

11227

42
2Ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

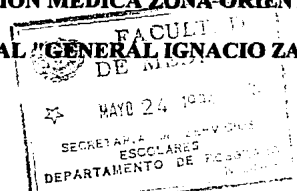
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

I. S. S. S. T. E.

SUBDIRECCION MEDICA ZONA-ORIENTE.

HOSPITAL REGIONAL "GENERAL IGNACIO ZARAGOZA"



INCIDENCIA DE LITIASIS VESICULAR EN POBLACION ABIERTA SANA DERECHOHABIENTE AL HOSPITAL REGIONAL ISSSTE ZARAGOZA ENTRE 20-70 AÑOS.

TESIS DE POSGRADO QUE PARA

OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA INTERNA PRESENTA:

DR. JONGUITUD RODRIGUEZ GUSTAVO.

**Titular del curso: Dr. Trejo Gonzalez Alberto.
Asesor de tesis: Dr. García Sánchez Rene.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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 está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

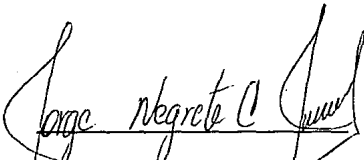
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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



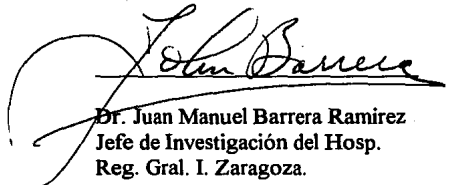
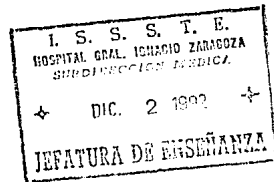
Dr. Rene García Sánchez.
Asesor de Tesis.



Dr. Alberto Trejo Gonzalez.
Prof. Titular del Curso
Coordinador de Medicina Interna.



Dr. Jorge Negrete Corona
Coordinación de Capacitación
Investigación y Desarrollo



Dr. Juan Manuel Barrera Ramirez
Jefe de Investigación del Hosp.
Reg. Gral. I. Zaragoza.

Sello de Enseñanza Nacional.

DEDICATORIAS.

**A MIS PADRES Y HERMANOS:
PORQUE SIEMPRE HAN SIDO EL
ALICIENTE PARA SEGUIR ADELAN-
TE, CON SU APOYO INCONDICIO-
NAL.**

**A MIS PROFESORES:
POR SUS ENSEÑANZAS Y EL TRATO
DE AMIGO QUE SIEMPRE ME HAN
BRINDADO, Y ESPECIALMENTE AL
DR. RENE GARCIA POR SER MI
ASESOR EN ESTE TRABAJO**

**AL DR. TREJO GONZALEZ ALBERTO
POR QUE SIEMPRE HA TRATADO DE
FORMAR MEJORES PROFESIONISTAS
CON HUMANIDAD Y BRINDANDO EL
TRATO DE AMIGO A QUIEN LO
SOLICITA.**

**A ESTHER:
POR SU APOYO Y AMISTAD.**

**A MIS AMIGOS:
JORGE, MARCO ANTONIO, ENRIQUE
Y LILIANA POR EL APOYO QUE ME
HAN BRINDADO Y EL PERMITIRME
CONOCERLOS DURANTE ESTOS TRES
LARGOS AÑOS.**

**AL SERVICIO DE
RADIODIAGNOSTICO.
Y PRINCIPALMENTE AL DR.
JACOBO POR EL APOYO BRINDADO
PARA LA REALIZACION DEL
PRESENTE TRABAJO.**

**INCIDENCIA DE LITIASIS VESICULAR EN POBLACION ABIERTA SANA
DERECHOHABIENTE AL HOSPITAL REGIONAL IGNACIO ZARAGOZA
ENTRE 20-70 AÑOS.**

INDICE.

	PAGS.
INTRODUCCION	1
JUSTIFICACION	3
ANTECEDENTES	6
OBJETIVOS	10
HIPOTESIS	11
MATERIAL Y METODOS	11
RESULTADOS	12
DISCUSION	15
GRAFICAS	18
CONCLUSIONES	22
BIBLIOGRAFIA	23

INTRODUCCION.

Actualmente existen diversidad de cambios a todos niveles, pero principalmente dentro del ámbito médico, lo que permite intentar resolver los múltiples problemas cuestionados durante el desarrollo de la profesión medica, Esto ha contribuido al nacimiento y crecimiento de la prevención disminuyendo la morbimortalidad de los distintos estados nosológicos.

El presente trabajo busca establecer lineamientos, así como probables procedimientos para las personas portadoras de enfermedad litíásica vesicular, ya que ésta afecta a más de 20 millones de personas en los Estados Unidos por año.

Se pretende establecer la relación de esta enfermedad con la edad, sexo, tabaco, alcohol, número de embarazos, uso de hormonales, ingesta prolongada de medicamentos y obesidad etc., así como su manifestación sintomática o asintomática. Tratando de ser el punto de apoyo para otros trabajos.

Como se sabe, existe poca estadística epidemiológica relacionada con la litiasis vesicular dentro de nuestro país, sugiriéndose en trabajos extranjeros que la población hispana, méxico americana, y por lo tanto la misma mexicana sufre de una mayor incidencia de litiasis vesicular relacionando este problema con la dieta, nuestras características étnicas, entre otras causas.

