

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 DERECHOLABIENTE AL HOSPITAL REGIONAL "GENERAL
IGNACIO ZARAGOZA. ISSSTE ENTRE 20 Y 70 AÑOS.

TESIS DE POSTGRADO QUE PARA
OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA PRESENTA:
DR. BULMARO MANJARREZ TELLEZ

TITULAR DEL CURSO: DR. ALBERTO TREJO GONZALEZ

ASESOR DE TESIS: DR. RENE GARCIA SANCHEZ

NOVIEMBRE 1994

FALLA DE ORIGEN

1995

11227
64
rey

RECEIVED
NOV 23 1994
HOSPITAL REGIONAL
GENERAL IGNACIO ZARAGOZA



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.

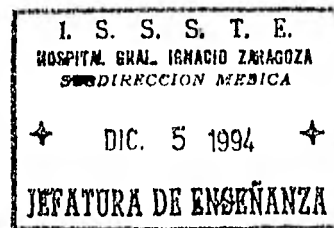
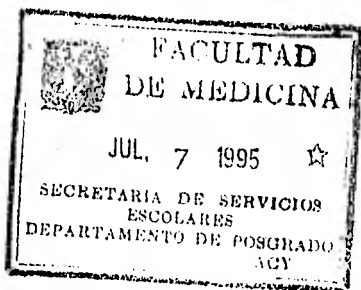
DR. ALBERTO TREJO GONZALEZ.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO.
COORDINADOR DE LOS SERVICIOS
DE MEDICINA INTERNA.

DR. RENE GARCIA SANCHEZ.
ASESOR DE TESIS.
JEFE DE ENSEÑANZA
MEDICINA INTERNA.

DR. GABINO PELAEZ VILLALPANDO
JEFE DE MEDICINA INTERNA
HOSP. REG. GRAL. IGNACIO
ZARAGOZA.

DR. J. MANUEL BARRERA R.
JEFE DE INVESTIGACION Y
ENSEÑANZA. HOSP. REG.
GRAL. IGNACIO ZARAGOZA

DR. JORGE NEGRETE COSCA.
COORDINADOR DE CAPACITACION
INVESTIGACION Y DESARROLLO
HOSP. REG. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA.



A MIS PADRES
BULMARO Y ENIMA

Porque gracias a su apoyo y cariño
he realizado una meta más la cual
es la herencia más valiosa que pude
recibir para continuar con mi supe-
ración.

A MIS HERMANOS

Miguel Angel

Alan

Javier

Raquel

Mercedes

Lucia

Eloisa

Armando

Clara

Marco Antonio

Alejandra

Por la confianza que en mí depo-
sitarón, para que sus esfuerzos y
sacrificios no fueran en vano.

A MI ESPOSA E HIJA

Beatriz y Citlali Vanessa

Porque con su Amor que es simbolo
de eternidad, he encontrado lo que
tanto anhele, ya que con ello me en-
señaron la máxima capacidad para
Amar.

A MIS MAESTROS

Alberto Trejo González

Rene García Sánchez

Muslin Schabd Hany

Gabino Pelaez Villalpando

Enrique García Gallardo

Por que gracias a sus enseñanzas y
consejos, he logrado alcanzar las
tareas emprendidas.

INDICE

1. TITULO	pag. 1
2. RESUMEN	pag. 2
3. INTRODUCCION	pag. 3
4. PROBLEMA	pag. 5
5. MARCO TEORICO	pag. 6
6. HIPOTESIS	pag. 7
7. OBJETIVO	pag. 7
8. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	pag. 7
9. RESULTADOS	pag. 10
10. CONCLUSIONES	pag. 21
11. BIBLIOGRAFIA	pag. 22

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION CLINICA:

LITIASIS VESICULAR ASINTOMATICA EN POBLACION ADULTA DE CLASE
MEDIA EN UN HOSPITAL DEL I.S.S.S.T.E. DE LA CIUDAD DE MEXICO,
D.F.

DR. BULMARO MANJARREZ TELLEZ.

RESUMEN.

INTRODUCCION.

La litiasis vesicular constituye una de las patologías del tubo digestivo más frecuente a nivel mundial y esto queda demostrado al conocer la frecuencia con que se realiza colecistectomía en el mundo entero. Desde hace mucho tiempo se estableció la posibilidad de que exista la litiasis vesicular en ausencia de manifestaciones clínicas y esto ha quedado demostrado a través de diferentes estudios clínicos de seguimiento obtenidos a partir de la disponibilidad de estudios diagnósticos incruentos como la ultrasonografía abdominal. En nuestro país se ignora la prevalencia real del problema, no solo de portadores asintomáticos, sino también incluso de los asintomáticos. La colecistectomía, sin embargo, sigue siendo uno de los procedimientos quirúrgicos practicados con mayor frecuencia, en ocasiones sin un sustento clínico bien establecido. El presente estudio pretende demostrar que la litiasis vesicular existe en su variedad asintomática en nuestra población, tal como se ha descrito en población hispanoparlante radicada en países sajones y que su curso clínico es tan benigno que no amerita mayor tratamiento que el expectante.

HIPOTESIS.

La litiasis vesicular asintomática es una situación presente en al menos el 15% de la población estudiada, tal como ha sido descrito en estudios previos llevados a cabo en población mexicana radicada en el extranjero, en la población que se pretende estudiar a través de encuesta epidemiológica.

OBJETIVOS.

Conocer la frecuencia de litiasis vesicular asintomática en la población estudiada, derechohabiente del ISSSTE del Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza".
Reconocer los factores asociados al desarrollo de la enfermedad en la población estudiada, para compararla con estudios previos reportados.

DISEÑO DE INVESTIGACION.

Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo, a través de encuesta epidemiológica a población considerada clínicamente sana, con escrutinio a través de ultrasonografía vesicular e interrogatorio intencionado en búsqueda de manifestaciones clínicas producidas por la litiasis.

VARIABLES.

Presencia de litiasis vesicular; presencia de manifestaciones clínicas; búsqueda de factores asociados a la presencia de litiasis.

DISEÑO ESTADÍSTICO.

VARIABLES cualitativas nominales. Determinación de frecuencia relativa, razón de prevalencia y tasas; ji cuadrada.

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA EN POBLACION ADULTA DE CLASE MEDIA EN UN HOSPITAL DEL I.S.S.T.E. DE LA CIUDAD DE MEXICO, D.F.

INTRODUCCION.

Los litos en la via biliar son asintomáticos a menos que migren hacia el cuello de la vesicula biliar o hacia el conducto biliar común.

La migración de las piedras hacia el cuello de la vesicula causa obstrucción del conducto cístico y da como resultado irritación de la mucosa de la vesicula por la bilis retenida, seguido de invasión bacteriana, desarrollandose colecistitis aguda o crónica.

Otras complicaciones asociadas al desarrollo de litiasis vesicular sintomática han sido la fistula biliar, la pancreatitis biliar e incluso ha sido incriminado en el carcinoma de la vesicula biliar.

