

11209

250



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.

TESIS CON FALLA DE ORIGE

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

TESIS.

“PREVALENCIA DE LITIASIS VESICULAR EN ENFERMOS CON HERNIA UMBILICAL”
FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO
ORGANISMO DE CENTRALIZADO

CON MOTIVO DE OBTENER EL TITULO DE
TU ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL.



AUTOR:

Dra. Elsa Elizabeth Uribe Flores

TUTOR:

Dr. Noé Isaías Gracida Mancilla

CO TUTOR:

Dr. Francisco Javier Galindo González

2002



DIRECCION DE ENSEÑANZA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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. Eduardo de Anda Becerril.
Director General de Enseñanza del
Hospital General de México O.D.



Dr. Enrique Fernández Hidalgo
Profesor Titular del Curso de Cirugía General
Hospital General de México O.D.

DIVISION DE ESPECIALIZACION
COMISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

Dr. Noé Isaías Gracida Mancilla.
Médico Cirujano General
Hospital General de México O.D.
Tutor de Tesis.

Dra. Elsa Elizabeth Uribe Flores.
Residente del cuarto año del curso de Cirugía General
Hospital General de México ,O. D. (U. N. A. M.).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA

A DIOS.

Por permitirme el Milagro de la Vida y ser participe de ella llevándome en el hueco de su mano en todo momento.

A MIS PADRES

Por el Amor, Comprensión y Apoyo incondicional .Por Ayudarme a enfrentar la vida ,por darme una base sólida familiar que rige mi actuar como ser humano. Por enseñarme que el objetivo del ser humano no es solo ser feliz sino buscar ser perfectible, lo cual se obtiene con perseverancia.

A MIS HERMANOS

Por el cariño, la tolerancia y comprensión en el tiempo de mi formación como cirujana.

A MIS MAESTROS

Porque cada uno es parte importante de los pilares de mi formación quirúrgica.

A MIS AMIGOS

Es difícil tenerlos ,pero aun más mantenerlos .Gracias por la paciencia y el cariño.



AGRADECIMIENTOS

Al Maestro Sr. Dr. Enrique Fernández Hidalgo.
Por sus enseñanzas ilimitadas y por mantener la duda constante acerca de mi vocación quirúrgica, que me hace pensar cada día en el gran reto y responsabilidad que implica el arte quirúrgico.

Al Maestro Sr. Dr. Sergio González Díaz.
Por su enseñanza, la confianza, cariño, comprensión y apoyo siempre constantes. Por su legado quirúrgico que es invaluable. Por indicarme que el camino principal en este arte quirúrgico es el proceder con decisión y amor hacia el paciente.

Al Maestro Sr. Dr. Noé Isaías Gracida Mancilla
Por su enseñanza y confianza que nunca cambiaron; por enseñarme que la adversidad no trunca el camino, si permanece la esperanza y la fe, que el triunfo se obtiene a base de perseverancia y constancia.
Por su tiempo dedicado para la realización de este trabajo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al Maestro Sr. Dr. Gerardo Ricardo Vega Chavaje.
Por enseñarme que en arte quirúrgico se debe tener decisión,
corazón y coraje ,a tener un carácter fuerte y dominante son
fundamentales en quirófano ya que lo que
se juega ahí es la vida.

A todos los pacientes del Hospital General de México y de
los hospitales por los que he pasado en mi formación
quirúrgica, porque ellos han sido mi examen diario sobre mi
actuar moral, médico y quirúrgico ,son quienes han pintado
la vereda en la que se dirige mi vida.

A mi gran Amiga la Dra. Miriam Anguiano Resendiz
Por el cariño y apoyo , por permanecer alerta y luchar a mi
lado en este tiempo de mi formación.

A mi querido Víctor Raúl Rey Palomares
Quien a pesar de no estar físicamente , está presente .
Por indicarme el camino, por marcar la brecha ,por su amor
siempre fiel y constante.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Planteamiento del Problema.....	7
Objetivos.....	8
Metodología.....	9
Resultados.....	11
Discusión.....	16
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

La posible relación que existe entre hernia umbilical y Litiasis Vesícula Biliar ,fue sugerida como una observación clínica en 1970 por Borges y Romero, desde entonces en el Hospital General de México se solicita de forma rutinaria preoperatoria ultrasonograma de hígado y la vía biliar ;argumentándose que existen factores de riesgo asociados a ambas patologías .

Por tal motivo, nos permitimos analizar en el estudio, los factores de riesgo asociados que son:

edad, sexo, multiparidad, inicio de vida sexual activa temprana, uso de hormonales ,en pacientes con hernia umbilical .

Se realizo un estudio retrospectivo a 10 años, a partir de Marzo de 1992 a Marzo de 2002, estudiándose en total 160 expedientes de pacientes ingresados con hernia umbilical y que contaban con ultrasonograma de hígado y vía biliar.

Con los datos obtenidos, se realizó análisis estadístico entre y se compararon los resultados con los datos documentados en la bibliografía, enfocando la información para nuestra población de estudio.

Encontramos que no existe asociación significativamente estadística entre los factores de riesgo estudiados y las patologías. Que no hay un incremento en la prevalencia de litiasis vesicular en los pacientes con hernia umbilical.

Sin embargo, queda marcado que se debe evaluar el costo - beneficio para realizar ambas cirugía en un tiempo quirúrgico o cada una por separado.

PREVALENCIA DE LITIASIS VESICULAR EN ENFERMOS CON HERNIA UMBILICAL. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

INTRODUCCION

La Hernia Umbilical (HU) en el adulto es una patología muy frecuente, que en sí representa un riesgo de posibles complicaciones graves para el enfermo y que por ello requiere de corrección quirúrgica en cuanto el paciente se encuentra en condiciones de ser operado. En los niños se atribuye que la HU es un padecimiento congénito, al cual se asocian ciertos factores de riesgo como hipotiroidismo congénito, síndrome de Down, y mucopolisacaridosis o desnutrición.

En el adulto aún se discute si la HU es una continuidad de la patología presente en el niño o si cuenta con una fisiopatología propia, ya que en el adulto se han identificado otros factores predisponentes asociados, tales como sexo femenino, obesidad, multiparidad, edad mayor de 40 años, cirrosis hepática, y enfermedades pulmonares crónicas .(1)

La Colecistitis Litiásica (Colelitiasis, Litiasis Vesicular o Colecistolitiasis) es un padecimiento que se caracteriza por la presencia de litos (piedras) en la vesícula biliar, afecta al 20% de la población adulta en los países occidentales, justificando 500 000 cirugías anuales , tan solo en los Estados Unidos de Norteamérica se presenta clásicamente en forma predominante en la edad adulta, entre los 40 y 50 años de edad, en pacientes del sexo femenino, obesas y multigestas (conocida así como la “ enfermedad de las 4 F’s “ = **F**orthy, **F**at, **F**emale, **F**ertility) . (2,3,4,5,6,7,8)]

Es un padecimiento raro en niños (2,9,10,11,12,13) . En estudios de revisiones de grandes series , sin embargo, se ha reportado que su prevalencia se encuentra con una tendencia al aumento en los últimos años.

