilidad por otro en una cirugía.

El tratamiento quirúrgico es la mejor opción para el paciente sin respuesta a tratamiento conservador y con los criterios de selección mencionados.

CONCLUSIONES

1. EL REFLUJO DUODENOGASTRICO SE PRESENTO EN 21% COMO UN TRASTORNO PRIMARIO DE LA COORDINACION ANTRODUODENAL SIN RELACION CON LA COLECISTECTOMIA.
2. LA COLECISTECTOMIA OCASIONA REFLUJO DUODENOGASTRICO EN FORMA SECUNDARIA (P MENOR DE 0.05).
3. EL REFLUJO DUODENOGASTRICO SE PRESENTA EN SUS FORMAS PRIMARIA Y SECUNDARIA (POSTCOLECISTECTOMIA).
4. UN 32% DE LOS PACIENTES EN ESTE ESTUDIO PERSISTIERON CON SINTOMAS.
5. EL MANEJO DEL PACIENTE CON REFLUJO DUODENOGASTRICO, PLANTEA UN PROBLEMA POR SU POBRE RESPUESTA AL MANEJO CONSERVADOR.
6. LA SELECCIÓN DEL PACIENTE PARA EL MANEJO QUIRURGICO SE BASA LA FALLA DEL MANEJO MEDICO CONSERVADOR. ESTUDIOS DE VACIAMIENTO GASTRICO, GAMAGRAFIA CON MEDICION DE REFLUJO BILIAR, MANOMETRIA DEL ESFINTER PILÓRICO Y PH METRIA ANTRAL.
7. EL RDG AUN PLANTEA UN PROBLEMA CON AMPLIAS LINEAS DE INVESTIGACION.

BIBLIOGRAFIA

1. Bates, SR, Harrison M. , Hern RP. Influence of cholecystectomy on symptoms. Br. J.Surg 1991, 78; 964-967.
2. Lujan-Mompean, JA, et al . Duodenogastric reflux in patients with biliary lithiasis before and after cholecystectomy.
3. Wilson P. Jamieson JB, Hinder RA, Anselmino M., DeMeester TR. Pathologic duodenogastric reflux associated with persistence of symptoms after cholecystectomy. Surgery 1995; 117:421-8.
4. Brown TH, Walton G, Cheadle WG. The alkaline shift in gastric pH after cholecystectomy. Am. J. Surg 1989. 157:58-65.
5. Gowen GF. Spontaneous enterogastric reflux gastritis and esophagitis. Ann.Surg 1985.201: 170-75.
6. Warshaw AL. Bile gastritis without prior gastric surgery: contributing role of cholecystectomy. Am.J. Surgery 1979. 137; 527-531.
7. Gadacz TR. Zuidema GD. Bile acid composition in patients with and without symptoms of postoperative reflux gastritis. AmJ.Surg. 1978. 135: 48-52.
8. Campbell FC Gallbladder function and fasting enterogastric bile reflux. Br.J.Surg. 1987. 74; 542.
9. Brough WA, Taylor, TV. Torrance HB. The surgical factor influencing duodenogastric reflux. Br.J.Surg. 1984. 71;10: 770-773.