En la población sajona se ha descrito una frecuencia aproximada de 10% de litiasis vesicular, en tanto que en poblaciones indigenas como los indios pima se ha dicho que la frecuencia es tan alta como 40%.

De acuerdo a los estudios de seguimiento de Europa y Estados Unidos, existe una probabilidad de desarrollo de sintomatología en la población que cursa con litiasis vesicular sintomática, de 10% aproximadamente en la década posterior al descubrimiento de esta situación.

La colecistectomía es una de las cirugías efectuadas con mayor frecuencia en todos los países, incluyendo el nuestro, en algunas ocasiones incluso se practica en pacientes cuyas manifestaciones clínicas no son concluyentemente de origen biliar. Esto implica meter a riesgo de cirugía a gentes que no tenían esta necesidad quirúrgica y por otro lado, aumenta los costos de atención médica a esta población.

En nuestro país hasta el momento no se han descrito estudios epidemiológicos que reporten la frecuencia verdadera de litiasis vesicular asintomática, por lo que no es posible inferir las consecuencias de atención de salud y económicas que esto acarrea.

Existen al menos un par de estudios realizados en población mexicana en países sajones que reportan una frecuencia de 20% de litiasis vesicular asintomática.

Es importante conocer estos datos en nuestra población, ya que quizá los aspectos ambientales geográficos mismos pueden influir para hacer que la frecuencia de esta situación varíe en nuestro grupo étnico.

En base al conocimiento de esta situación, será posible establecer estudios de seguimiento, para conocer la historia natural de esta enfermedad en nuestra población e inferir costos de atención de este tipo de individuos.

Nuestro estudio se propone estudiar una muestra de la población derechohabiente de nuestra cobertura, que comprende a la que habita en la parte oriente de la Cd. de México, para conocer con mayor precisión la prevalencia de litiasis vesicular asintomática en la muestra y de esta manera poder inferir los resultados en la población general.

A partir de este objetivo general, será posible también conocer que población que cursa con la enfermedad, tiene manifestaciones clínicas que hacen necesaria una intervención terapéutica y establecer ésta de acuerdo al problema en particular.

A partir de la muestra que se determine cursa con litiasis vesicular asintomática, se propondrá un seguimiento de esta población, para establecer la historia natural en el transcurso del tiempo y en base a ello, nuevamente establecer necesidades de intervenciones terapéuticas.

Como se comentó en un inicio, ésta es una de las cirugías más frecuentemente realizadas en nuestra nación, y dicha intervención no está exenta de complicaciones, por lo que es importante establecer con toda certeza la necesidad quirúrgica en los pacientes y reafirmar lo que estudios previos han sugerido en el sentido de que "la piedra inocente no es un mito", de tal forma que no todos los pacientes que cursan con litiasis vesicular van a requerir intervención quirúrgica, una vez que se confirme que la historia natural de esta enfermedad de naturaleza benigna hace que la intervención terapéutica deba restringirse a la población sintomática y que en la actualidad ya existen varias modalidades terapéuticas alternativas.

PROBLEMA.

La litiasis vesicular constituye un problema de salud frecuente en todo el mundo. En el momento actual se conoce que una porción de la población portadora de litiasis cursa asintomática por lo que no ameritaría tratamiento específico a más del expectante. En nuestra población, hasta el momento no se cuentan con estudios descriptivos de la prevalencia de la enfermedad en su modalidad de sintomáticos o no sintomáticos y sin embargo la colecistectomía sigue siendo uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente practicados a veces sin un sustento claro en cuanto a la necesidad de esta modalidad terapéutica.

En base a lo anterior, es importante conocer datos epidemiológicos en nuestra población, para establecer que proporción de pacientes portadores de litiasis son asintomáticos e incluso poder implantar estudios de seguimiento de dicha población y conocer con precisión que proporción de ellos se vuelven sintomáticos y cursan con complicaciones asociadas a la enfermedad litiasica y por lo tanto poder realizar el procedimiento terapéutico más seguro e incluso inferir costos de atención en todos estos individuos.

MARCO TEORICO.

La litiasis vesicular constituye una de las enfermedades más frecuentes que sufre la humanidad, especialmente en las países occidentales. Entre 1969 y 1983, la prevalencia de litiasis se ha cifrado que varía entre 7 y 21% en las hombres y entre 14 y 27% en mujeres.(1)

Para su estudio, la litiasis se ha dividido en dos grandes grupos, de acuerdo a la composición química de las litias, ya que existen diferenciaciones clínicas y epidemiológicas entre cada una de ellas: litiasis de colesterol y litiasis de pigmento biliar. De ellas, la primera contribuye para el 75% en frecuencia en las países occidentales, en tanto que le queda el 25% restante.(2).

Dentro de los factores de riesgo conocidos para el desarrollo de litiasis vesicular las más comprendidas hasta el momento son el sexo femenina, la edad, factores familiares y raciales, el uso de contraceptivos, las embarazos, la dislipidemia, obesidad, diabetes, enfermedades renales, cirugía abdominal y hábitos alimentarios principalmente.(3-9).

Las primeras estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de esta enfermedad se realizaron con material necróscopico. A partir del surgimiento de la ultrasonografía como método diagnóstico relativamente fácil, poco costoso, no invasivo, sin efectos colaterales, se han publicado diferentes estudios sobre la prevalencia de calculitis en diferentes grupos de población.(10-15).

Una vez que un paciente desarrolla manifestaciones clínicas en relación a cálculos biliares, hay un alto riesgo de ataques repetidos de nuevo e incluso de complicaciones en relación a la enfermedad litiasica.(16-18).

Sin embargo, se considera que aproximadamente el 60 a 80% de las pacientes portadoras de litiasis son asintomáticas durante una buena parte de su historia natural.(19,20).

Existen incluso en la actualidad diferentes estudios de seguimiento de pacientes conocidos como portadoras de litiasis vesicular asintomáticas que han demostrado que la probabilidad de desarrollar manifestaciones clínicas en las siguientes años es baja, reportándose entre 1 y 5% anual de porcentaje de aparición de manifestaciones clínicas y hasta 1.5% de desarrollo de complicaciones en seguimiento de 5 a 20 años.(21-23).

Una de las problemáticas asociadas para la clasificación de litiasis vesicular asintomática y sintomática está en relación a que no se ha podido llegar a un consenso en cuanto a la definición de enfermedad asintomática. Cuando el paciente se queja de episodios repetidos de dolor en hipocondrio superior, de más de media hora de duración en presencia de litiasis biliar, sin otra causa conocida, se pueden considerar como secundarias estas manifestaciones a la enfermedad litiasica. El desarrollo de complicaciones como colecistitis aguda, calculocistitis o pancreatitis, no ofrece ninguna duda.

Sin embargo, en aquellos pacientes que se encuentra litiasis vesicular por estudio de rutinaria y que no cursan con manifestaciones clínicas abdominales o que tienen manifestaciones disépticas, estas últimas no se pueden aceptar como secundarias a la

enfermedad litíásica, ya que se ha demostrado que dichos síntomas se presentan con igual frecuencia en población general, por lo que deberán ser considerados como portadores litíásicos asintomáticos. (24,25).