El mecanismo para la formación de litos ha sido estudiado y descrito por Admirand y Small, quienes atribuyen la formación de tales a un desequilibrio entre solutos y solventes en la propia bilis, a la cual llamaron “bilis litogénica”, cuya presencia, se ha sugerido, favorece la formación de litos (3,14,15,16,17) . Hay diversos factores que favorecen el potencial litogénico de la bilis, mismos que han llamado la atención de grandes grupos de investigación, sugiriéndose así, por estudios epidemiológicos, clínica y

básica factores como Obesidad, ingesta de ciertos lípidos, alteraciones del tracto gastrointestinal (resecciones intestinales, fiebre tifoidea, vagotomía, gastrectomía, malformaciones congénitas, etc), nutrición parenteral previa, e infecciones. (13,18,19,20,21,22,23,24,25) Asimismo se han considerado trastornos o desequilibrios hormonales y manejos con contraceptivos orales . (26,27,28,29,30,31,32,33), y aún , relaciones existentes entre litiasis vesicular y ciertos grupos étnicos, dietas, alteraciones del metabolismo o enfermedades y medicamentos específicos (Furosemide). (28,29,30,31,32,33,34,35,36,5)

La Litiasis de la Vesícula Biliar es una enfermedad frecuente cuyo diagnóstico generalmente se establece en base a que ocasiona dolor al enfermo, apoyándose en la ultrasonografía de la vesícula biliar que tiene una sensibilidad y especificidad de 90 a 95 %; es una enfermedad que, si bien puede ocasionar complicaciones graves (colangitis, pancreatitis, coledocolitiasis y desarrollo de cáncer de vesícula biliar), la probabilidad es baja, tanto que cuando se le descubre como hallazgo (Litiasis Vesicular Asintomática – LVA), no hay aún un consenso en cuanto a si debe o no operarse . Los factores de riesgo, predisponentes para el desarrollo de LV, tales como obesidad, sexo femenino, multiparidad, edad mayor de 40 años, parecen guardar cierta semejanza con aquellos para el desarrollo de HU.(46,48,49,51,52,53)

Se han considerado diferentes parámetros para determinar el grado de obesidad uno de los cuales es el Índice de Masa Corporal (IMC), El cual se toma a partir de peso/(talla)², considerando a partir de ahí normal el que incluye 18.5-24.9 Kg/m², sobrepeso si es de 25-29.9Kg/m², Obesidad mayor de 30Kg/m², Obesidad mórbida, si es menor de 40Kg /m², superobesidad si es de 41a 50Kg/m².partiendo de este principio, clasificamos a los individuos de nuestra población. (54,55,56,57)

En un estudio previo, realizado en el Hospital General de México, la asociación entre Hernia Umbilical y Litiasis Vesicular fue sugerida como una observación clínica en 1970 por Borges y Romero (58); sin embargo, aún no hay claridad sobre si los factores de riesgos para cada uno de estos padecimientos actúan como independientes, o su presencia obedece a un hecho fortuito, ya que la prevalencia de litiasis vesicular asintomática en una población tomada al azar es de entre 6 y hasta 12 % , representando entre el 60 y 90 % de todos los casos de litiasis vesicular .(59,60,61,62,63,64,65,66,67)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La posible relación existente entre Hernia Umbilical (HU) y Litiasis de la Vesícula Biliar (LVB), fue sugerida como una observación clínica en 1970 por Borges y Romero (58); desde entonces se ha insistido en que a todo enfermo con Hernia Umbilical se le realice como rutina preoperatoria ultrasonografía de vesícula y vías biliares para determinar si el enfermo sufre de litiasis de la vesícula biliar, y en su caso sugerirse el tratamiento quirúrgico tanto para la hernia como la colecistolitiasis, aprovechando el mismo evento quirúrgico. Sin embargo, aún no hay precisión en cuanto a cual es la prevalencia de LVB en los pacientes con HU ni información respecto a si los factores de riesgo independientes para cada padecimiento son solo una asociación aleatoria o si representan una relación causal precisa .

El presente estudio pretende evaluar la prevalencia de LVB en pacientes con HU y conocer si los factores de riesgo para una guardan relación con la segunda o si se presentan en forma diferente cuando aparecen como independientes .

OBJETIVOS

Conocer la prevalencia de Litiasis Vesicular Asintomática en enfermos con Hernia Umbilical atendidos en el Hospital General de México

Determinar los factores de riesgo para desarrollo de Litiasis Vesicular y para Hernia Umbilical y sus posibles relaciones .

Sentar las bases para estudios futuros sobre colelitiasis prospectivos dedicados a trabajar sobre la prevalencia e identificación de factores de riesgo

METODOLOGÍA

Se realizará un estudio retrospectivo, clínico, observacional, longitudinal, donde se revisarán todos los expedientes y archivo de hojas de egreso de los pacientes ingresados al servicio de Cirugía General, unidad 304 del Hospital General de México OD, de Marzo de 1992 a Marzo de 2002, bajo diagnóstico de Hernia Umbilical, de los cuales se registrará aquellos a quienes como estudio rutinario preoperatorio se les haya realizado ultrasonoigrafía de vesícula biliar, mismos que constituirán la muestra del estudio . Se recabarán en hoja de recolección de datos los factores de riesgo conocidos para hernia umbilical y para litiasis vesicular y se determinará la prevalencia de litiasis vesicular asintomática y factores de riesgo de mayor incidencia en estos casos; tales resultados se tabularán y graficarán y serán cruzados para evaluar asociaciones entre ellos

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todos los expedientes de los pacientes del servicio de Cirugía General, unidad 304 del Hospital General de México OD atendidos de Marzo de 1992 a Marzo de 2002, bajo diagnóstico de Hernia Umbilical a quienes se les realizó ultrasonografía de vesícula biliar para descubrir litiasis vesicular asintomática y aquellos que fueron sometidos a cirugía por una o ambas patologías .

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Enfermos con sintomatología de patología vesicular o pacientes ya operados con plastía umbilical previa con cicatrices quirúrgicas periumbilicales .

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que hayan sido operados de colecistectomía o que hayan desarrollado sintomatología vesicular durante el tiempo de diagnóstico y cirugía definitiva .

Pacientes de quienes no se encuentre ultrasonografía en el expediente .

Pacientes de quienes no exista expediente completo y/u hoja de egreso del servicio .

Pacientes que, teniendo diagnóstico no hayan sido sometidos a cirugía .