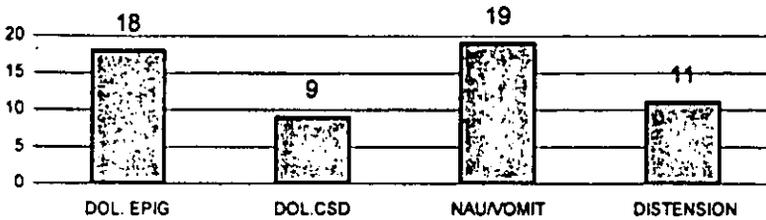
10. Dalenback, J., et al. Human duodenogastric reflux, retroperistalsis and MMC. *Am. Physiol. Society.* 1998. R762-769.
11. Keane, FB et al. Duodenogastric reflux in humans its relation to fasting enteroduodenal motility and gastritis, pancreatitis and biliary secretion.
12. Perdakis, G., Wilson P. Altered antroduodenal motility after cholecystectomy. *Am.J of Surg.* 1994; 609-615.
13. Stanghellini V. Fasting and postprandial gastrointestinal motility in ulcer and non ulcer dyspepsia. *GUT* 1992; 33:189-90.
14. Dalenback j. Et al. Human duodenogastric reflux, retroperistalsis, and MMC. *Am Physiol.society.* 1998; r762- 69
15. Mearin, F. Ribot, X. Duodenogastric reflux and gastrointestinal motility in pathogenesis of functional dyspepsia. *Dig.Dis and Sci.* 1995. 40; 8:1703-1709.
16. Nelson, DK , M1 muscarinic mechanisms Regulate interdigestive cycling of motor and secretory activity in human upper gut. *Dig Dis Sci.* 1996 ; 41;10: 2006-215.
17. HagaN, Role of endogenous 5 hydroxytryptamine in regulation of gastric contractions motility in dogs. *Am physiol, Socie.*1996; g20-g7.
18. Luiking JC, Peeters TL, Motilin induces gall bladder emptying and antral contractions in the fasted state in humans. 1998; 42 (6):830-835.
19. Yoshitomi, S. Electrogastrographic Examination of 22 patients before and after cholecystectomy. *Dig. Dis and Sie* 1996. 41(9) 1700-1705.
20. Brough, WA. The surgical factors influencing duodenogastric reflux . *Br.J.Surg.* 1984. 71;10: 770-773.
21. Madura JA, Grosfeld JL. Biliary diversion: A new method to prevent enterogastric reflux. *Arch. of Surg.* 1997. 132(3): 245-249.

22. Song CW, Lee KY. Effect of cisapride and renzapride on gastrointestinal motility and plasma motilin concentrations in dogs. *J. of Pharmacology and Exp. Terap.* 1997. 281 (3):1312-6.
23. Yamada K, Chen, S. Electrophysiological characterization of motilin agonist, GM611, on rabbit duodenal smooth muscle. *Am. Physiol. Society* 1996. 271: G1003-G1016.
24. Kakkos SK, Yarmenitis SD. Gallbladder contraction induced by intravenous erythromycin administration. *Hepato- Gastroenterology*, 1996. 43(12): 1540-3.
25. Orsolon P, Giacomuzzi F. Evaluation of biliary enterogastric reflux with Tc-99m HIDA. *Clin. Nuclear Medicine*, 1997. 22: 657-9.
26. Fein M, Fuchs KH, Bohrer T. Fiberoptic technique for 24 hour bile reflux monitoring. *Dig.Dis. and Scien.* 1996. 41(1): 216-225.
27. DeMeester TR, Fuchs KH. Experimental and clinical results with proximal end-to-end duodenoyeyunostomy for pathologic duodenogástric reflux. *Ann Surg.* 1987. 206: 414-25.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

Gráficas 2 y 3 . Muestran la distribución de los síntomas antes y después de la colecistectomía. Donde se observa la persistencia del dolor epigástrico y la distensión.

SINTOMAS PREOPERATORIOS EN PACIENTES CON PATOLOGIA VESICULAR



SINTOMAS EN PACIENTES POSOPERADOS DE COLECISTECTOMIA

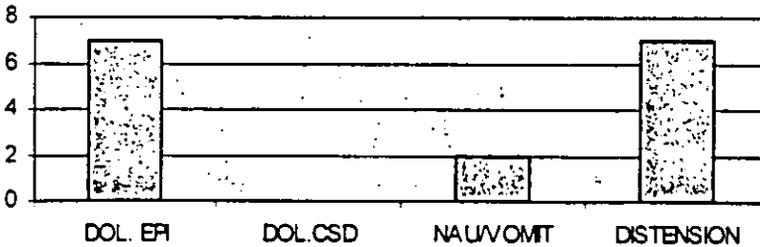


Tabla No.2. Significancia estadística de los síntomas en relación a la colecistectomía. Siendo la p menor de 0.05 significativa, la colecistectomía Influye en la persistencia del síntoma.

	PREOP	POSOP	VALOR P
DOL.EPIG.	18	7	> 0.05
DOL.CSD.	9	0	> 0.05
NAU/VOM	19	2	> 0.05
DISTENSION	11	7	> 0.05