Partiendo de la base anterior, parecería lógico asumir que la conducta ideal en estos sujetos es la expectante. Esta postura está ampliamente reforzada por la observación de que la colecistectomía no es un procedimiento libre de complicaciones, incluyendo un porcentaje bajo de mortalidad asociada. (26,27).

En nuestra país la Epidemiología de la litiasis vesicular no se conoce con precisión, contándose sólo con algunas estadísticas tomadas a partir de series necrópticas, habiéndose reportado varias series de población mexicana que radica en el extranjero, sin que esta se pueda considerar como representación de nuestra país. En dichas series se ha reportado una frecuencia de litiasis vesicular que varía del 15 al 20% de la población estudiada, sin que se especifique en algunas de ellas la proporción de pacientes portadores asintomáticos (28-30).

Se desconoce igualmente la Epidemiología de este problema en nuestra población derechohabiente del ISSSTE, que son personas del estrato socio-económico medio, sin que hasta el momento se haya difundido información tanto de la farmacología como de la sintomatología, desconociéndose por lo tanto las repercusiones que a nivel de atención de salud representan estas personas.

Adicional a lo anterior, se desconoce por lo tanto la frecuencia de la existencia de litiasis vesicular asintomática en población considerada aparentemente sana y un requerimiento de esta población para descubrir la frecuencia con que se vuelven sintomáticos, así como la aparición de complicaciones.

HIPOTESIS.

La litiasis vesicular asintomática es una situación presente en el menos el 15% de la población derechohabiente del ISSSTE en el Hospital Regional "Ignacio Zaragoza".

OBJETIVOS.

Conocer la frecuencia de litiasis vesicular asintomática en una muestra de población derechohabiente del Hospital Regional "Ignacio Zaragoza" del ISSSTE considerada clínicamente sana.

Reconocer los factores asociados al desarrollo de la enfermedad litíásica vesicular en la población estudiada.

DISEÑO DE INVESTIGACION.

TIPO DE ESTUDIO:

Estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

POBLACION:

La población de estudio serán aquellas personas que acuden al Hospital "Ignacio Zaragoza" que se consideraran clínicamente sanas, ya sea porque

acuden a los Servicios de Medicina Preventiva o porque van acompañando a los pacientes, es decir que no buscan atención médica por situaciones consideradas patológicas, estableciéndose esta condición después de realizar una entrevista enfocada a búsqueda de enfermedades crónico-degenerativas, con edades comprendidas entre 20 y 70 años de edad, de ambos sexos, a los que se les evaluará por cuestionario previamente elaborado, los que se someterán a evaluación ultrasonográfica para búsqueda de litiasis vesicular.

Se excluirán del estudio a los portadores de enfermedades crónico-degenerativas, con antecedentes quirúrgicos abdominales de tipo resección intestinal, colecistectomía, aquellos que no completen la evaluación por el cuestionario o que no se sometan a evaluación ultrasonográfica, así como aquellos cuyo resultado de ultrasonografía no sea concluyente para una evaluación completa de la vesícula biliar. Se considerará litiasis vesicular sintomática en aquellos pacientes que cuenten con estudio vesicular confirmatorio de litiasis y que refieran episodios de dolor abdominal repetidos en hemiabdomen superior de más de media hora de duración.

La cédula de recolección de datos incluirá: nombre, sexo, edad, historia de alcoholismo, antecedentes quirúrgicos, principalmente colecistectomía, número de embarazos, uso de hormonales, manifestaciones clínicas que orienten a enfermedad litiasica vesicular, peso, talla y el reporte de ultrasonografía que se recabará en fecha posterior a la entrevista, sin que el entrevistador sepa el resultado al momento ni el imagenólogo conozca los datos clínicos de la cédula de recolección a excepción de datos generales de identificación.

VARIABLES:

Presencia de litiasis vesicular

Presencia de manifestaciones clínicas.

Factores asociados a la presencia de litiasis vesicular: Sexo, edad, peso, talla (Índice de masa corporal, en el caso de las mujeres número de embarazos y uso crónico de hormonales anticonceptivos.

DISEÑO ESTADÍSTICO

Variables cualitativas nominales.

Pruebas Frecuencias relativas, razón de prevalencia y tasas; ji cuadrada.

RECURSOS

HUMANOS:

Médico adscrito Médicos residentes de Medicina Interna y de Imagenología, Enfermera.

EISICOS:

Hojas de papel para cuestionario, lápiz, cuaderno para recopilación de resultados.

EQUIPO:

Ultrasonido en tiempo real, marca General Electric Radiux XP con transductor vectorial de 3.5MHz.

CRONOGRAMA

Recolección de Datos: Junio a Diciembre 1993.

Elaboración de Resultados: 1a. Quincena de Enero 1995.

Análisis de Resultados: 2a. Quincena de Enero 1995.

Informe Técnico: Fines de Enero 1995.

RESULTADOS

En el siguiente estudio se realizó un muestreo de 200 derechohabientes que fueron captados durante el periodo de abril de 1994 a octubre de 1994, donde se eligieron a familiares aparentemente sanos de pacientes, así como personal del mismo hospital a quienes se les realizó estudio ultrasonográfico de vías biliares.

Del número total de derechohabientes (200), sólo se incluyeron 124 (62%), debido a que 76 (38%) de los encuestados no concluyeron el estudio.

De estos 84 fueron del sexo femenino (64.51%) y 44 fueron hombres (35%).

Encontrándose dentro de ellos a 18 pacientes (14.51%) que presentaron enfermedad litiásica, de los cuales 17 (94.44%) resultaron asintomáticos y sólo un paciente (5.55%) fue sintomático.

De los 18 pacientes, 13 fueron mujeres (72.22%) y 5 fueron hombres (27.77%). Todos ellos con un índice de masa corporal en promedio de 24.98, en comparación con el resto de la población no litiásica no estudiada que presentó un 28.58 de índice de masa corporal. (gráfica 1).

Con relación a la edad se observó en pacientes con litiasis vesicular es más frecuente en pacientes de cuarenta a setenta años con predominio de mujeres, cuatro entre los cuarenta y cincuenta años (22.22%) y cinco (27.77%) entre sesenta y uno y setenta años. Dos entre treinta y cuarenta años (16.66%) y uno entre los rangos de veinte y treinta, así como uno de setenta, en comparación con el grupo de edades de los pacientes no litiásicos (gráficas 2, 3 y 4).