RESULTADOS

Se recopilaron todos los expedientes de pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General 304 del Hospital General de México, entre Marzo de 1992 y Marzo de 2002 bajo diagnóstico de Hernia Umbilical y se seleccionó a aquellos a los cuales se les realizó ultrasonido de vesícula biliar y que no presentaran sintomatología vesicular, los cuales constituyeron una muestra de 160 pacientes. De estos expedientes se recabaron datos como sexo, edad, actividad sexual, número de embarazos, índice de masa corporal y uso de hormonales orales. Se eliminaron del estudio los expedientes incompletos para estas variables y aquellos en los que el enfermo refirió sintomatología vesicular o ya había sido previamente por cirugía periumbilical. Asimismo no se incluyeron en el estudio pacientes en los que por ultrasonido hubo hallazgos como pólipo vesicular, colecistitis alitiásica u otros asociados que no fuesen litos de la vesícula biliar.

Del total de 160 pacientes de la muestra 126 fueron del sexo femenino (79%) y 34 del sexo masculino (21%). *Gráfica # 1*

La edad de presentación de los pacientes fue de 15 a 24 años 9 casos (6%), de 25 a 34 años 25 casos (16%), de 35 a 44 años 37 casos (23%), de 45 a 54 años de edad 36 casos (22%), de 55 a 64 años de edad 32 casos (20%) y mayores de 65 años 21 casos (13%). *Gráfica # 2*

A todos los pacientes se les realizó ultrasonido de vesícula biliar como rutina preoperatoria, sin referir sintomatología vesicular y en 32 de ellos (20%) se reportó por ultrasonido litiasis vesicular, mientras que en 128 el ultrasonido no reportó presencia de litos vesiculares (80%) . *Gráfica # 3*

Con respecto a la edad de inicio de la actividad sexual, solo considerando a las mujeres, se encontró que 4 pacientes (3%) no tenían aún actividad sexual, en 20 casos (9%) el inicio de la actividad sexual fue antes de los 15 años de edad, mientras que en 92 casos (73%) el inicio de actividad sexual fue entre los 16 y los 25 años de edad y en 10 casos (8%) la actividad sexual se inició después de los 26 años de edad . *Gráfica # 4*

Con respecto al número de embarazos, en 39 casos hubo menos de 2 embarazos (31%), y en 87 casos (69%) más de 3 embarazos. *Gráfica # 5*

Con respecto al índice de masa corporal, se encontró un índice subnormal en 4 casos (2.5 %), en 30 casos se determinó un índice (19%), el sobrepeso se encontró en 63 casos (39%) , mientras que en 48 pacientes (30%) se determinó obesidad clase I, en 8 pacientes (5%) obesidad clase II y en 6 casos obesidad clase III (4%); hubo un caso de superobesidad, con un índice de masa corporal superior a 50 (0.5%). *Gráfica # 6*

Respecto al uso de hormonales orales se encontró que 18 pacientes (14%) si refirieron uso de éstos, mientras que en 108 pacientes (86%) negaron su uso. *Gráfica # 7*

Una vez conocidos estos resultados se cruzaron los correspondientes a presencia de litos, contra aquellos de índice de masa corporal, uso de hormonales y número de embarazos, obteniendo que para la presencia de litos en el caso del índice de masa corporal (IMC) hubo un 2% de pacientes con litos, para un 17 % sin litos para un IMC normal, mientras que para el Sobrepeso hubo un 9% con litos y un 30 % sin litos y para Obesidad Clase I un 8% con litos y un 22 % sin litos . *Gráfica # 8*

Respecto al uso de Hormonales orales en relación a la presencia de litos vesiculares se encontró que un 5% de pacientes presentaron litos y referían antecedentes de uso de hormonales, mientras que un 10% usaban hormonales pero no desarrollaron litos; por otra parte un 18% desarrollaron litos sin haber utilizado hormonales orales. *Gráfica # 9*

Para el número de embarazos y su relación con el desarrollo de litiasis vesicular se encontró que un 8% de las pacientes refirieron tener menos de 2 embarazos y desarrollaron litos vesiculares, mientras que un 23% tuvieron menos de 2 embarazos pero no desarrollaron litiasis y un 15% tuvieron mas de 3 embarazos y desarrollaron litops vesiculares, mientras que un 68% tenían mas de 3 embarazos y no desarrollaron litos vesiculares . *Gráfica # 10*

Una vez conocidos estos resultados tabularon y graficaron en un programa Excel para Windows 98, realizándose evaluaciones univariadas, bivariadas y por cruce de variables y se sometieron a prueba de X^2 para lo cual se analizaron mediante un programa SPSS 11.0 para Windows habiéndose

determinado que no hubo significación estadística para las variables consideradas, tales como la prevalencia de litiasis vesicular en enfermos con hernia umbilical. En relación a los factores sugeridos como asociados al desarrollo de litiasis vesicular no se encontró un valor estadísticamente significativo para los factores tales como sexo, edad, peso, actividad sexual o uso de contraceptivos hormonales orales, no habiendo encontrado un riesgo mayor de desarrollo de litiasis vesicular en el enfermo expuesto a cada factor que en el enfermo no expuesto .

DISCUSION

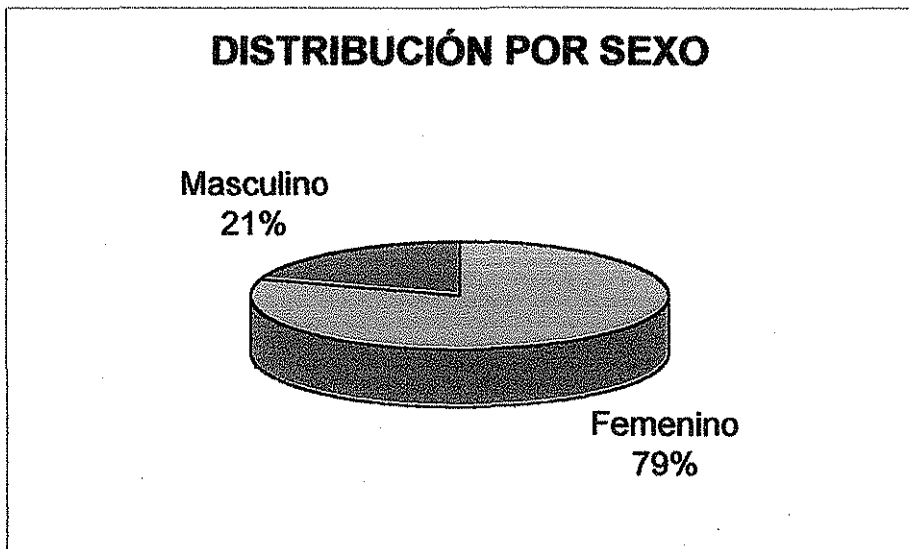
En relación a la prevalencia de Litiasis Vesicular (20%) en la población estudiada (con hernia umbilical), no se demostró una relación especial, como fue sugerido por Borges y Castillo en su observación clínica previa, ya que, siendo la prevalencia de litiasis vesicular en la población general de 12 a 15% de la población general, esta cifra de 20% en la población que padece hernia umbilical no resulta ser significativa de riesgo mayor, sino que puede ser reflejo de esa prevalencia habitual. De esta forma la práctica establecida de realizar ultrasonogramas de vesícula biliar a todos los enfermos que padecen hernia umbilical no parece justificada, por no tener estos pacientes un riesgo especial. Queda por demostrar 2 hechos, a saber, si el realizar la detección de litiasis vesicular asintomática y su cirugía “profiláctica” en verdad disminuye los riesgos de complicaciones, y si el realizar la colecistectomía en el mismo tiempo que una plastía umbilical no incrementa los riesgos por tratarse de 2 procedimientos quirúrgicos. En el primer caso sería algo a favor de continuar realizando estudios de detección, sin embargo en el segundo, podría atribuirse un incremento innecesario de los riesgos para el enfermo, por lo demás innecesarios
(58,46,1,59,61,68,69,63,64,65,70,71,72)