Por lo que valiéndose de los métodos diagnósticos modernos, como el ultrasonido en tiempo real y la colecistografía oral, se intenta establecer la relación entre hallazgos y estado clínico de personas aparentemente sanas y con ello, plantear morbilidad de litiasis vesicular

entre los 20 y 70 años de edad, buscando también la curiosidad de otros investigadores, para que a futuro, vigilen a las personas asintomáticas y detecten el momento apropiado para el procedimiento quirúrgico.

La muestra de pacientes tomados al azar fue de 300, debiendo ser incrementada en estudios posteriores, para obtener una mayor confiabilidad de los resultados, y así establecer una estadística más precisa de la población mexicana, portadora de enfermedad litiásica vesicular.

Cumpliendo con los objetivos principales de este trabajo, mencionados anteriormente, podremos establecer morbilidad por enfermedad litiásica vesicular en la población sana entre 20 a 70 años derechohabiente al ISSSTE Zaragoza.

JUSTIFICACION.

Existieron diversas motivaciones para la realización del presente trabajo, partiendo que de cerca de 15 a 20 millones de estadounidenses tienen enfermedad litíásica vesicular (8) y que gran mayoría de éstas son asintomaticas (9-10).

La historia menciona a Sir William Osler, el cual consideraba que la mayoría de personas con enfermedad litíásica vesicular no presentaban síntomas (11) y Willian Mayo consideró a la litiasis vesicular "INOCENTE" como un mito (12). Desarrollándose la controversia de Moynihan (13) en 1908 y mayo en 1911, debido a que el primero, expresó que necesariamente la enfermedad litíásica vesicular produce síntomas. Corroborándose esto por Comfort etc. al (14) en 1948 y Lund (15) en 1960, los cuales reportaron que más del 50% de las personas incluidas en su estudio por litiasis vesicular desarrollaron síntomas biliares durante el seguimiento; excluyéndose como dato la dispepsia.

Además es necesario crear estadísticas mexicanas en cuanto a morbimortalidad por enfermedad litíásica vesicular, estableciendo costos, métodos de detección, y diagnóstico, así como mejorar la prevención; tomando el presente trabajo como base para futuros estudios; justificándose por que existen estudios realizados en México americanos, en donde se establece una alta prevalencia de enfermedad litíásica vesicular (17), interpretándose la alta prevalencia de morbilidad, debido a que se han realizado más de un millón y medio de colecistectomías durante el año de 1987 en los Estados Unidos.(18)

También se ha visto que el riesgo de enfermedad litíásica vesicular, varía en poblaciones con diferentes status económico. Además se establece que los México americanos tienen un mayor riesgo en relación con la enfermedad que los no hispanicos. Existen estudios en

méxico americanas, donde se observa una incidencia dos veces mayor que en otras de raza blanca; relacionando esto con la dieta méxico americana la cual difiere de la no hispánica (24) y por que los nutrientes que toman, pueden ser relacionados con el riesgo de desarrollar piedras de clesterol (25), no siendo así en los hombres méxico americanos, los cuales tienen un riesgo mínimo en relación a los no hispánicos blancos. Al respecto se menciona en algunos estudios, que la alta ingesta de sucrosa incrementa la enfermedad litiásica vesicular en ambos sexos (17), así como también la dieta rica en fibra ha sido asociada con una disminución del riesgo de esta enfermedad predominantemente en mujeres (26-27). Además existen estudios que consignan una mayor incidencia de litiasis vesicular en méxico americanos, que en cubanos y puertorriqueños (29).

La enfermedad litiásica vesicular es un gran problema de Salud Pública que incide el desarrollo de los países. En recientes años se ha realizado un gran esfuerzo para definir las bases patofisiológicas de la formación de litiasis vesicular. Actualmente y a pesar de los adelantos técnicos, ha sido pequeña a la atención que se le ha prestado a la epidemiología de la litiasis vesicular; a pesar de que existen múltiples factores asociados con esta enfermedad (36).

A pesar del gasto que genera su atención médica y la morbilidad asociada con la enfermedad litiásica vesicular, su estudio ésta solamente limitado a epidemiología aún en países desarrollados como los Estados Unidos. El estudio de esta enfermedad ha sido obstaculizado, por no contar con un método epidemiológico; ya que antes del advenimiento del ultrasonido, los procedimientos eran considerados riesgosos y por lo tanto, justificados sólo cuando clínicamente estaban indicados.(28)

Solamente una minoría de la población, se ha examinado cuidadosamente usando una adecuada epidemiología, con criterios y procedimientos diagnósticos, observándose más a menudo la evidencia de este procedimiento, durante estudios con series de autopsias y mayormente en estudios clínicos. (37-38). Sin intentarse realizar investigación de litiasis asintomática (39).

El aprovechamiento epidemiológico de la enfermedad litiásica tiene cambios recientes con el advenimiento del ultrasonido; esta técnica permite probar en la población sin accidentes ni incidentes el detectar, la presencia de litiasis vesicular. (40).

ANTECEDENTES.

En Estados Unidos se estima que más de 20 millones de personas tienen cálculos biliares y existen más de 10 mil descensos por año, relacionados con esta afección.