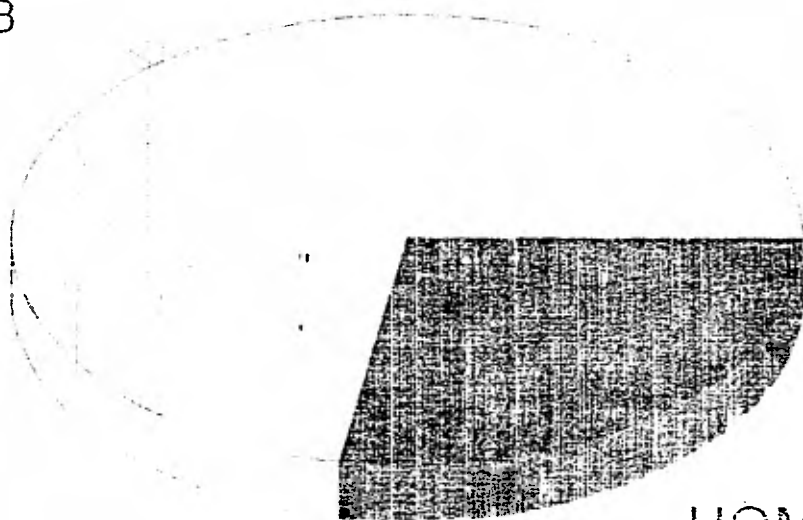
Así mismo se pudo observar la relación con el número de embarazos de las pacientes litiásicas encontrándose de las trece pacientes, diez se encontraban con cuatro o más embarazos y tres con menos de cuatro embarazos, en relación con las pacientes no litiásicas en las que se observó un número menor de embarazos.

Con respecto a la ingesta de hormonales en pacientes litiásicas sólo seis (46.15%) tuvieron dos años de ingesta y sólo tres (23.07%) por más de tres años. En relación con las pacientes no litiásicas que se encontró con ingesta de hormonales de más de tres años no existió relación significativa para la formación de litos vesiculares.

LITIASIS VESICULAR. DISTRIBUCION SEGUN SEXO.

MUJERES.

13



HOMBRES.

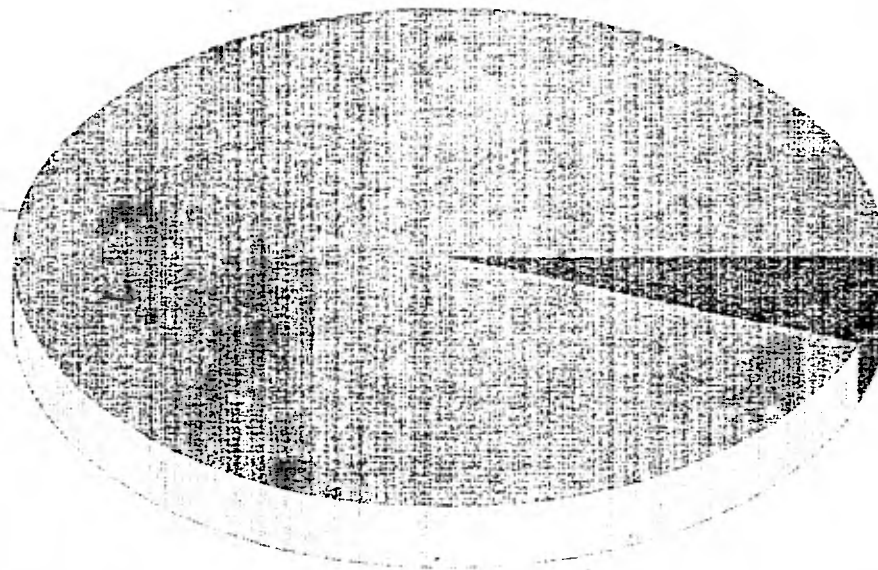
5

FALLA DE ORIGEN

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SÍNTOMAS.

ASINTOMÁTICOS.
17

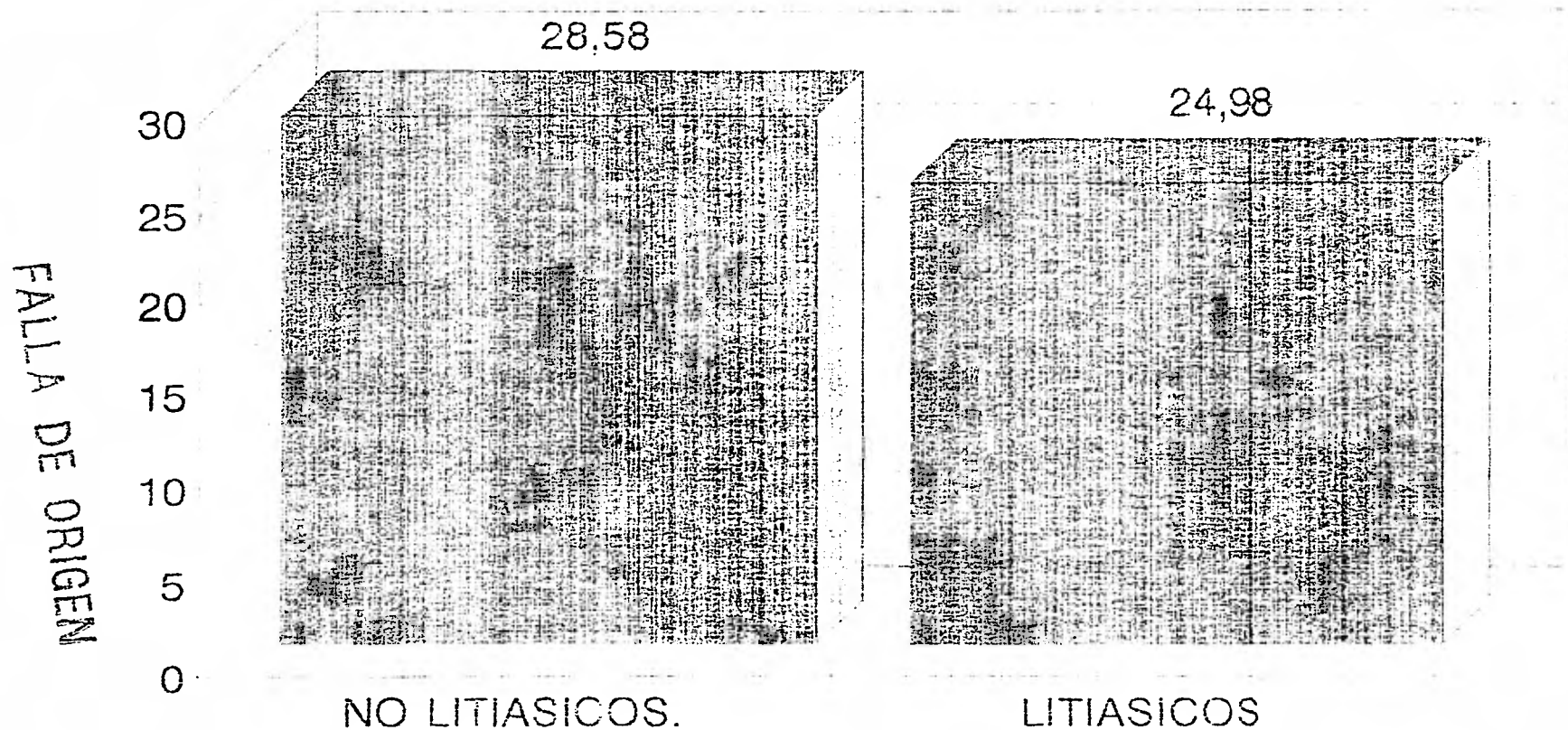


SINTOMÁTICOS.
1

FALLA DE ORIGEN

LITIASIS VESICULAR

DISTRIBUCION POR INDICE DE MASA CORPORAL.