En el caso de los factores de riesgo asociados a litiasis vesicular, tales como el sexo femenino, edad, actividad sexual, número de embarazos, uso de hormonales orales y sobrepeso, en nuestro estudio no se encontró que alguno de ellos tenga significado estadísticamente demostrable para el desarrollo de litiasis vesicular y parecen ser solo hallazgos fortuitos o bien pudieran representar las características personales de la constitución de nuestra población, con lo cual la llamada enfermedad de las 4 F's (Forty, Female, Fatty and Fertility) no hablaría de un riesgo especial para litiasis y/o hernia umbilical, sino solo describiría las características de la población enferma o no enferma. Asimismo el realizar estudios ultrasonográficos paraa detección de litiasis vesicular asintomática a las pacientes con estas características tampoco se encuentra justificado. Lo anterior resalta en relación a la revisión de la literatura mundial en la cual desde Admirand y Small se han atribuido factores bioquímicos y endocrinos que podrían guardar relación y repercutir en el desarrollo de litiasis vesicular, y factores como el efecto hormonal asociado que siempre se ha mencionado como uno de los mas importantes, junto con el sobrepeso en nuestro estudio no resalta como algo especial .(14,47,49,73,74,75,76)

CONCLUSIONES

- ‘ No encontramos aumento en la incidencia de Litiasis vesicular en los pacientes que presentan Hernia Umbilical en comparación con los que no tienen Hernia Umbilical.
- ‘ No hay un aumento en el riesgo para presentar Litiasis Vesicular en pacientes que tienen los factores de riesgo como: Sexo femenino ,Obesidad , Multiparidad ,Uso de Hormonales o Inicio de vida sexual activa temprana.
- ‘ Se debe rescindir de realizar Ultrasonograma de Hígado y Vía Biliar de forma rutinaria ,para diagnostico de Colecistitis Crónica litiásica sintomática en los pacientes que acuden para tratarse por Hernia Umbilical.
- ‘ Se debe evaluar el Costo-Beneficio de realizar únicamente Plastia umbilical versus Plastia Umbilical más Colectectomía.

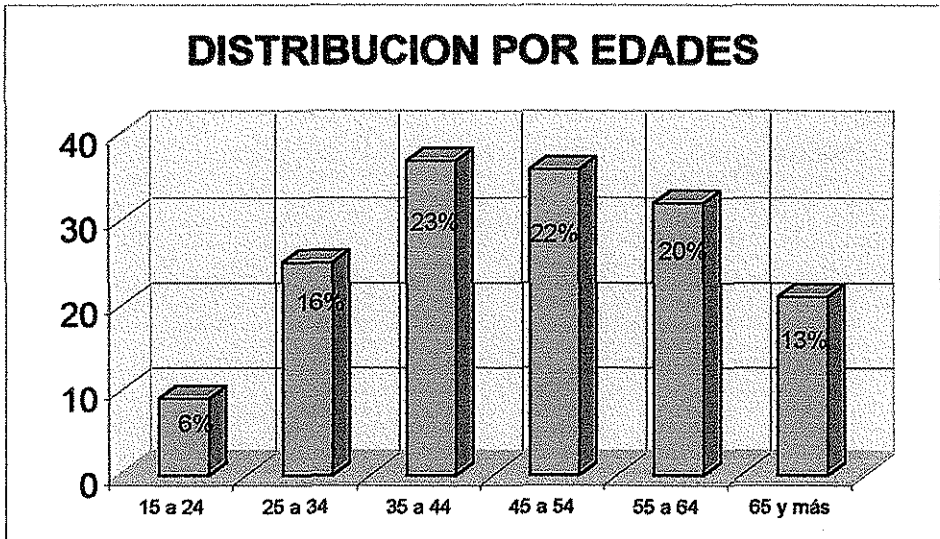
Sexo	Casos	%
Femenino	126	79
Masculino	34	21
Total	160	100



Gráfica # 1

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

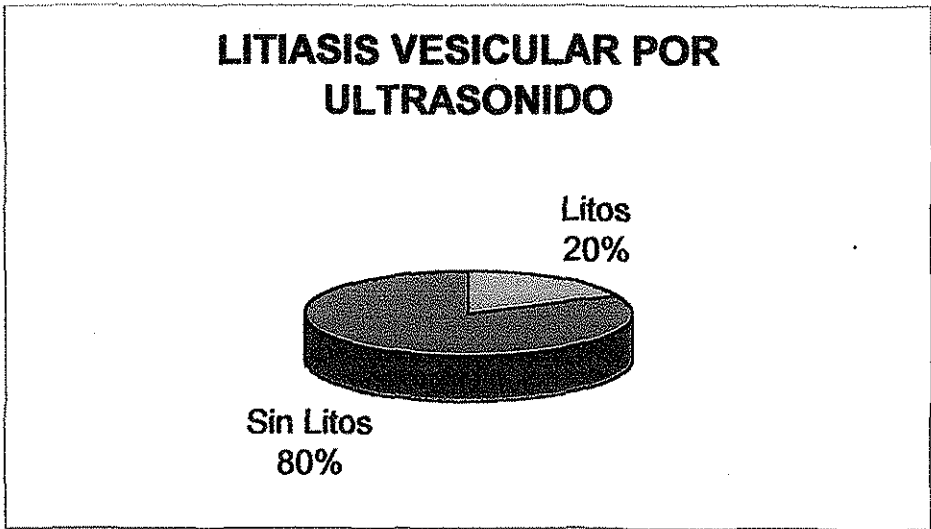
Edad	Casos	%
15 a 24 años	9	6
25 a 34 años	25	16
35 a 44 años	37	23
45 a 54 años	36	22
55 a 64 años	32	20
Más de 65 años	21	13
Total	160	100