El conocimiento de la historia de la litiasis vesicular así como su transformación y evolución durante los primeros tiempos de la humanidad hasta la actualidad, nos ha permitido saber que fueron detectados cálculos de colesterol en momias chilenas desde el siglo II y III D.C.; estableciéndose también la existencia de cálculos de las vías biliares en griegos, durante el siglo V D.C. y en los persas, en el siglo X D.C.

Vesalio (1514-1564) estableció que los cálculos biliares eran evidencia de enfermedad y los asocio con ictericia.

Los ácidos biliares fueron descritos en un inicio por Berzelius (1809), quien fue el primero en describir la fracción ácida de la bilis. Gmelin (1826) investigó en bueyes, describiendo por primera vez el ácido taurino y el colato de sodio. Demarcay (1838) identificó el principal componente de la bilis llamándolo ácido cólico. Lienberg (1843) acuñó el término de ácido biliar. Lehman (1855) reconoció al ácido glicólico y taurocólico como entidades separadas.

Las sustancias secretadas por el hígado, absorbidas por el intestino y resecretadas por el primero, tienen una circulación enterohepática; descrita después de varios años iniciada su investigación por Borelius, matemático italiano del siglo XVII, el cual calculó la cantidad de bilis que ingresa al duodeno, postulando que existía una circulación particular de la bilis a

través del abdomen. Hoffinan (1844) tuvo inquietud por la circulación. Hope Seyler (1863) postuló la circulación continua de los ácidos biliares. Meiss (1844) confirmó la existencia de la circulación enterohepática.

La idea de disolver cálculos biliares atrajo interés cuando, en 1782 se describió el uso de la trementina para disolución *in vitro*. Neumyn (1892) colocó cálculos biliares humanos en vesículas de perros, descubriendo que desaparecieron 1 a 2 semanas al reoperar a los perros; ocurriendo disolución similar en cerdos, cabras, ovejas, y monos; atribuyéndose lo anterior a que la bilis animal se encuentra menos saturada que la humana. Hawker (1897) describió la disolución de los cálculos biliares por medio de una infusión de éter y glicerina, a través de una fistula biliar. Best y Col. (1953) probaron poderes por disolución de cálculos con cierto número de sustancias, hallando que el cloroformo era la más efectiva. Sin embargo, Probstein y Eckert ya en 1937, hallaron que la infusión de cloroformo y éter a través de un tubo en T, causaba la muerte de todos los perros infundidos; pero su hallazgo no fue tomado en cuenta, aunque muchos pacientes estaban presentando complicaciones por dicha infusión; con el tiempo esta técnica fue abandonada.

Después de haber documentado los cambios que existieron en el pasado, respecto a la enfermedad, se requiere un enfoque diferente de éstos, estableciendo nuevos problemas y buscando respuestas por ejemplo: ¿ Que tan frecuente será la litiasis vesicular en la población sana derechohabiente al ISSSTE Zaragoza entre 20 a 70 años ?, ¿ Qué proporción de pacientes cursan asintomáticos ? y ¿ Qué factores influyen más para la incidencia de la litiasis vesicular ?.

Se menciona que los mexicanos pueden tener un alto riesgo de litiasis vesicular, más que otros grupos étnicos en los Estados Unidos; basándose primeramente en los resultados de estudios clínicos y estimándose además que la prevalencia de esta enfermedad entre hispanos americanos, es más real (28). El riesgo de enfermedad litiasica vesicular, también varía de acuerdo al status socioeconómico.

Los costos relacionados con la enfermedad litiasica vesicular, puede ser conservadoramente estimados en 3 billones de dólares anualmente.

Entre Estadounidenses la herencia muestra que en las mujeres mexicanas, existe una prevalencia dos veces mayor que en las mujeres blancas no hispanas. (19-22).

El conocimiento de la historia natural de la colecistitis sin tratamiento, se ha incrementado considerablemente durante los últimos 5 años. En un seguimiento longitudinal de pacientes con enfermedad litiasica vesicular, por un periodo de 2 a 20 años, ha demostrado que los asintomáticos desarrollaron síntomas (32-33). Aunque algunos de los sintomáticos, quienes rehusaron tratamiento, permanecieron sin cambios (33).

Además la inspección de autopsias mostró que más del 90% de los pacientes con enfermedad litiasica vesicular, murieron por diversas causas, incriminándose la coledocolitiasis en solamente el 3 al 7% del total (34-35).

A pesar de que varios factores son considerados usualmente en asociación con litiasis vesicular, la poca atención epidemiológica no ha permitido el establecerlos adecuadamente, y primordialmente no existe estadística en población mexicana.

El presente trabajo pretende ser la base de varios estudios a nivel nacional, para establecer estadísticas a futuro de mexicanos ya que hasta el momento no se cuenta con estas. Nuestro estudio sólo abarca la población derechohabiente al ISSSTE Zaragoza, incluyendo solamente 300 familiares de pacientes debiendo aumentarse el tamaño de la muestra en años posteriores.

OBJETIVOS.

1.- Generales.

a) Establecer la relación de litiasis vesicular en la población sana derechohabiente al ISSSTE zaragoza de acuerdo a sexo, edad, y otros factores que influyen para la mayor incidencia de ésta y la prevalencia de litiasis asintomática.