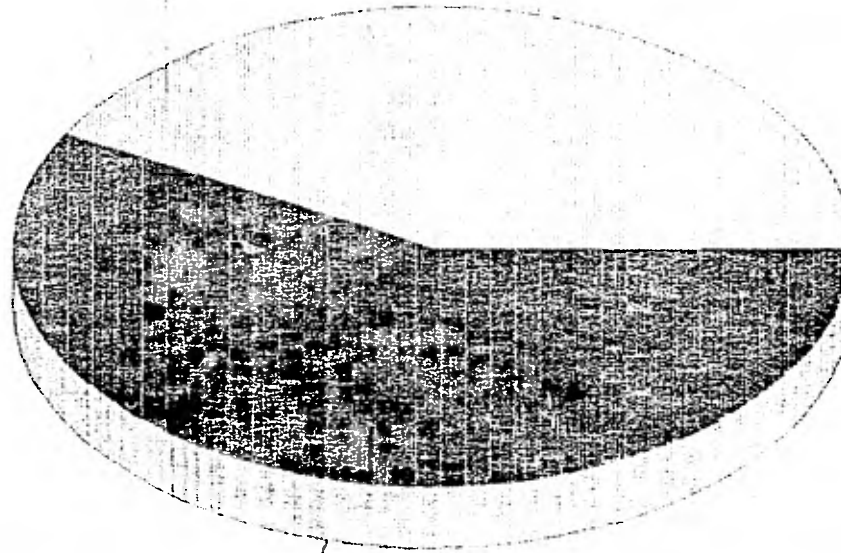


LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

DISTRIBUCION POR SEXO.

HOMBRES

42



MUJERES

58

FALLA DE ORIGEN

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

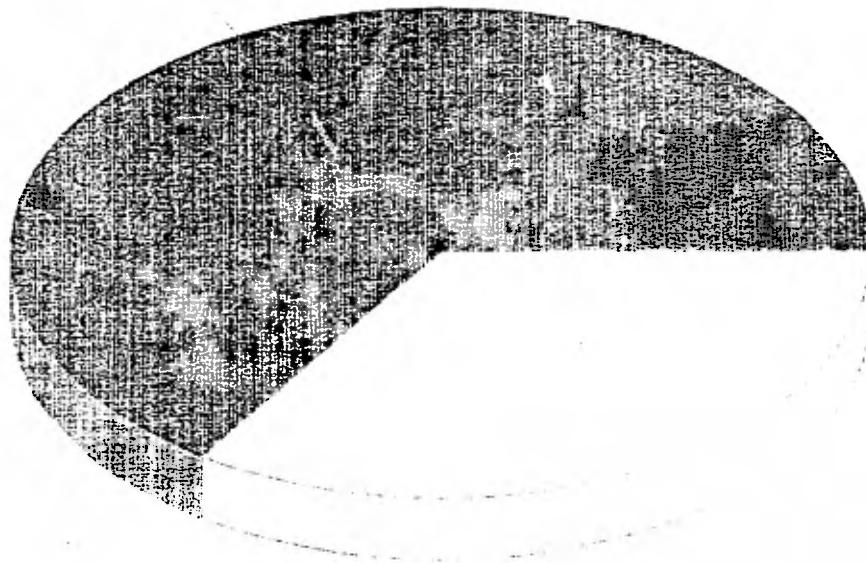
DISTRIBUCION POR SEXO.

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO.

HOMBRES.

84



MUJERES.

44

FALLA DE ORIGEN

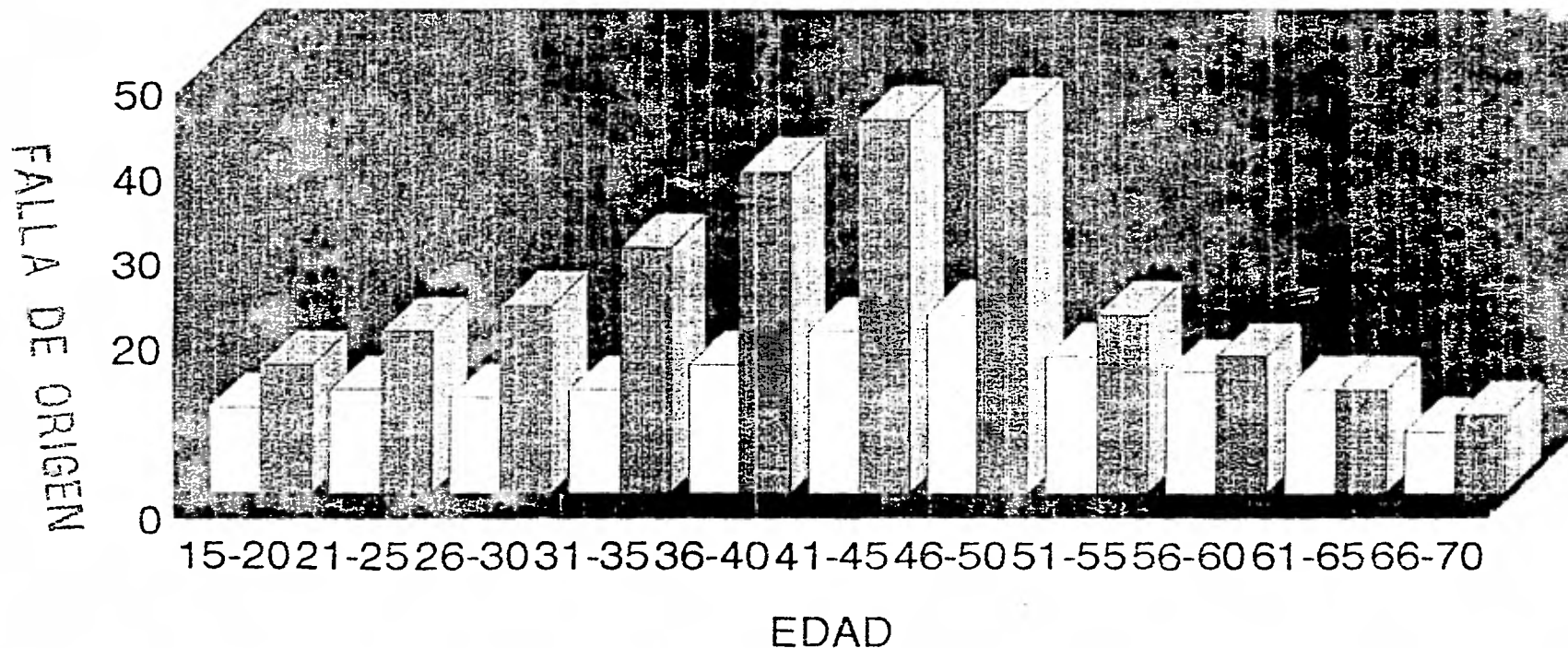
1994.