Gráfica # 2

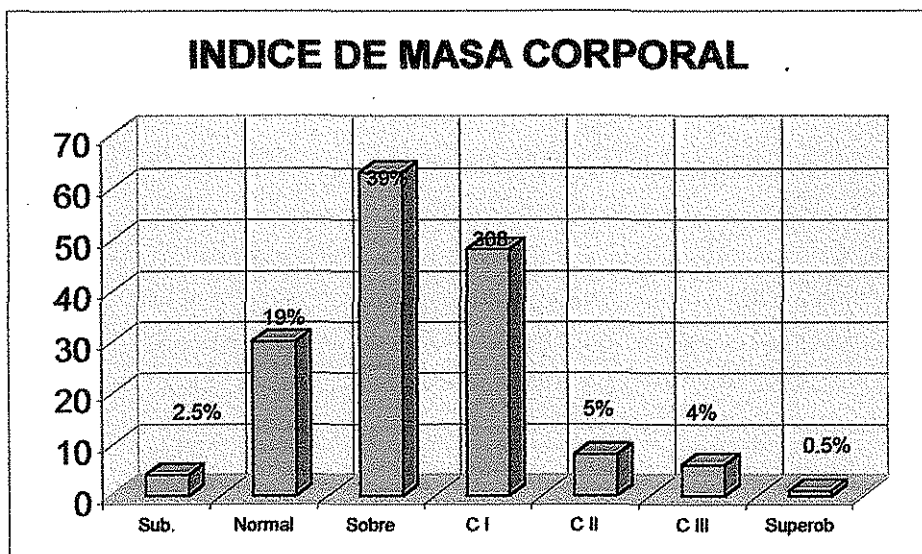
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Ultrasonografía	Casos	%
Litiasis Vesicular	32	20
Sin Litiasis Vesicular	128	80
Total	160	100



Gráfica # 3

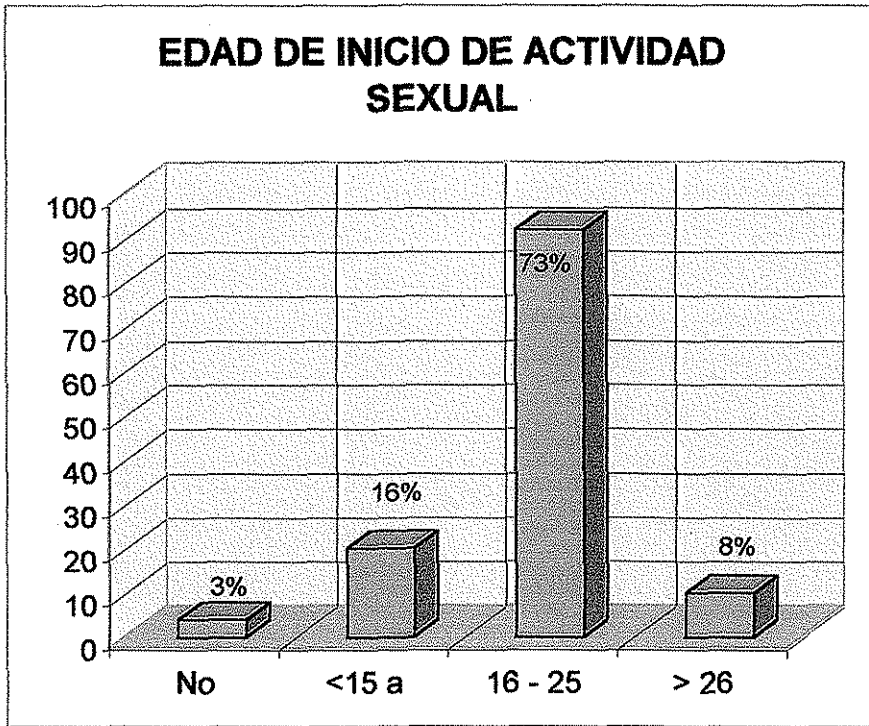
Índice de Masa Corporal	Número	%
Subnormal	4	2.5
Normal	30	19
Sobrepeso	63	39
Obesidad Clase I	48	30
Obesidad Clase II	8	5
Obesidad Clase III	6	4
Superobesidad	1	0.5
Total	160	100



Gráfica # 4

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN** 19-4

Edad de Inicio de Actividad Sexual	Casos	%
Sin actividad sexual	4	3
Antes de 15 años	20	16
16 a 25 años	92	73
Después de 26 años	10	8
Total	126	100