2.- Particulares.

a) Establecer una relación en cuanto a la prevalencia de enfermedad litíásica vesicular en la población estudiada.

b) Establecer la prevalencia de litiasis biliar asintomática en la población estudiada.

c) Reconocer los factores con mayor incidencia para el desarrollo de enfermedad vesicular de la población dada.

d) Obtener grupos de edad con mayor incidencia de litiasis vesicular en nuestra población.

e) Establecer el sexo con mayor incidencia para el desarrollo de enfermedad vesicular en nuestra población

HIPOTESIS.

La litiasis vesicular es un padecimiento frecuente en la población del oriente de la ciudad de México.

MATERIAL Y METODOS.

El presente trabajo se realizó en base a un tipo de investigación descriptiva, tomando 300 personas elegidas de familiares de pacientes, aparentemente sanas, captadas durante el año de 1992; debiendo contar con una edad entre 20 y 70 años, de ambos sexos, ser aparentemente sanos, contestar un cuestionario previamente elaborado, así como otorgar la aprobación para la realización de un ultrasonido de vesícula y vía biliar en tiempo real.

Se excluyeron todos los pacientes que no cumplieron en los requisitos de inclusión y en los que no se realizó ultrasonido de vía biliar en tiempo real.

La cédula de recolección de datos incluyó; Nombre, edad, sexo, toxicomanías -tabaco y alcohol-, antecedentes quirúrgicos -principalmente colecistectomía -, número de embarazos, uso de hormonales, manifestaciones que orientaran a enfermedad litiasica vesicular, peso, talla, y el reporte de ultrasonido, y de ser posible, con todos aquellos pacientes que fueron captados como positivos para litiasis vesicular, se realizaría colecistografía oral.

Se realizó un análisis minucioso de los datos otorgados y con ello se valoró la incidencia de litiasis vesicular.

Para el presente trabajo se contó con los siguientes recursos: Humanos; médico, enfermera, encuestador. Físicos; lápiz, papel. De Gabinete; Ultrasonido en tiempo real, General electric, Radius XP con transductor vectorial de 3.5 mhz.

RESULTADOS.

Los pacientes seleccionados fueron 300, captados durante el periodo del año de 1992, elegidos de familiares de pacientes, aparentemente sanos y a los cuales se les propuso el estudio de ultrasonografía, es decir un muestreo abierto abierto de la población aparentemente sana acompañante a las consultas.

Todos ellos ingresaron para la realización de encuesta y posteriormente ultrasonido en tiempo real, de vesícula y vía biliar.

Se tomaron personas de ambos sexos con edades fluctuantes entre 25 y 69 años, con una media de 47 años.

Como se menciona los pacientes seleccionados fueron 300, de los cuales sólo se incluyeron 220 (73.34%), con exclusión de 80 (26.66%);(tabla 1) 110 del sexo femenino (50%), y 110 eran del sexo masculino (50%). (tabla 2).

Solamente 20 mujeres (18.18%) contaban con enfermedad litíásica vesicular: con un promedio de edad de 45 años, sin relación con tabaquismo o alcoholismo, ya que ninguna

contaba con toxicomanía. La relación entre incidencia de litiasis vesicular y embarazo ocurrió en mayor promedio en mujeres con más de 2 gestas, aunque, existía dentro del grupo de pacientes alitiasicas, una incidencia de hasta 5 embarazos, sin ser portadoras de enfermedad litiásica.

El total de mujeres con litiasis vesicular tenía el antecedente de uso excesivo de hormonales orales, así como también la población alitiasica contaba con antecedentes similares sin ser portadores de dicha enfermedad.

Las manifestaciones sintomáticas de enfermedad litiásica vesicular se manifestaron en el 50% de la población diagnosticada ultrasonográficamente siendo estas en su totalidad mujeres (20); caracterizadas por dolor posprandial, localización en epigastrio e hipocondrio derecho, así como intolerancia a colecistoquinéticos; no se encontro a ninguna con enfermedad litiásica asintomática.

Las mujeres que presentaban litiasis vesicular sintomática, se encontraban con un índice de masa corporal (BMI) de 28, considerandose como pacientes obesas.

Solamente una persona que cooperó para la realización de colecistografía oral, se corroboró la enfermedad litiásica vesicular, por lo que este factor no será tomado en consideración para el escrutinio del estudio.

El ultrasonido demostró en las 20 pacientes imágenes compatibles con enfermedad litiásica vesicular.

Además se encontro que 20 hombres (18.18%) también cursaban con enfermedad litiásica vesicular, con un promedio de edad de 68 años; encontrandose como dato aislado la presencia de tabaquismo intenso, ya que el 100% de la población masculina con enfermedad litiásica vesicular contaba con este antecedente en forma positiva, no siendo así con el etilismo ya que se encontraba tanto en el grupo de portadores de enfermedad litiásica como en los alitiásicos.

El total de los pacientes masculinos con litiasis vesicular asintomática ocuparon el 50% de la población con diagnóstico establecido ultrasonograficamente, siendo estos en su totalidad hombres, sin existir ninguna manifestación sintomática. (Tabla 3).

Los hombres con litiasis vesicular asintomática se encontraban con un BMI de 27, considerandose como obesos.

Ninguno de los hombres coopero para la realización de colecistografía oral, por lo que no está tomado como un factor de escrutinio.