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

DISTRIBUCION POR EDADES.



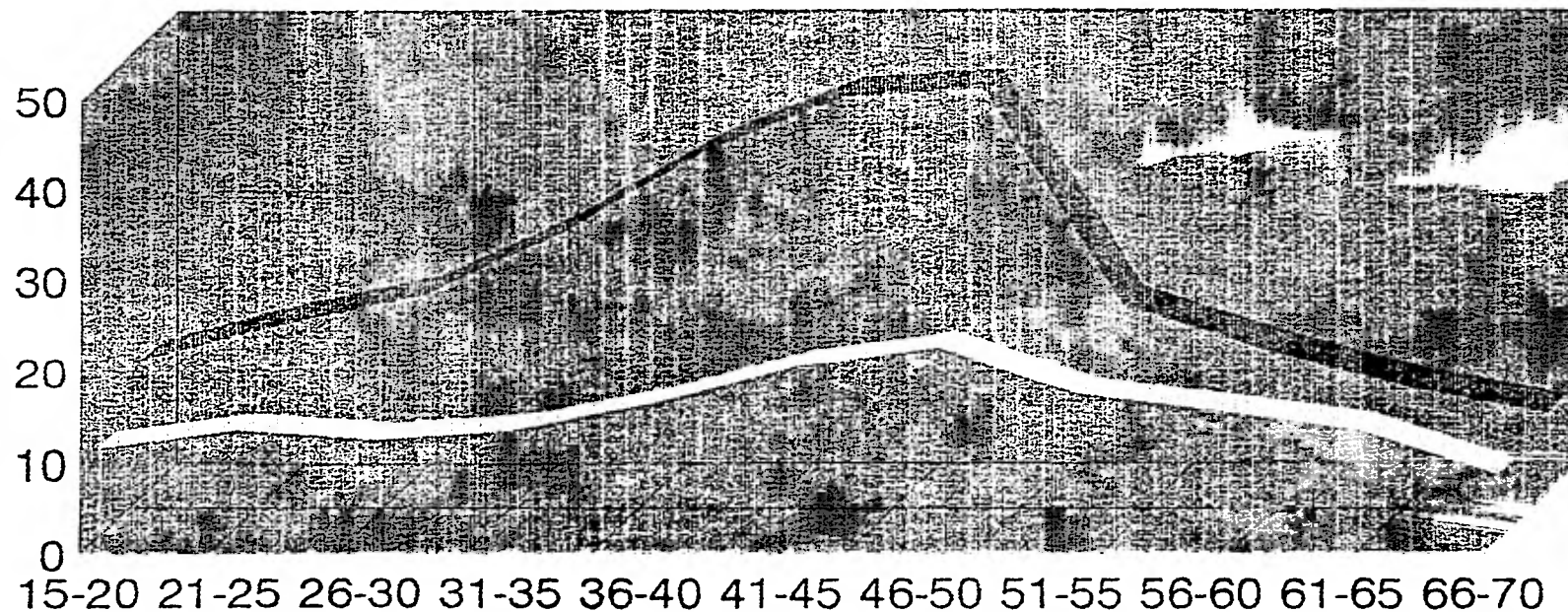
No. CASOS



LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA.

DISTRIBUCION POR EDADES.

No. CASOS



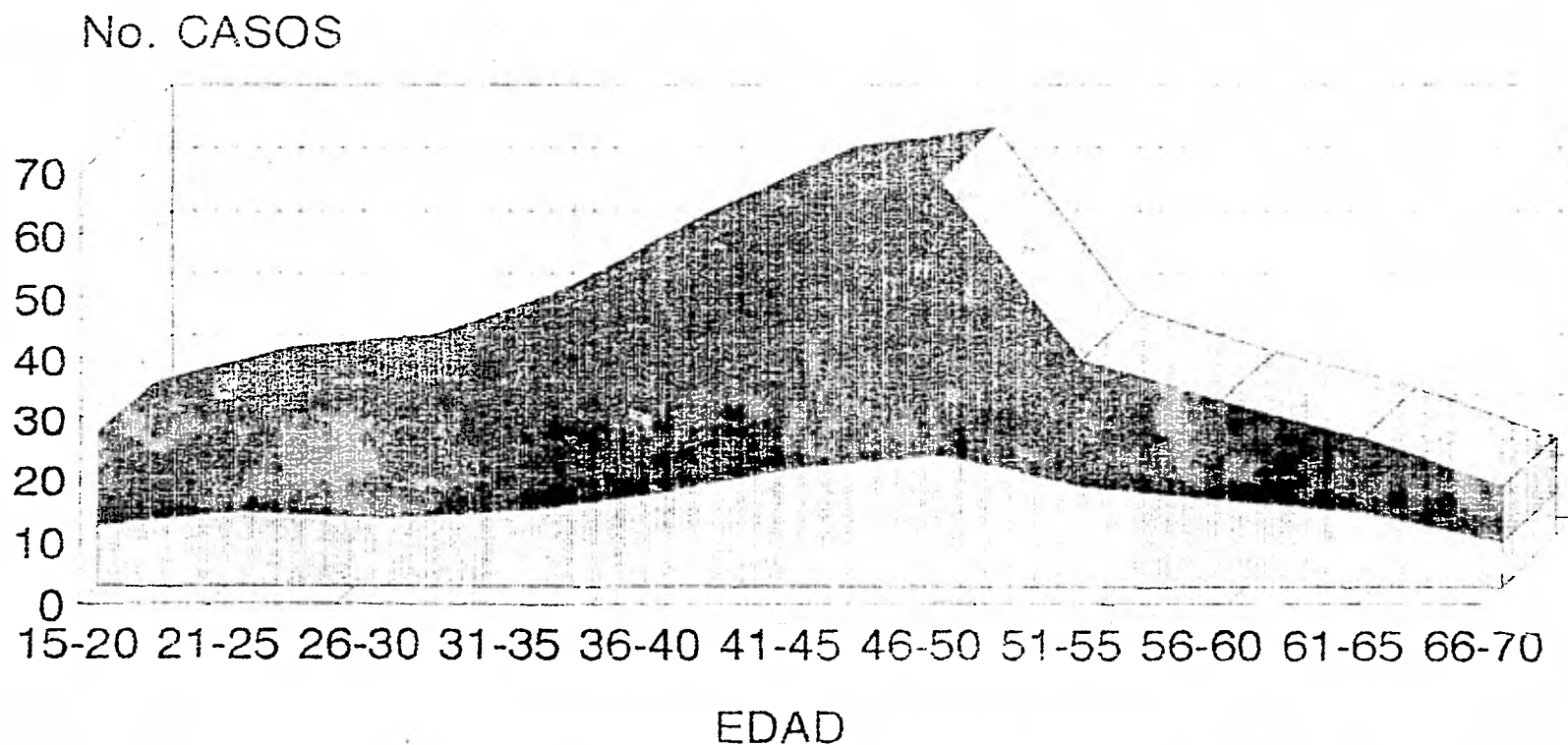
EDAD



FALLA DE ORIGEN

47.

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA. DISTRIBUCION POR EDADES.

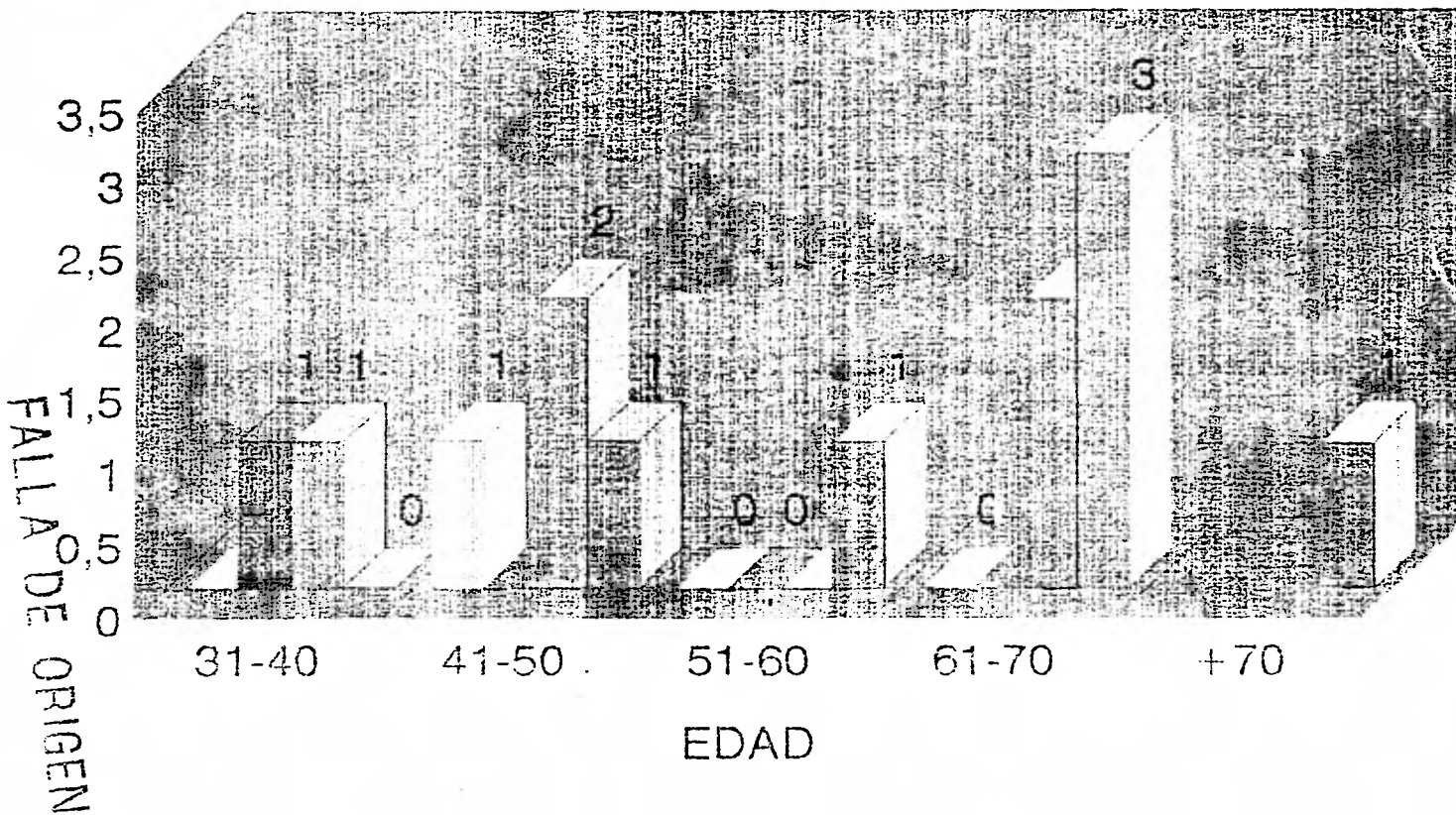


□ HOMBRES ■ MUJERES

MUJERES CON LITIASIS VESICULAR.

DISTRIBUCION POR NUMERO DE EMBARAZOS.

No. CASOS



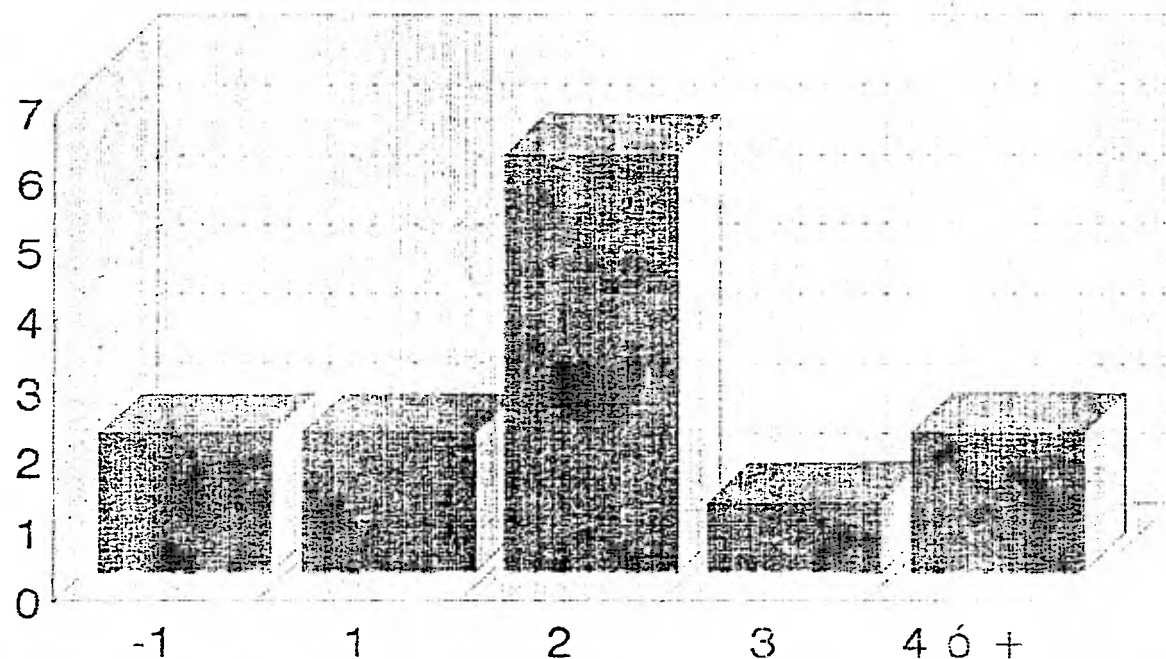
-19-

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

FALLA DE ORIGEN

MUJERES CON LITIASIS VESICULAR.

DISTRIBUCION POR INGESTA DE HORMONALES.



FALLA DE ORIGEN

NUM.PAC.	2	2	6	1	2
----------	---	---	---	---	---

TIEMPO DE INGESTA EN AÑOS.

LITIASIS VESICULAR ASINTOMÁTICA. CONCLUSIONES.

- LA LITIASIS VESICULAR ESTA PRESENTE EN EL 14.51% DE LOS PACIENTES EVALUADOS EN NUESTRA SERIE.
- SE PRESENTO CON UNA MAYOR FRECUENCIA EN EL SEXO FEMENINO QUE EN EL MASCULINO, CON UNA RELACION 2.6:1.
- EL 94.44% DE LOS PACIENTES PORTADORES DE LITIASIS VESICULAR EVALUADOS CURSAN ASINTOMÁTICOS.
- NO EXISTIERON DIFERENCIAS IMPORTANTES EN CUANTO A LA PRESENTACION DE LITIASIS EN RELACION AL PESO.
- LA FRECUENCIA DE LITIASIS VESICULAR SE INCREMENTA CON LA EDAD.
- EN EL CASO DE LAS MUJERES, LA FRECUENCIA DE LITIASIS VESICULAR SE INCREMENTA TANTO CON LA EDAD, COMO CON EL NUMERO DE EMBARAZOS.
- LA INGESTA DE ESTROGENOS NO SE RELACIONO CON UNA MAYOR FRECUENCIA DE LITIASIS EN NUESTRA SERIE.
- EL PRESENTE ES UN ESTUDIO ALEATORIO ACCIDENTAL, DADO QUE LA POBLACION FEMENINA ES MAYOR QUE LA MASCULINA.
- POR TODO LO ANTERIOR, SE CONFIRMA: "LA LITIASIS VESICULAR NO ES UN MITO" (OSLER).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Barbara L, Sama C, Labate AMM ET AL. A population study on the prevalence of gallstone disease. The Birmione study. *Hepatology* 1987; 7: 913-917.
2. Sutor DJ, Wooley SE. A statistical survey of the composition of gallstones in eight countries. *Gut* 1971; 12: 55-64.
3. Jorgensen T, Jorgensen LM. Gallstones and diet in a Danish Population. *Scand J Gastroenterol* 1989; 24: 821-826.
4. Hay DN, Garey MC. Pathophysiology and Pathogenesis of Cholesterol Gallstones Formation. *Seminars in Liver Disease* 1990; 10: 159-170.
5. Everson RB, Byer DP, Bischoff AJ. Estrogen predisposes to Cholecystectomy but not to Stones. *Gastroenterology* 1982; 82: 4-8.
6. Thijs C, Knipschild P, Leffers P. Pregnancy and Gallstone Disease. An empiric demonstration of the importance of specification of risk periods. *Am J Epidemiol* 1991; 134: 185-195.
7. Liddle RA, Goldstein RB, Sexton J. Gallstone Formation during weight reduction dieting. *Arch Intern Med* 1989; 149: 1750-1753.
8. Haffner S M, Diehl AK, Mitchell ED, Stern MF, Hazuda HP. Increased prevalence of clinical gallbladder disease in subjects with non insulin dependet diabetes mellitus. *Am J Epidemiol* 1990; 132: 327-335.
9. Little JM, Avramovic J. Gallstone formation after major abdominal surgery. *Lancet* 1991; 1: 1135-1137.
10. Nomura H, Kashiwagi S, Hayashi J et al. Prevalence of gallstones disease in a general population of Okinawa, Japan. *Am J Epidemiol* 1988; 128: 598-605.
11. Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). The epidemiology of gallstone disease in Rome. Part I. Prevalence data in men. *Hepatology* 1988; 8: 904-906.
12. Torvik A, Kvik B. Gallstone in an autopsy series. *Acta Chir Scand* 1960; 120: 168-174.
13. Zahor S, Sternby NH, Wegan A et al. Frequency of cholelithiasis in Frague and Malmo. An autopsy study. *Scand J Gastroenterol* 1974; 9: 3-7.
14. Glambek I, Kvaale G, Arnesjo B, Soreide O. Prevalence of gallstones in a Norwegian population. *Scand J Gastroenterol* 1987; 22: 1089-1094.
15. Jansson L, Aspelin P, Eriksson S et al. Ultrasonographic screening for gallstone disease in middle-aged women. *Scand J Gastroenterol* 1985; 20: 706-710.
16. Lund J. Surgical indication in cholelithiasis: Prophylactic cholecystectomy elucidated on the basis of long-term follow up on 526 non-operated cases. *Ann Surg* 1960; 151: 153.
17. Wenckert A, Robertson B. The natural course of gallstone disease: Elkeven year review of 781 nonoperated cases. *Gastroenterology* 1966; 101: 171.
18. Ralson DE, Smith LA. The natural history of cholelithiasis: A 15 to 30-year follow-up of 116 patients. *Minn Med* 1965; 48: 327.

FALLA DE ORIGEN

19. Rome Group for the Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). Prevalence of Gallstone Disease in an Italian adult female population. *Am J Epidemiol* 1984; 119: 796
20. Bouchier IAD, Rhodes K, Brien M. A study of symptomatic and silent gallstone. *Scand J Gastroenterol* 1968; 3: 299-304.
21. Comfort NW, Gray HK, Wilson JM. The silent gallstone: A ten to twenty year follow-up study of 112 cases. *Ann Surg* 1948; 128: 931
22. Gracie WA, Ransohof DF. The natural history of silent gallstones. *N Engl J Med* 1982; 307:798
23. McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF et al. The natural history of diagnosed gallstone disease in symptomatic and asymptomatic patients. *Ann Surg* 1985; 202: 59-63
24. Esinton D, Davies GT, Evans KO, Gravelle IH. Gallbladder disease. Prevalence in South Wales industrial town. *N Engl J Med* 1976; 294: 1147-1149
25. Price WH. Gallbladder dyspepsia. *Br Med J* 1963; 2: 138-141.
26. MacLean LD, Goldstein M, Mac Donald JE, et al. Results of cholecystectomy in 1000 consecutive patients. *Can J Surg* 1975; 18: 459.
27. Seltzer MH, Steiger E, Rosato FE. Mortality following cholecystectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1970; 130: 64.
28. Hanis CL, Ferrel RE, Tulloch BR, Schull WJ. Gallbladder disease epidemiology in Mexican American in Starr County, Texas. *Am J Epidemiol* 1985; 122: 820-9
29. Alexis Ortega A, Uscanga DL y Wolpert E. Litiasis biliar en México, composición química de la bilis en personas normales y en enfermos con calculos biliares de colesterol. *Rv. Invest. Clin.* 1978; 30:41.
30. Diehl AK, Stern MP, Ostrower VS, Friedman PC. Prevalence of clinical gallbladder disease in Mexican American, Anglo and black women. *Soth Med J* 1980; 73: 438-41.

ELABORÓ: BULMARO MANJARREZ TELLEZ.