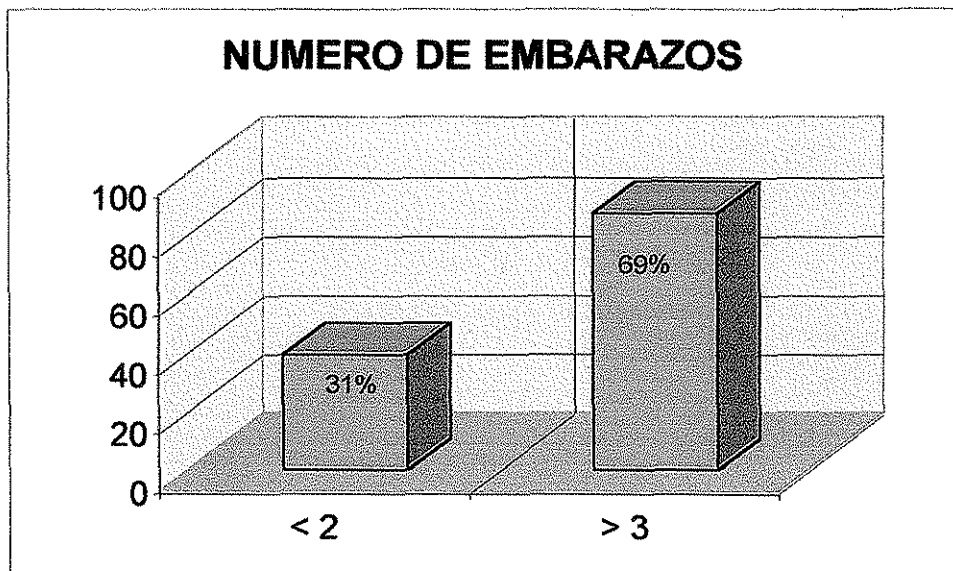


Gráfica # 5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

19-5

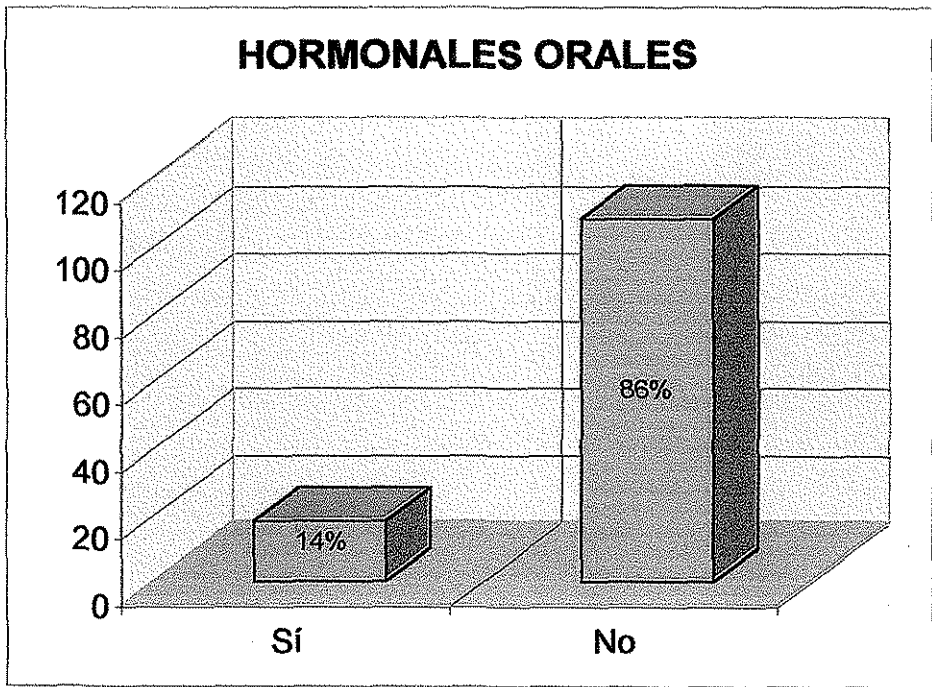
Número de Embarazos	Casos	%
Menos de 2	39	31
Más de 3	87	69
Total	126	100



Gráfica # 6

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uso de Hormonales Orales	Número	%
Sí	18	14
No	108	86
Total	126	100

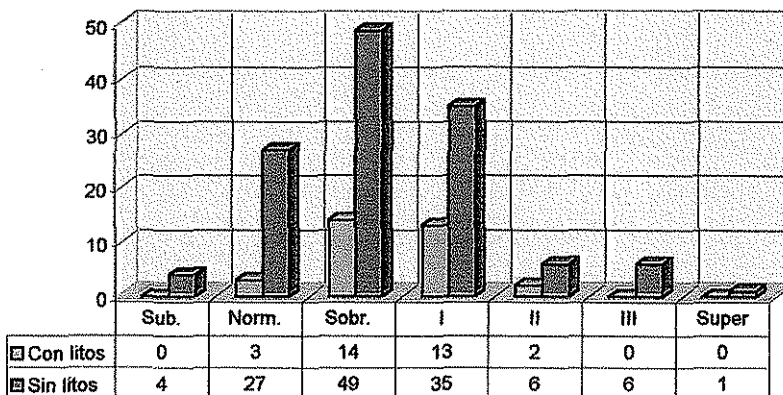


Gráfica # 7

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Indice de Masa Corporal	Con Litos	%	Sin Litos	%
Subnormal	0	0	4	2.5
Normal	3	2	27	17
Sobrepeso	14	9	49	30
Obesidad Clase I	13	8	35	22
Obesidad Clase II	2	1	6	4
Obesidad Clase III	0	0	6	4
Superobesidad	0	0	1	0.5
Total	32	20	128	80

RELACIÓN I.M.C. - LITOS



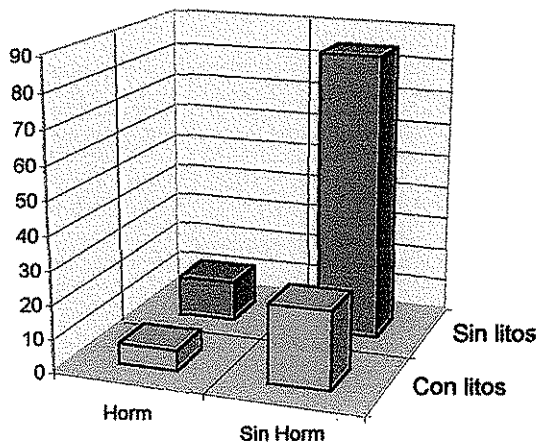
Gráfica # 8

19-8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uso de Hormonales Orales	Con Litos	%	Sin Litos	%
Sí	6	5	12	10
No	23	18	85	67
Total	29	23	97	77

RELACION HORMONALES - LITOS

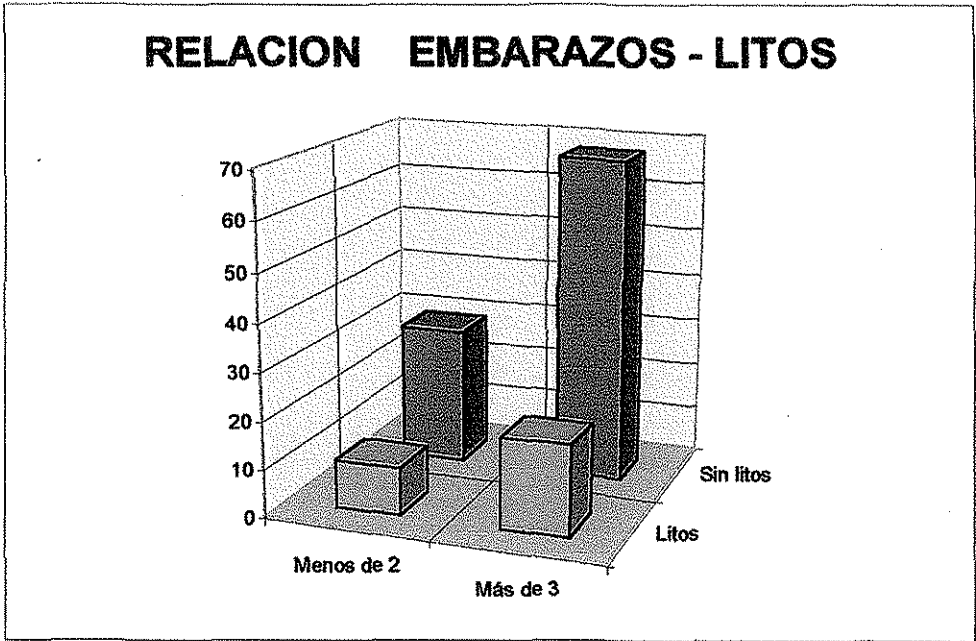


Gráfica # 9

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19-9

Numero de Embarazos	Con Litos	%	Sin Litos	%
Menos de 2	10	8	29	23
Más de 3	19	15	68	54
Total	29	23	97	77



Gráfica # 10

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

19-10

BIBLIOGRAFIA

1. Blumgart, L.H.
“Bening bile duct stricture folowing
cholecistectomy:Critical factor in manejangt”
Br J Surg 1984 Vol 71 November 836-843.
- 2.- **Craig H.**
“Cholecystitis and Cholelithiasis in the Young”
Am. J.Surg. 1947 ; **74 (1)** : 27 - 32 .
- 3.- **Cooper A.D.**
“Fisiopatología y Tratamiento de Cálculos Biliares”
Clin. Quir. Nort. Am. 1992 ; **3** : 807 - 32 .
- 4.- **Grace N.**
“Cholecystitis in Childhood”
Clin. Pediatr. 1977 ; **16 (2)** : 179 - 81 .
- 5.- Atili, Adolfo F.
“The Natural History of Gallstones:The GREPCO
Experience”
Hepatology, 1995; Marzo 21; 656-660.