El ultrasonido demostró en los 20 pacientes imágenes compatibles con enfermedad litiásica vesicular (18.18%).

En resumen encontramos 36.36% de incidencia de litiasis vesicular, de éste el 50% en hombres y el 50% en mujeres, con diferencia de ser asintomática en los primeros y sintomática en los segundos, así como otros factores que se valorarán en la discusión. (tabla 3).

DISCUSION.

El objetivo del presente estudio fue el examinar a la población derechohabiente al ISSSTE zaragoza, tratando de establecer la incidencia de litiasis vesicular en esta población, así como mencionar los múltiples factores que participan en el riesgo de ser portadores de enfermedad litiásica vesicular, basándose en el escrutinio de la vesicula biliar por medio de ultrasonografia en tiempo real.

El estudio examinó por igual a personas de ambos sexos, pertenecientes de un mismo estrato socioeconómico, trabajo, etc.

La prevalencia para la enfermedad litiásica fue de 20 casos (18.18%) para mujeres, y 20 casos (18.18%) para hombres, con una proporción 1:1. (Cuadro 1).

El grupo de edad para la litiasis vesicular en el hombre fue de 66 a 70 años y para las mujeres de 43 a 47 años.

Se encontró tabaquismo intenso en hombres con litiasis vesicular asintomatica, no siendo así en las mujeres.

Se encontró en el estudio una mayor incidencia de litiasis vesicular en mujeres con más de 2 gestas, principalmente en jovenes, pero existian mujeres con más de 4 gestas sin enfermedad litiásica, ignorando el porque de los datos encontrados, dado que en otros estudios se menciona que es grande el riesgo litogenético en mujeres jovenes con múltiples embarazos.(7); debiendo relacionarse esto con el tamaño de la muestra.

El 50% del total de nuestra población femenina usaba anticonceptivos, y solamente el 16.6% era portadora de litiasis vesicular, en contraposición con otros estudios en los cuales la frecuencia de litiasis vesicular es alta con el uso de estos. (5)

Los hombres con enfermedad litiásica vesicular son asintomáticos y no están concientes de ser portadores de dicha enfermedad (7), existe una explicación no muy obvia para la prevalencia muy baja de síntomas en hombres, más que en mujeres (6); radica el posible problema, en que las piedras detectadas y que son asintomáticas, durante un procedimiento de escrutinio, podrían tener una diferente historia natural. (16). El estudio arroja que las mujeres en su totalidad fueron sintomáticas no así en los hombres, los cuales eran de edad avanzada y asintomáticos en el 100%. Influyendo posiblemente en estos datos la ausencia de mujeres mayores de 50 años lo que nos impide llevar a cabo una adecuada correlación. (Cuadro 2).

En el estudio se encontro que la población contaba con un BMI (Índice de masa corporal) alto, entre 27 y 28 respectivamente, tal vez condicionado por la dieta que ingiere nuestra población, pero esta se encontro tanto en la población litiasica como alitiasica, en contraposición a otros estudios en los que se menciona que la obesidad es un factor de riesgo elevado.

La ultrasonografía en la litiasis vesicular es una herramienta precisa para el diagnóstico de colelitiasis; en la actividad clínica se ha demostrado que el ultrasonido de vesícula biliar en tiempo real, es menos preciso que la colecistografía oral (29-31), aun cuando tiene una alta sensibilidad y especificidad, siendo esto establecido en estudios epidemiológicos en Europa, encontrandose como único problema el riesgo del procedimiento, pero tal vez en

un estudio posterior, podría establecerse una correlación entre ultrasonografía y colecistografía oral.

TABLA # 1

RELACION DE PACIENTES INCLUIDOS Y EXCLUIDOS DEL ESTUDIO

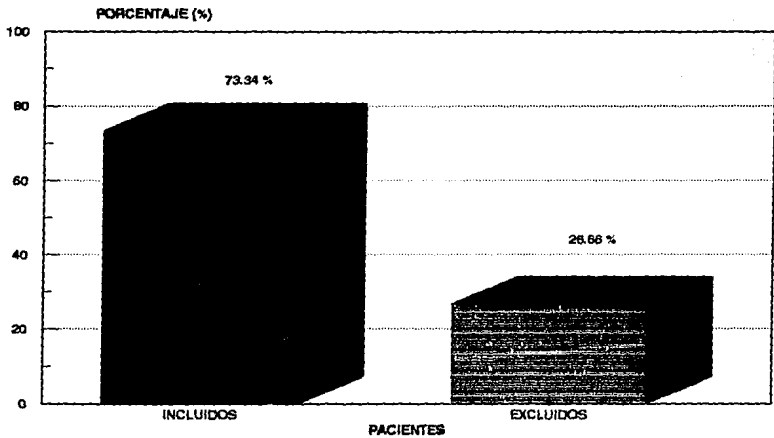
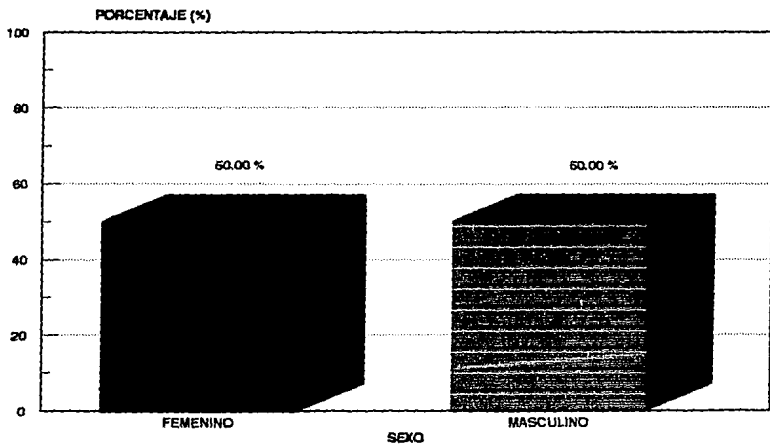