- 6.- Atilli, A. F.
“Epidemiology of Gallstones Disease in Italy:
Prevalence Data of the multicenter Italian Study on
Cholelithiasis”
Am J Epidemiology Vol 141 No 2, 1995:158-165(1986)
- 7.- Balzer, K.
“Epidemiology of Gallstones in a German Industrial
Town(Essen)from “
Digestion 33:189-197(1986).
- 8.- Caroli, B. F.
“Prevalence of Cholelithiasis Results of and
Epidemiologic in Vidavaun Southeast France”
Digestive Diseases and Sciences Vol 44 No 7
July 1999.1322-1329.
- 9.- **Whittington P.F.**
“Cholelithiasis in Premature Infants Treated with
Parenteral Nutrition and Furosemide”
J. Pediatr. ; 1980 ; **97 (4)** : 647 - 9
- 10.- **Andrassy R.J.**
“Gallbladder Disease in Children and Adolescents”
Am. J. Surg. , 1976 ; **132** : 19 - 21 .

- 11.- **Strauss R.G.**
“Cholelithiasis in Childhood”
Am. J. Dis. Child. 1969 ; **117** : 689 - 92 .
- 12.- **Glenn F.**
“Primary Gallbladder Disease in Children”
Ann. Surg. 1954 ; **139** : 302 - 11 .
- 13.- **Bass H.N.**
“Gallbladder Disease in Childhood”
Clin. Pediatr. 1970 ; **9 (4)** : 229 - 31 .
- 14.- Admirand, w.h./ Small,D. M.
“The Physicochemical Basis of Cholesterol
Gallstones formation in Man”.
J.Clin Invest 1968 47:1043-1052.
- 15.- Erlinger S.
“Mechanism and control of Secretion of Bile Water and
Electrolytes”
Gastroenterology 1974; 66(2) 281-304.
- 16.- Bennon , L. J.
“Risk factors for Development of Cholelithiasis in
Man”.
New England J Med 1978 ; 299 (21) 1161 – 1167.

- 17.- Thistle , J. L.
“Induced Alimention in Composition of Bile of Person
Having Cholelithiasis”
Gastroenterology 1971 ; 61 (4) : 488-496.
18. “Cholelithiasis and Cholecystitis in Chilhood”
Am. J. Surg. 1984 ; **148** : 742 - 4 .
- 19.- **Holcomb G.W.**
“Cholelithiasis in Infants, Children and Adolescents”
Ped. Rev. 1990 ; **11 (9)** : 268 - 74 .
- 20.- **Maclure K.M.**
“Weight,Diet,and the Risk of Symptomatic Gallstones
in Middle - Aged Women”
N. Engl. J. Med. 1989 ; **321 (9)** : 563 - 8 .
- 21.- **Lily J.R.**
“Common Bile Duct Calculi in Infants and Children”
J. Pediatr. Surg. 1980 ; **15 (4)** : 577 - 80 .
- 20.“Increased Prevalence of Cholelithiasis in Men Ingesting
a Serum - Cholesterol - Lowering Diet”
N. Engl. J. Med. 1973 ; **288 (1)** : 24 - 7 .

- 23.- **King D.R.**
“Parenteral Nutrition with Associated Cholelithiasis”
J. Pediatr. Surg. 1987 ; **22 (7)** : 593 - 6
- 24.- **Macmillan R.W.**
“Cholelithiasis in Childhood”
Am. J. Surg. 1974 ; **127** : 689 - 92 .
- 25.- **Gerrish E.W.**
“Surgical Jaundice in Infants and Children”
Arc. Surg. 1948 ; **33** : 529 - 31 .
- 26.- **Grodstein F.**
“A Prospective Study of Symptomatic Gallstones in Women : Relation with Oral Contraceptives and Other Risk Factors”
Obstet. & Gynecol. 1994 ; **84 (2)** : 207 - 13 .
- 27.- **Valdivieso V.**
“Pregnancy and Cholelithiasis”
Hepato 1993 ; **17 (1)** : 1 - 4 .
- 28.- **Scragg R.K.**
“Oral Contraceptives, Pregnancy and Endogenous Estrogen in Gallstones Disease”
Br. Med. J. 1984 ; **288** : 1795 - 9 .

- 29.- **Bennion L.J.**
“Effects of Oral Contraceptives on Gallblader Bile of Normal Women”
N. Engl. J. Med. 1976 ; **294 (4)** : 189 - 92 .
- 30.- **Bennion L.J.**
“Oral Contraceptives Raise the Cholesterol Saturation of Bile Increasing Biliary Cholesterol Secretion”
Metab. 1980 ; **29 (1)** : 18 - 22 .
- 31.- **Wingrave S.J.**
“Oral Contraceptives and Gallblader Disease”
Lancet 1982 ; **30** : 957 - 9 .
- 32.- **Jorgensen T.**
“Gallstones in a Danish Population”
Gut 1988 ; **29** : 433 - 9 .
- 33.- **Boston Collaborative Drug Surveillance Programme**
“Oral Contraceptives and Venous Tromboembolic Disease, Surgically Confirmed Gallblader Disease, and Breast Tumours”
Lancet 1973 ; **23** : 1399 - 404 .

- 34.- **Nervi F.**
“Influence of Legume Intake on Biliary Lipids and Cholesterol Saturation in Young Chilean Men”
Gastroenterol. 1989 ; **96 (3)** : 825 - 30 .
- 35.- **Angelico M.**
“Gallstones in Cystic Fibrosis”
Hepatol. 1991 ; **14 (5)** : 768 - 75 .
- 36.- **Cavallinni A.**
“Serum and Bile Lipids in Young Women with Radioluscent Gallstones”
Am. J. Gastroenterol. 1987 ; **82 (12)** : 1279 - 82 .
- 37.- **Sarli L.**
“Cholesterol Crystals in Biliary Microlithiasis”
Int. Surg. 1989 ; **74** : 104 - 6
- 38.- **Stricharts S.D.**
“Pigment Gallstones Formation and Altered Ion Transport”
Am. J. Surg. 1989 ; **157** : 163 - 7 .
- 39.- **Sampliner R.S.**
“Gallblader Disease in Pima Indians”
N. Engl. J. Med. 1970 ; **17** : 1358 - 64 .

- 40.- **Commes L.J.**
“Clinical Gallbladder Disease in Pima Indians”
N. Engl. J. Med. 1967 ; **26** : 894 - 8 .
- 41.- **Ariyan S.**
“Cholecystitis and Cholelithiasis Masking as
Abdominal Crises in Sickle Cell Disease”
Pediatrics 1976 ; **58 (2)** : 252 - 8 .
- 42.- **Rosenfield N.**
“Cholelithiasis in Wilson Disease”
J. Pediatr. 1978 ; **92 (2)** : 210 - 3 .
- 43.- **Man D.W.K.**
“Choledocolithiasis in Infancy”
J. Pediatr. Surg. 1985 ; **20 (1)** : 65 - 8 .
- 44.- **Holcomb G.W.**
“Laparoscopic Cholecystectomy in Infants”
J. Pediatr. Surg. 1994 ; **29** : 86 - 7 .
- 45.- **Ware R.E.**
“Laparoscopic Cholecystectomy in Young”
J. Pediatr. 1992 ; **120 (1)** : 58 - 61 .

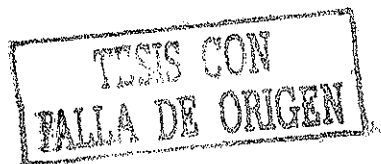
- 46.- Albores, S. J.
“Algunas consideraciones sobre 9412 autopsias realizadas en el Hospital General de Mexico”
Gaceta Med Mex 1971; 102: 193-203.
- 47.- Dielh,A.
“Epidemiology and Natural History of Gallstone Disease “
Gastroenterology Clinics of North America
Vol 20,No 1 March 1991:1-19.
- 48.- Farinon , A. M.
“Multivariate Analysis for predicting the presence of the bacteria and tehe bile in patients with acute cholecistitis”
Eur J Surg 159: 531-534,1993.
- 49.- Friedman, Gari D.
“Natural History of Asymptomatic and Symptomatic Gallstones”
The Am J Of Surgery Vol 165 April 1993 : 399-404.
- 50.- Gracie, W.
“The Naturl History of Silent Gallstones “
The New England Journal of Medicine
Sep 1982 : 265-267.

- 51.- Grande, M.
“Infection after Cholecistectomy”
Eu J Surg 158: 109-112 ,1992.
- 52.- Houssini, D.
“Microlithiasis of the Gallbladder”
Surgery ,Ginecology and Obstetrics,
July,1983 Vol 157 20-24.
- 53.- Jorgesen, T.
“Abdominal Symptoms and Gallstone Disease ;
An Epidemiological Investigation”
Hepatology Vol 9 No 6 856-860,1989.
- 54.- Stam,M.
Int J Obest Relat Metab Disord
22: 988-992 ,1998.
- 55.- Lervite, L.
Rev And Pat Diges
Vol 22,No Extra,1999,99:53
- 56.- Nutrici[on y Salud Publica
Metodos,Bases cientificas y aplicaciones .
Masson,S.A. 1995,237-243.

- 57.- Gonzalez
Rev Inv Clin 1993 ; 45:13
- 58.- Romero, C. ;Borges,R.
“Relacion entre Hernia Umbilical y Colelitiasis”
Revista Medica del Hospital General de Mexico
1970,Oct ;33(10): 687-694.
- 59.- Dielh, A.
“Socioeconomic Status and the prevalence of Clinical
Gallbladder Disease “
J C hron Dis 1985 Vol 38 No 12 1019 – 1026.
- 60.- Gonzalez , V.
“Prevalence of Gallbladder Disease and Associated
clinical variables in low income Population of Mexico
city”
Arche Medical Reseach Vol 27 No 2 237 – 241, 1996.
- 61.- Gonzalez ,V.
“High Prevalence of Cholelithiasis in a low income
Population :An Ultrasonographic Survey”
Arch of Medical Reseach Vol 27 No 2 237-241
1996.

- 62.- Hanis ,C. L.
“Gallbladder Disease Epidemiology in Mexican
Americans in Starr Country Texas.”
Am J Of Epidemiology Vol 122 No 5 820-829,1985.
- 63.- Mc Sherry,Ch.
“The Natural History of Diagnosed Gallstone Disease in
Symtomatic and Asyntomatic Patients”
New York 1984,59-63.
- 64.-Mendez,S.;Uribe,E.
“Caracteristicas de Litiasis Biliar en Mexico”
La Rev Inv Clin (Mex) 1990,(supl) 42:48-52.
- 65.- Mendez,S. ;Uribe E.
“Prevalence of Gallstone in Mexico”
Digestive Disesease and Sciences Vol 38 No 4
April 1993 , 680-683.
- 66.-Mendez ,S. ;Uribe E.;Ponciano,R.
“Gallstone Composition in Mexicans Patients
Arch of Medical Research Vol 26 No 4
415-449 ,1995.

- 67.- Orozco,H.
“ Long-Term Evolution of Asymptomatic Choletithiasis
Diagnosed During Abdominal Operations for Variceal
Bleeding in patients Whith Cirrhosis”
The American Journal of Surgey, Vol 168, Sep 1994
232-234.
- 68.- Nelson,J.
“In vivo and Post mortem Gallstones:Support of
vialidity of the Epidemiology necropsy Screening
Technique”
Am J Epidemiology Vol 133 No 9 1991 922-931.
- 69.- Marshall, J.
Current opinion in Gallstone manejament postgraduate
Medicine.
Vol 95 No 5 April 1994; 115-125.
- 70.- Sandberg,A.
“Accidental lessions of the common Bile Ducts
at Cholecistectomy”July 1984 : 452-455.
- 71.- Traveso, W.
“Clinical manifestations and Impact of Gallstone
Disease”
The American Journal of Surgery Vol 165
April 1993; 405-409.



- 72.- Uribe, E.
“Litiasis Biliar Asintomatica (Vigilar o Tratar)”
Rev Gastroenterolo Mex 1996:
61,4(supl 2):96-98.
- 73.- Mendez,S. ; Uribe E.
“Pathophysiology of Cholesterol Gallstone Disease “
Arch of Medical Research Vol 27,No 4 , 433-441,
1996.
- 74.- The Rome Group for Epidemiology and Prevention of
Cholelithiasis(GREPCO).
“Gallstones :Epidemiological Advance versus
Preventive Stalernate.”
The Lancet ,Vol 135,Jan 6 1990 ; 21-22.
- 75.- GREPCO.
“The epidemiology of Gallstone Disease in Rome,Italy
PART II,Factor Associats whith the Disease “
Hepatology,1998 .vol 8 No 4 :907-913.
- 76.- Mendez,S. ; Vega H.
“Risk Factor for Gallstone Disease in Mexicans Are
similar to those Found in Mexicans-Americans”
Digestive Diseases and Sciences Vol 43,No 5
(May 1998):935-939 .