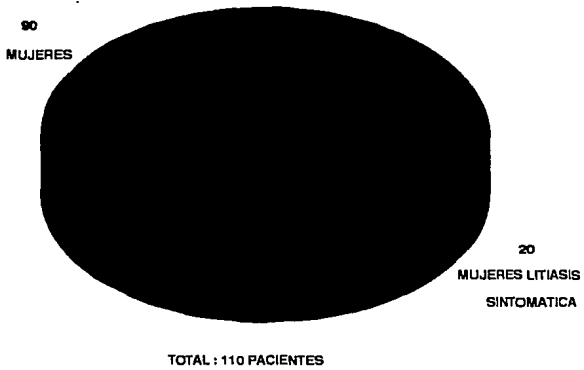
TABLA # 2

RELACION DE UNIFORMIDAD DE SEXOS EN EL ESTUDIO

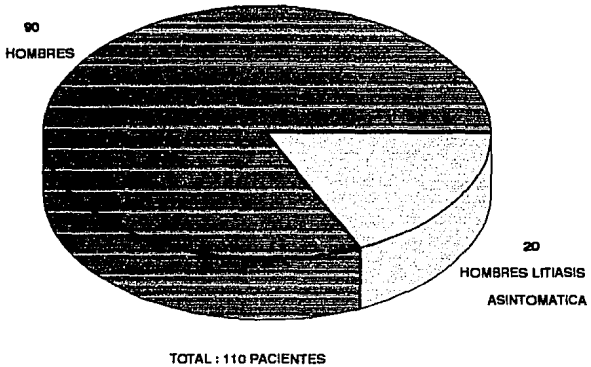


CUADRO # 1

POBLACION FEMENINA GENERAL Y LA INCIDENCIA DE
LITIASIS VESICULAR SINTOMATICA



POBLACION MASCULINA GENERAL Y LA INCIDENCIA DE
LITIASIS VESICULAR ASINTOMATICA



CUADRO # 2

TABLA DE DISTRIBUCION X EDADES SEXO MASCULINO

EDAD	FM	Fa	F%
20 - 30	20	20	18,18 %
31 - 40	0	20	0 %
41 - 50	20	40	18,18 %
51 - 60	30	70	27,27 %
61 - 70	40	110	36,37 %
TOTAL	110	110	100 %

FM : Frecuencia para Masculinos

Fa : Frecuencia acumulada

F% : Frecuencia x Porcentaje

20 : Grupo de edad de portadores de Itiasia

TABLA DE DISTRIBUCION X EDADES SEXO FEMENINO

EDAD	FF	Fa	F%
20 - 30	20	20	18,18 %
31 - 40	40	60	36,37 %
41 - 50	60	110	45,45 %
51 - 60	0	0	0 %
61 - 70	0	0	0 %
TOTAL	110	110	100 %

FF : Frecuencia para Femeninos

Fa : Frecuencia acumulada

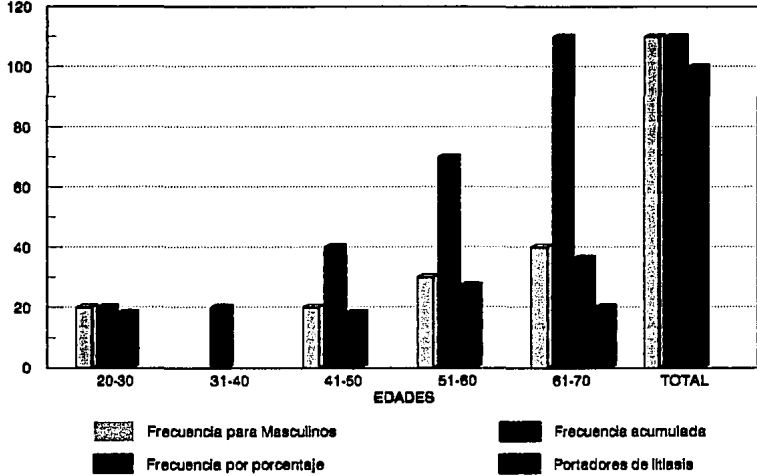
F% : Frecuencia x Porcentaje

20 : Grupo de edad de portadores de Itiasia

REFERENCIA GRAFICA AL CUADRO # 2

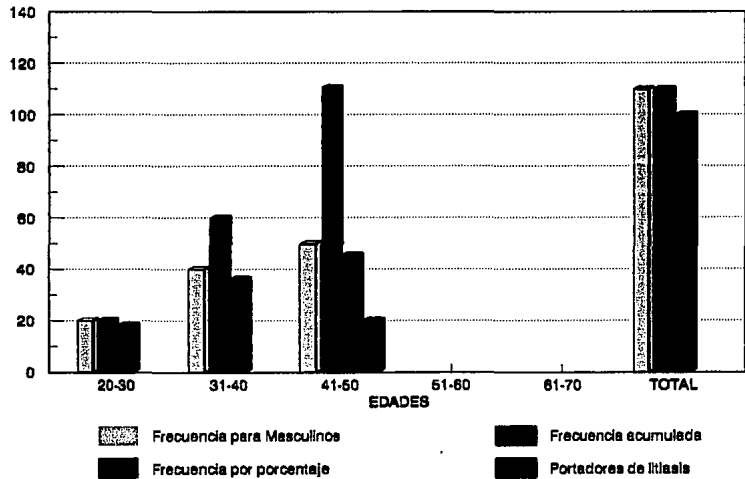
TABLA DE DISTRIBUCION X EDADES SEXO MASCULINO

DISTRIBUCIONES



DISTRIBUCIONES

TABLA DE DISTRIBUCION X EDADES SEXO FEMENINO



CONCLUSIONES.

1.- El 18.18% de la población masculina, y el 18.18% de la población femenina son portadores de litiasis vesicular con una relación obvia de 1:1.

2.- No se encontro litiasis vesicular asintomatica en el sexo femenino. En el sexo masculino el 100% de los pacientes tuvieron litiasis vesicular asintomática.

3.- Como factor de riesgo para litiasis sintomática se encontro el hecho de ser del sexo femenino.

4.- La multiparidad y el sobrepeso no fueron factores de riesgo en nuestro grupo.

5.- La mayor frecuencia de litiasis vesicular se observo para las mujeres a la edad de 45 años.

6.- La mayor frecuencia de litiasis vesicular en el sexo masculino fue a la edad de 68 años.

BIBLIOGRAFIA.

- 1) Schwartz Ellis, Operaciones abdominales, litiasis biliar etiologia de disolución Maingot 1989 ed. 8a pp 1745-1775.
- 2) Bainton DB, Davies GT, Evans KT, etc., All Gallbladder disease prevalence in a south wales industrial town N. Engl. J Med 1976; 294; 1147-1149.
- 3) Barbara L, Sama C, Morselli Labate AM, etc., All. A population study on the prevalence of gallstone disease; the sirmione study Hepatology 1987; 7; 1913-17.
- 4) Friedman GD, Kannel WB, Dawber TR., The epidemiology of gallbladder disease; observations in the framingham study J, Chron Dis 1966; 19; 273-292.
- 5) The Rome Group for the epidemiology and prevention of cholelithiasis (GREPCO) Prevalence of gallstone disease in adult female population Am J Epidemiol 1984; 119; 796-803.
- 6) The Rome Group for the epidemiology and prevention of cholelithiasis (GREPCO) The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part I, Prevalence data in men Hepatology 1988; 8; 904-6.
- 7) Grecie WA, Ransohoff DT The natural history of silent gallbladder the innocent gallstone is not a Myth N Engl J Med 1969; 37; 979-800.

8) Igelfinger FJ, Digestive disease as a national problem. V. Gallstones Gastroenterology 1968; 55; 102-04.

9) Wilbur RJ, Bolt RJ, Incidence of gallbladder disease in "normal" men gastroenterology 1959; 36; 251-5.

10) Bainton D, Davies GT, Evans KT, Gravelle IH, Gallbladder disease prevalence in a south wales industrial town N Engl J Med 1976; 294; 1147-9.

11) Osler W. The principles and practice of medicine 7th ed New York d. appleton & Company 1909; 548-56.

12) Mayo WJ. "Innocent" gallstones a myth JAMA 1911; 56; 1021-4.

13) Moynihan BGA. An address on inagural simptoms Br Med J 1908; 2; 1597-601.

14) Confort MW, Gray HK, Wibon JM, The silent gallstone; a ten to twenty year follow up study of 112 cases Ann Surg 1948; 128:931-37.

15) Lund J surgical indications in Cholelithiasis; prophylactic cholecistectomy elucidated on the basis of long term follow up on 526 nonoperated cases Ann Surg 1960; 151; 153-62.

16) William A, Gracie MD, and David F. Ransohoff MD, The natural history of silent gallstones, The innocent Gallstone is not a myth N Engl J of Med Sep 1988 Vol 307 No. 13 798-800.

17) Andrew K. Diehl, Steven M. Haffner, J. AVA Knapp etc., All Dietary intake and the prevalence of gallbladder disease in mexican americans Gastroenterology Vol. 97; 6; 1527-1533.

18) National Center for Health statistics. 1987 summary: National Hopsital Discharge Survey. Hyattsville, Md: National center for health statistics, 1988 adavance data from vital and health statistics No. 159 DHHS Publication No (PHS) 88-250.

19) Diehl AK, Stern MP Ostrowes Vs, friedman PC, prevalence of clinical gallbladder disease in mexican american, anglo and Black women South Med J 1980; 73; 438-41,443.

20) Diehl AK, Rosenthal M, Hazuda HP, Comeaux PJ, Stern Mp, Socioeconomic status and Prevalence of clinical gallbladder disease J Chronic Dis 1985; 38; 1019-26.

21) Haffner SM, Diehl AK, stern MP, Hazuda HP, Central adiposity and gallbladder disease in Mexican americans Am J Epidemiol 1989; 129; 587-95.

22) Maures KR, Everhart JE, Ezzati TM, etc., All Prevalence of gallstone disease in hispanic populations in the united states Gastroenterology 1989; 96; 487-92.

23) Layde PM, Vassey MP, Yeates D. Risk Factors for gallbladder disease: a cohort study of young women attending family planning clinics J Epidemiol Community Health 1982; 36; 274-8.

- 24) Haffner SM, Knapp JA, Hazuda HP, Stern MP, Young EA. Dietary intakes of macronutrientes among mexican americans and anglo americans. The San Antonio heart study. *Am J Clin Nutr* 1985; 92; 1266-75.
- 25) Low Beer TS, Nutrition and cholesterol gallstones *Proc Nutr Soc* 1985; 44; 127-34.
- 26) Scragg RKR, Mc Michael AJ, Baghurst PA. Diet, alcohol and relative weight in gallstone disease; a case-control study. *Br Med J. (clin Res)* 1984; 288; 1133-9.
- 27) Pixley F, Mann J. Dietary factors in the aetiology of gallstones; a case control study. *Gut* 1988; 29: 1511-15.
- 28) Kult R, Maurer, James E. Everhart, Trena M. Ezzati. etc., All Prevalence of gallstone disease in the hispanic populations in the united states.
- 29) Cooperberg PL, Burhenne HJ. Real time ultrasonography: diagnostic technique of choice in calculous gallbladder disease *N Engl J Med* 1980; 302; 1277-9.
- 30) Krok PM, Allen FH, Bush WH, Malmer G, Maclean MD, comparison of real-time cholecistasonography and oral cholecystography radiology 1980; 135; 145-8.
- 31) GREPCO prevalence of gallstone disease in an Italian adult female population *Am J Epidemiol* 1984; 119; 796-805.

- 32) Gracie WA, Ransohoff DA, The natural history of silent gallstones N Engl J Med 1982; 307; 798-800.
- 33) McSherry CK, Forstenberg H, Calhoun WF, Lahman E, Virshup M. The natural history of diagnosed gallstone disease in asymptomatic and symptomatic patients Ann Surg 1985; 202; 54-63.
- 34) Godfrey PJ, Bates T, Harrison M, King MB, Padley NR, Gallstones and mortality; a study of all gallstone related deaths in a single health district. Gut 1984; 25; 1029-33.
- 35) Bateson MG, Bauchier J. AD, Prevalence of Gallstones in Dundee; a necropsy study. Br Med J 1975; 4; 427-30.
- 36) Bennion LS, Grundy SM, Risk factors for the development of cholelithiasis in man II N Engl J Med 1978; 299; 1212-27.
- 37) Lindstrom Frequency of gallstone disease in a well defined Swedish population. Scand J Gastroenterol 1977; 120; 168-174.
- 38) Torvik A, Hoivik B, Gallstones in an autopsy series. Incidence, complication and correlations with carcinoma of the gallbladder Acta Chir Scand 1960; 120; 168.
- 39) Friedman GD, Kannel MB, Dawber TR. The epidemiology of gallbladder disease; observations in the Framingham study Chronic Dis 1966; 19; 273-79.

40) Cooperberg TL, Burhenne HJ. Real time ultrasonography Diagnostic technique of choice in calculous gallbladder disease N Engl J Med 1980; 302; 1277-79.

41) Rome Group for the Epidemiology and prevention of cholelithiasis (GREPCO) The epidemiology of gallstone disease in Italy Part I. Prevalence data in men Hepatology 1988; 8; 904-06.

42) GREPCO The epidemiology of gallstone disease in Rome Italy Part II, factors associated with the disease Hepatology 1988; 8; 907-13.

43) Angelin B, Einarsson K, Hellstrom K, etc. all Elimination of cholesterol in hiperlipoproteinemia Cli Sci Molec Med 1976; 51; 393-97.

44) Angelin B, Einarsson K, Leijd B. Bile Acids and triglicerides metabolism in men, In: Paumgartner G, Stiehl A, Gerok W. edo bile acids and lipids; Lancaster, England: MTP Press 1981- 225-232.

45) Lee SP pathophysiology of gallstone formation, Clin ther; 1990 May-Jun; 12(3); 194-9.

46) Sama C, Labate AM, Taroni F, Barbara L. Epidemiology and natural history of gallstone disease Semin Liver Dis; 1990 Aug; 10(3); 149-58.

47) Saunders KD, Cates JA, Roslyn JJ. Pathogenesis of gallstones. Surg Clin North Am; 1990 Dec; 70(6); 1197-216.

48) Iber FL, Caruso G, Polepalle C; Kuchipudi V, Chinoy M. Increasing prevalence of gallstones in male veterans 12th alcoholic cirrhosis. Am J Gastroenterol; 1990 Dec; 85(12); 1593-96.

49) Cuchiaro G, Watters CR, Rossith JC, Meyers WC. Deaths from gallstones. Incidence and associated clinical factors. Ann Surg; 1989; 209(2); 149-51.

50) Kaufman HS, Magnuson TH, Lillemos KD, Frasca P, Pitt HA. The role of bacteria in gallbladder and common duct stone formation. Ann Surg; 1989; 209; May; 584-91.
Discussion 5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA