



Artículo de Investigación

Colecistectomía subtotal y su relación con la última crisis de dolor

Subtotal Cholecystectomy and Its Association with the Most Recent Pain Episode

César Elionet Germán Castro¹  , Edduin Eduardo Gómez Espinola²  ,
Hector Julio Tejada Alejo³  , Walezka Margarita Morillo Gonzalez⁴  ,
Neida Del Valle Guaita Sanchez⁵  

¹ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Guayaquil, Ecuador

² Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Caracas, Venezuela

³ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, Rio de Janeiro, Brasil

⁴ Cirujano General y Cardiovascular, Investigador Independiente, Caracas, Venezuela

⁵ Cirujano General y Laparoscópico, Investigador Independiente, La Guaira, Venezuela

Recibido: 2025-05-01 / **Aceptado:** 2025-06-02 / **Publicado:** 2025-07-01

RESUMEN

La colecistectomía subtotal es una posibilidad terapéutica conocida por su cualidad protectora de la vía biliar, manteniendo bajas tasas de morbilidad y mortalidad, por su parte, la última crisis de dolor, en teoría es la identificación por parte del paciente sobre el estado estructural actual de la vía biliar y su vesícula, al respecto, la investigación se inserta en las áreas y líneas de investigación prioritarias propuestas por Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) referidas a Área de Investigación: Salud y enfermedad de la población desde la Epidemiología Crítica. Líneas / Proyectos: La determinación social de la salud en el proceso salud enfermedad, en tal sentido, se plantea como objetivo principal analizar Prevalencia de Colecistectomía Subtotal y su Relación con Última Crisis de Dolor, en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González, 2022 – 2024. Utilizando un estudio de campo, descriptivo, de corte transversal, prospectivo, aplicado a una población a ser atendido en el periodo indicado. Se utilizará como técnicas la observación y la revisión documental. Luego de ello se analizarán los resultados obtenidos, para generar conclusiones, recomendaciones y propuesta. La colecistectomía difícil continúa siendo una de las indicaciones más frecuentes para conversión a cirugía abierta y en muchos casos a Colecistectomía Subtotal. Realizar una cirugía temprana, evita la progresión de la inflamación y de la infección, que dificultan técnicamente la disección.

Palabras clave: colecistectomía subtotal, colecistectomía segura, colecistitis, dolor

ABSTRACT

Subtotal cholecystectomy is an available therapeutic possibility, which decreases the conversion rate in laparoscopic surgery and maintains low morbidity and mortality rates. In this regard, the research is inserted in the priority areas and lines of research proposed by the Ministry of People's Power for Health (MPPS) referring to Research Area: Health-disease of the population from Critical Epidemiology; Lines / Projects: The social determination of health in the health-disease process. In this sense, the main objective is to analyze the prevalence of subtotal cholecystectomy and its relationship with the last pain crisis, in patients treated at the Dr. Ricardo Baquero González Hospital, 2022 - 2024 Using a descriptive, cross-sectional, retrospective, prospective field study, applied to a population to be treated in the indicated period. Observation and documentary review will be used as techniques. After that, the results obtained will be analyzed to generate conclusions, recommendations and a proposal. Difficult cholecystectomy remains one of the most frequent indications for conversion to open surgery. Performing surgery early, avoiding the progression of inflammation and infection, which make dissection technically difficult.

keywords: safe cholecystectomy, subtotal cholecystectomy, cholecystitis, pain

RESUMO

A colecistectomia subtotal é uma possibilidade terapêutica reconhecida por sua qualidade protetora das vias biliares, mantendo baixas taxas de morbimortalidade. Por sua vez, a última crise de dor, em teoria, representa a identificação, por parte do paciente, do estado estrutural atual das vias biliares e da vesícula biliar. Nesse contexto, a pesquisa se insere nas áreas e linhas de investigação prioritárias propostas pelo Ministério do Poder Popular para a Saúde (MPPS), referentes à Área de Investigação: Saúde e doença da população a partir da Epidemiologia Crítica. Linhas / Projetos: A determinação social da saúde no processo saúde-doença. Nesse sentido, o objetivo principal é analisar a Prevalência da Colecistectomia Subtotal e sua Relação com a Última Crise de Dor em pacientes atendidos no Hospital Dr. Ricardo Baquero González, no período de 2022 a 2024. Foi utilizado um estudo de campo, descritivo, de corte transversal, prospectivo, aplicado a uma população atendida no período indicado. Como técnicas, foram empregadas a observação e a revisão documental. Posteriormente, os resultados obtidos serão analisados para gerar conclusões, recomendações e propostas. A colecistectomia difícil continua sendo uma das indicações mais frequentes para conversão à cirurgia aberta e, em muitos casos, à colecistectomia subtotal. Realizar a cirurgia precocemente evita a progressão da inflamação e da infecção, que dificultam tecnicamente a dissecação.

palavras-chave: colecistectomia subtotal, colecistectomia segura, colecistite, dor

Forma sugerida de citar (APA):

Germán Castro, C. E., Gómez Espinola, E. E., Tejada Alejo, H. J., Morillo Gonzalez, W. M., & Guaita Sanchez, N. D. (2025). Colecistectomía subtotal y su relación con la última crisis de dolor. *Revista Científica Multidisciplinar SAGA*, 2(3), 154-163. <https://doi.org/10.63415/saga.v2i3.154>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, especialmente en la última década se ha puesto de manifiesto que el abdomen agudo quirúrgico ha sido considerado como uno de los principales problemas de resolución quirúrgica en los adultos, situación que no se ha mantenido aislada para América Latina y El Caribe, según registros estadísticos llevados por la OMS y OPS a nivel mundial revelan que una de las principales causas de morbilidad son las patologías de la vía biliar, dentro de ellas, la colecistitis aguda. La colecistitis aguda corresponde a una inflamación de la vesícula biliar (Koti). Un gran porcentaje de los casos, corresponde a una complicación de la colelitiasis (colecistitis litiásica), generalmente, por obstrucción del conducto cístico, con distensión e inflamación, además a una infección asociada. El diagnóstico se centra en la clínica, estudios paraclínicos y estudios imagenológicos. La clínica de la colecistitis aguda se caracteriza por dolor abdominal del cuadrante superior derecho persistente, con hipersensibilidad asociado a una resistencia a la palpación. (Gaitán, 2018 p.67).

Es de destacar, que la colecistectomía laparoscópica actualmente es un procedimiento quirúrgico que se realiza frecuentemente a nivel mundial en el campo de la cirugía general, por lo que es fundamental que el cirujano conozca los distintos escenarios al momento de enfrentarse con un escenario complejo desde la conversión a abierta en consonante con la conversión de colecistectomía total a subtotal. La colecistectomía subtotal, es una técnica descrita para el manejo de la colecistitis aguda que se considera segura a corto plazo y de las cuales las complicaciones postoperatorias son mínimas.

Cabe recalcar que es necesario considerar la colecistectomía subtotal como una alternativa, cuando después de una adecuada disección, no se logra identificar las estructuras anatómicas y no se obtiene la visión crítica de seguridad, por su objetivo protector la técnica describe una sección parcial de la vesícula que incluye la extracción de los cálculos y concluye con diferentes modalidades para manejo del muñón. Esta técnica cursa con baja morbilidad y con un abanico de ventajas conocidas para la cirugía biliar. (Ricardo, 2016)

El dolor subcostal derecho es una de las claves para identificar la inflamación de vesícula biliar. Según la novena edición del tratado Principios de Cirugía de Schwartz, el principal síntoma relacionado con los cálculos biliares es el dolor, localizado en el cuadrante superior derecho y que a menudo se irradia a la parte superior derecha de la espalda o entre las escápulas. El dolor es muy intenso y se presenta de forma súbita, por lo común durante la noche o después de una comida grasosa. Por lo que hablar de la última crisis dolorosa nos referimos también al último episodio inflamatorio identificado por el paciente.

Eldar y cols en Israel investigaron específicamente los efectos del retraso de más de cuarenta y ocho horas en la colecistectomía laparoscópica bien por el paciente o por el cirujano. Encontraron que las tasas de conversión (Laparoscópica a abierta) y la incidencia de complicaciones infecciosas era mayor cuando se producía ese retraso.

En tal sentido, el presente trabajo de investigación pretende correlacionar la realización de colecistectomía subtotal y su relación con la última crisis del dolor en pacientes atendidos en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González para el periodo 2022- 2024,

De igual manera, la investigación se inserta en las Áreas y líneas de investigación prioritarias referidas al **Área de Investigación:** Salud enfermedad de la población desde la Epidemiología Crítica; la cual pretende Propiciar intercambio de saberes y experiencias para producir conocimientos que permitan la identificación y comprensión del proceso salud enfermedad en la sociedad, su determinación social y distribución desigual, los procesos nocivos y protectores, su relación con los modos de producción y de vida y cómo se expresa en los espacios sociales y estadios de la vida. Así mismo, se enmarca en las **Líneas/ Proyectos:** La determinación social de la salud en el proceso salud enfermedad.

METODOLOGÍA

Paradigma de la Investigación:

El paradigma positivista, también denominado paradigma cuantitativo, empírico-

analítico racionalista, es el paradigma dominante; el positivismo es una escuela filosófica que defiende determinados supuestos sobre la concepción del mundo y del modo de conocerlo, por lo que se extienden las características del positivismo a las dimensiones del paradigma.

Tipo de Investigación:

El tipo de investigación seleccionada para cualquier estudio dependerá en gran medida de los objetivos que se planteó el investigador. En este caso en particular el trabajo tendrá como objetivo Analizar Prevalencia de Colecistectomía Subtotal y su relación con Última Crisis de Dolor, en pacientes atendidos en el hospital Dr. Ricardo Baquero González, 2022 – 2024.

Diseño de la Investigación

La investigación prospectiva no experimental, consiste en estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos.

Población y Muestra

En esta investigación el universo estará conformado por los pacientes intervenidos por Litiasis Vesicular por el servicio de Cirugía General de nuestro Hospital Escenario, Dr. Ricardo Baquero González. En contexto, la colecistectomía Subtotal es un procedimiento alternativo poco frecuente, por lo que se incluirán a la investigación el total de las colecistectomías subtotal, que cumplan con los criterios de inclusión que debe estar entre el 2 - 8% del universo.

Criterios de Inclusión

- Pacientes cuyas edades oscilan de 18 a 80 años.
- Pacientes del sexo femenino.
- Pacientes del sexo masculino.
- Pacientes intervenidos por Litiasis Vesicular por el Servicio Hospital Dr. Ricardo Baquero González
- Deseos de participar en la investigación.

Criterios de exclusión

- Pacientes de otros centros de salud.
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes mayores de 80 años
- Pacientes intervenidos por otros servicios de cirugía general.
- Pacientes que no desearon participar de la investigación.

Técnica de recolección de datos

Para este estudio la técnica de recolección de datos será a través de la observación directa, así como la recolección de datos en ficha técnica, revisión y cotejo de historias clínicas de los pacientes intervenidos, durante el periodo 2022 – 2024 por colecistectomía subtotal.

Procedimientos de recolección de los datos

Para llevar a cabo la investigación se procederá de la siguiente forma:

- Se utilizará como técnica la Observación Directa.
- Entrevista directa enfocada a través de ficha de recolección de datos.
- Se aplicarán para la recolección de datos a través del cotejo de las historias clínicas de los pacientes objeto de estudio
- Se tabularán los datos encontrados relacionados con el estudio

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de Pacientes Según Tipo de Colecistectomía Realizada

Tipos de colecistectomía	Frecuencia	Porcentaje
Colecistectomía Laparoscópica	41	20.91%
Colecistectomía Laparoscópica Convertida a Abierta	1	0.51%
Colecistectomía Convencional o Abierta	155	79.08%
Colecistectomía Abierta	139	70.91%
Total		
Colecistectomía Subtotal	16	8.16%
Colecistectomía Subtotal Aplicable a Investigación	14	7.14%
Total	196	100

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Esta investigación estuvo constituida por 196 pacientes conformando el 100% de la población de los 41 se realizaron Colecistectomía Laparoscópica, representando el 20.91 % de la población, de las cuales se convirtió a Cirugía Subtotal abierta 1 caso, representado 0.51 % de la población, en este contexto los pacientes seleccionados para cirugía Convencional o Abierta fueron en total 155 expresándose en un 79.08% de la población general, de los cuales 139 resultaron en Colecistectomía Total Abierta, 16 casos de la población general se realizó Colecistectomía Subtotal, excluidos 02 pacientes que indicaron no desear participar de la investigación, siendo los casos e Colecistectomía Subtotal aplicables a la investigación 14 figurando en un 7.14% de la investigación. Esta muestra es mayor a la de Sierra 2020, que representó un 2% de su universo, y poco menor a la de Quizhpi 2029 que estuvo constituida por el 8,7 % de su universo, por lo que el resultado sobrepasa el valor promedio, siendo así ideal y sustentable para la investigación.

Tabla 2

Prevalencia por genero de los pacientes atendidos

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	3	21%
Femenino	11	79%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

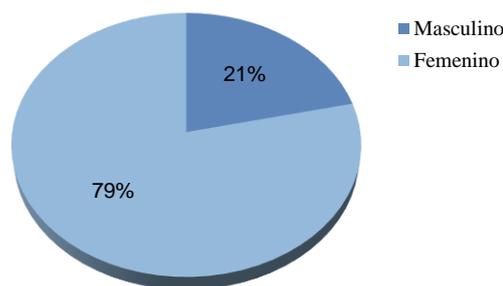


Gráfico 1
Prevalencia del genero

De los resultados obtenidos se tiene que la prevalencia en cuanto al género fue 79% para el sexo femenino en consonancia.

Tabla 3
Prevalencia de edad de los pacientes atendidos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
35 a 45	3	22%
45 a 55	7	50%
55 a 65	2	14%
65 y más	2	14%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

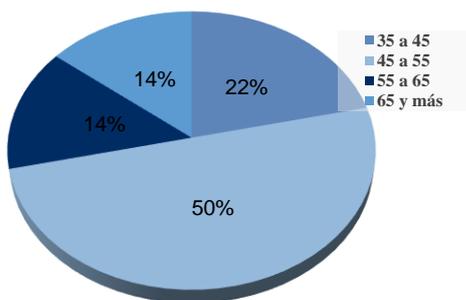


Gráfico 2
Prevalencia de edad

Luego de revisadas las historias clínicas se evidencian que la edad prevalente de los pacientes atendidos fue cuyas edades oscilan de 45 a 55 años en un 50% de los casos.

Tabla 4
Tiempo previo de los síntomas al acto quirúrgico

Tiempo de los síntomas	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	1	7%
1 a 10 años	10	72%
10 a 20 años	2	14%
20 a 30 años	1	7%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

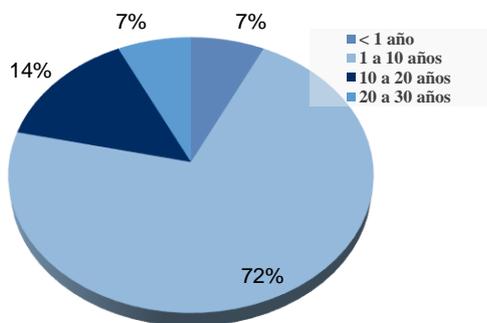


Gráfico 3
Tiempo previo de los Síntomas al acto quirúrgico

Luego de revisadas las historias clínicas se evidencian que el 72% de los pacientes atendidos manifestaron los síntomas de la patología en un lapso de 1 a 10 años

Tabla 5
Tiempo previo del diagnóstico antes del acto quirúrgico

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
< 1 año	7	50%
1 a 10 años	6	43%
10 a 20 años	1	7%
20 a 30 años	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

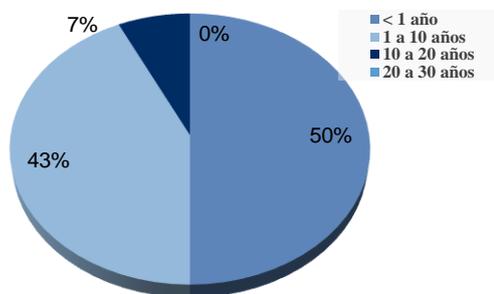


Gráfico 4
Tiempo previo del diagnóstico antes del acto quirúrgico

Luego de revisadas las historias clínicas se evidencian que el 50% de los pacientes atendidos, fueron diagnosticadas en un lapso menor a 1 año para el 50% de los casos seguidos en un 43% de los casos de los diagnosticados en menos de 10 años.

Tabla 6
Tiempo de última crisis de dolor antes del acto quirúrgico

Tiempo del dolor	Frecuencia	Porcentaje
< 6 semanas	1	7 %
> 6 Semanas	13	93 %
Total	14	100 %

Fuente: Instrumento de recolección de datos

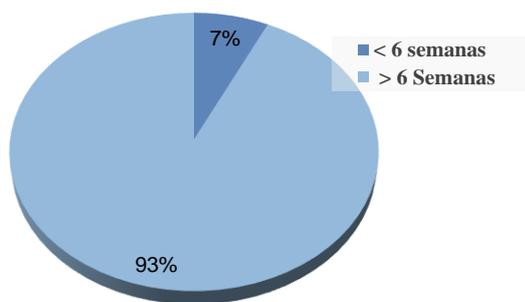


Gráfico 5

Tiempo de última crisis de dolor antes del acto quirúrgico

De los pacientes atendidos, se evidenció que el 93% de los casos manifestaron crisis dolorosa en más de 6 semanas previas al acto quirúrgico.

Tabla 7

Utilización de dren post acto quirúrgico

Utilización de Dren	Frecuencia	Porcentaje
SI	8	57%
NO	6	43%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

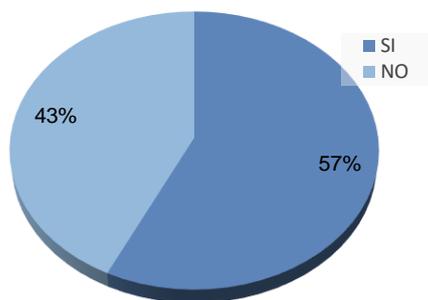


Gráfico 6

Utilización de Dren posterior al acto quirúrgico

De los pacientes atendidos, se evidenció que el 57% de los casos posterior al acto quirúrgico se les colocó dren.

Tabla 8

Escala del dolor Test EVA

Escala del Dolor	Frecuencia	Porcentaje
Leve	12	86%
Moderado	2	14%
Severo	0	0%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

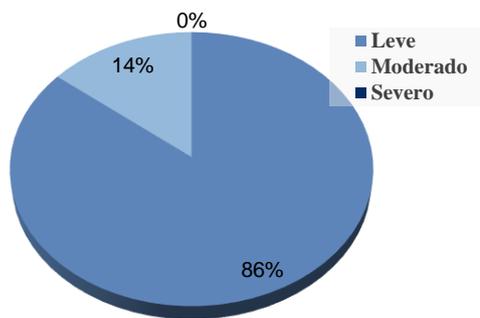


Gráfico 7

Escala del dolor Test EVA

Posterior al acto quirúrgico se evaluó a través de la Escala de Eva a los pacientes, donde se obtuvo que en el 86% de los casos la intensidad del dolor fue leve.

Tabla 9

Índice inmunidad - Inflamación Sistémica

Índice Inmunidad Inflamación Sistémica	Frecuencia	Porcentaje
> 500	12	86%
< 475	2	14%
Total	14	100%

Fuente: Instrumento de recolección de datos

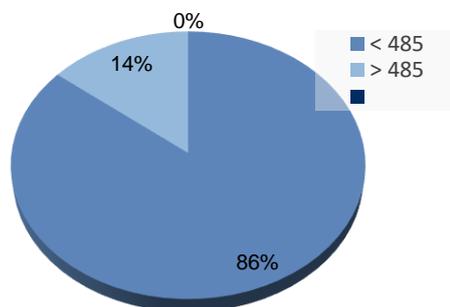


Gráfico 8

Valor de IIS

Previo al acto quirúrgico, los valores del índice inmunidad - inflamatorio sistémico tomados de la hematología completa de los pacientes, donde se obtuvo que en el 86% de los casos estuvieron mayor al rango percentil promedio de 475 - 500 tomado como punto de corte para esta investigación.

DISCUSIÓN

De los 196 pacientes que fueron llevados a colecistectomía en el Hospital Dr. Ricardo Baquero González en el período de estudio, a 14 (7,14 %) se les practicó una colecistectomía subtotal. Dos de ellos cumplió criterios de

exclusión, por lo que 14 fueron incluidos en el análisis. La distribución por género fue 79% para el sexo femenino. y 21% hombres, y la edad promedio al momento de la intervención fue de 45 a 55 años para un 50% de los casos atendidos. Un (1) paciente fue operado en un contexto urgente y trece (13) de ellos fueron cirugías electivas, concordando así estos ítems con la investigación de Salinas de 2017. El 72% de los pacientes atendidos manifestaron los síntomas de la patología en un lapso de 1 a 10 años. Sin embargo, del paciente intervenido por urgencia, tenía una evolución de los síntomas menor a 7 días mientras que el resto de ellos superior de 6 semanas lo que representa la relación entre el colecistectomía subtotal y la última crisis de dolor.

En los casos estudiados, las características demográficas no varían significativamente con respecto a los demás pacientes con enfermedad biliar (principalmente mujeres, entre los 45 y 55 años). Ha sido motivo de investigación el momento óptimo para realizar una colecistectomía en el contexto urgente y algunos estudios han mostrado cómo la disección se facilita y la recuperación es más acelerada cuando se opera en la fase aguda al compararla con la subaguda (tiempo de síntomas mayor de 3 días). Es importante tener en cuenta que cuando los pacientes se presentaron a nuestro servicio de urgencias ya tenían en promedio 7 días de síntomas y esto se podría comportar como un factor preoperatorio para sospechar de antemano una colecistectomía difícil, como esta descrito por diversos autores, sin embargo en nuestra investigación el 97% no anticiparon la colecistectomía difícil, que resultaron en colecistectomías subtotales.

El Índice inmunidad - inflamación fue en promedio de 485, significativamente predictivo para las catástrofes transoperatorias que destinaron la realización de un procedimiento protector de la vía biliar. Mientras que principal hallazgo quirúrgico que motivó la realización de colecistectomía subtotal fue la no visualización del triángulo hepatocístico.

Un procedimiento quirúrgico estimula una serie de cambios hormonales y metabólicos

que conforman una respuesta al estrés. Se ha demostrado que la respuesta al estrés está asociada con la percepción de dolor postoperatorio (Torres, 2013 p. 21). Una evaluación correcta del dolor postoperatorio debe permitir la prescripción adecuada de analgesia en cada paciente proporcionando así un mejor curso postoperatorio.

El método más ampliamente utilizado para cuantificar el dolor es la EVA, pero hay que tener en consideración que esta medición es muy subjetiva y altamente influenciada por el estado de ansiedad del paciente. Si ya de por sí la variabilidad interindividual del dolor es muy grande ante un mismo tipo de agresión quirúrgica, el componente ansioso-emocional del dolor hace aún más complicado la correcta cuantificación del mismo.

En el caso de estudio el 86% de los pacientes, manifestó a través de la Escala de Eva un dolor leve, en estos casos, existió la posibilidad de valoración facultativa del paciente, por lo que, si se prescribe una pauta analgésica insuficiente o incorrecta, esto conducirá a una mayor inconformidad del paciente o a la aparición de efectos secundarios, de allí la ventaja de la aplicación de dicho test. En el 86% de los casos, cuando el tiempo de la última crisis dolorosa La relación de la intervención con el dolor, demostró que los pacientes fueron atendidos en un lapso promedio mayor a 6 semanas, de la aparición del mismo.

La estancia hospitalaria fue menor en comparación con los demás estudios por el estado actual de nuestra área quirúrgica y de hospitalización que consignó la aplicación de protocolos de FAST-TRACK y Bioseguridad para Cirugía Mayor Ambulatoria aplicados en nuestros pacientes. Los pacientes atendidos en general fueron intervenidos en los primeros tres días posteriores al ingreso.

CONCLUSIONES

La colecistectomía difícil continúa siendo una de las indicaciones más frecuentes para conversión a cirugía abierta y de colescistemia total a subtotal. En la serie de casos presentada, mostramos nuestros resultados con la colecistectomía subtotal fue de 14 pacientes. A

pesar de que su indicación no es rutinaria, el cirujano deberá tener conocimiento de las diferentes técnicas quirúrgicas para poder implementarlas cuando lo considere necesario. Queda el interés, partiendo de estudios descriptivos y prospectivos como este, para realizar a futuro estudios con mayor número de pacientes y un seguimiento más largo, que permitan sacar conclusiones con mejor nivel de evidencia.

El tiempo de la última crisis dolorosa previo al acto quirúrgico fue mayor a 6 semanas y este no representa una relación directamente proporcional con la realización de colecistectomía subtotal, en contraste con la relación de IIS donde sí se puede comprobar la relación directa. El tiempo de la última crisis dolorosa no se relaciona con la realización de una Colecistectomía difícil o Subtotal. Desmitificando la relación teórica de Última Crisis de Dolor - Colecistectomía Difícil que derive en Subtotal, abriendo nuevas áreas investigación, y dando sustento a estudios sobre Inmunidad Inflamación Sistémicas.

A pesar de que no hay una directriz dada por expertos que determine cuál es el mejor manejo para la colecistectomía difícil, la colecistectomía subtotal, por vía laparoscópica o abierta, continúa siendo una buena opción para el manejo. Dependerá de la experiencia del cirujano, en qué casos elegir cada una de las opciones disponibles, aunque continúa vigente la recomendación de intentar una aproximación laparoscópica antes de decidir convertir, donde se cuente con la experiencia y el equipo necesarios. Se debe recordar que la conversión a cirugía abierta no es en ningún momento una complicación, sino un recurso válido que tiene el cirujano para llevar a cabo la cirugía de forma segura. Considerar la decisión de la realizar la colecistectomía subtotal como medida protectora de vía biliar es una obligación para el cirujano cuando no identifican los elementos del triángulo hepatocístico.

Recomendaciones

- Considerar siempre la Colecistectomía segura ante cualquier situación.

- Explorar el beneficio de la cirugía temprana y evaluar su beneficio con respecto a las cirugías diferidas.
- Realizar una cirugía temprana, evitando la progresión de la inflamación y de la infección, que dificultan técnicamente la disección.
- Desarrollar un perfil detallado del paciente, incluir índice de masa corporal, antecedente de inmunizaciones por COVID-19, para caracterizar mejor los pacientes y su posible influencia sobre la última crisis de dolor.
- Incorporar a los protocolos de cirugía biliar el requerimiento del Índice de Inmunidad-Inflamación Sistémico.
- Identificar como prioritario, áreas de investigación donde apremie la sobrevivencia del paciente.
- Individualizar cada caso en beneficios de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, N., Hassan, M. ul, Tahira, M., Samad, A., & Rana, H. N. (2018). Predictores intraoperatorios de colecistectomía difícil y conversión a colecistectomía abierta: un nuevo sistema de puntuación. *Pak J Med Sci*, 34(1), 62–66.
- Alcocer Tamayo, R., & Tort Martínez, A. (2016). *Papel de la colecistectomía subtotal laparoscópica en colecistitis aguda complicada* (pp. 146–150). México. <http://www.medigraphic.com/pdfs/endosc/o/ce-2016/ce163f.pdf>
- Álvarez, L. F., Rivera, D., Esmeral, M. E., García, M. C., Toro, D. F., & Rojas, O. L. (2013). Colecistectomía laparoscópica difícil, estrategias de manejo. *Rev Colomb Cir*, 28(3), 186–195.
- Ansaloni, L., Pisano, M., Coccolini, F., Peitzmann, A. B., Fingerhut, A., Catena, F., et al. (2016). 2016 WSES Pautas sobre la colecistitis litiasica aguda. *World J Emerg Surg*, 11(1). <http://wjeb.biomedcentral.com/articles>
- Bourgouin, S., Mancini, J., Monchal, T., Calvary, R., Bordes, J., & Balandraud, P. (2016). ¿Cómo predecir la colecistectomía laparoscópica difícil? Propuesta de un sistema de puntuación preoperatoria simple. *Am J Surg*, 212(5), 873–881.
- Choi, Y., & Silverman, W. (2022). Trastornos del tracto biliar, trastornos de la vesícula

- biliar y pancreatitis por cálculos biliares. *American College of Gastroenterology*. <http://patients.gi.org/topics/biliary-tract-disorders-gallbladder-disorders-and-gallstone-pancreatitis>
- Coccolini, F., Catena, F., Pisano, M., Gheza, F., Fagioli, S., & Di Saverio, S. (2015). Open versus laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: Systematic review and meta-analysis. *Int J Surg*, 18, 196–204. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2015.04.083>
- Elshaer, M., Gravante, G., Thomas, K., Sorge, R., Al-Hamali, S., & Ebdewi, H. (2015). Colectomía subtotal para “vesículas biliares difíciles”: revisión sistemática y metanálisis. *JAMA Surg*, 150(2), 159–168.
- Gaitán, J. (2017). Enfermedad litiasica biliar, experiencia en una clínica de cuarto nivel, 2005–2015. *Rev Colomb Cir*, 29, 188–196.
- Guevara, D. (2021). *Aplicación de las Guías Tokyo 2018 en el diagnóstico y gravedad de colecistitis aguda litiasica en el Servicio de Cirugía General “Dr. Rommel Mota” del Hospital Universitario “Dr. Ángel Larralde” periodo 2021*.
- Gupta, N., Ranjan, G., Arora, M. P., Goswami, B., Chaudhary, P., Kapur, A., et al. (2013). Validación de un sistema de puntuación para predecir la colecistectomía laparoscópica difícil. *Int J Surg*, 11(9), 1002–1006.
- Harilingam, M., Shrestha, A. K., & Basu, S. (2016). Colectomía subtotal modificada laparoscópica para vesículas biliares difíciles: una experiencia de un solo centro. *J Minimal Access Surg*, 12(4), 325.
- Henneman, D., da Costa, D. W., Vrouenraets, B. C., van Wagenveld, B. A., & Lagarde, S. M. (2018). Laparoscopic partial cholecystectomy for the difficult gallbladder: A systematic review. *Surg Endosc*, 27, 351–358. <https://doi.org/10.1007/s00464-012-2458-2>
- Kaloo, A., & Kantsevov, S. (2021). Cálculos biliares y enfermedad biliar. *Prim Care*, 2021, p. 28.
- Marschall, H., & Einarsson, C. (2017). Enfermedad biliar. *J Intern Med*, 261, 529–542.
- Masson, E. (2019). Tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda litiasica. *EM-Consulta*. <https://www.em-consulta.com/es/article/1051653/tratamiento-quirurgico-de-la-colecistitis-aguda-li>
- Mills, J., Stappenbeck, T. S., & Bunnett, N. W. (2016). Enfermedad gastrointestinal. En S. J. McPhee & G. D. Hammer (Eds.), *Fisiopatología de la enfermedad: Introducción a la medicina clínica* (6.ª ed.). McGraw-Hill Medical.
- Rico, M. (2016). Fisiopatología del Dolor. Documento en línea. <http://doi.org/10.5867/medwave.2016.08>
- Santos, J. W., Sarkar, B., Brahmabhatt, T. S., Sanchez, S., Burke, P. A., & LeBedis, C., et al. (2017). Predicción preoperatoria de una colecistectomía difícil: ¿no es tan difícil? *J Am Coll Surg*, 225(4), S88–S89.
- Shaffer, E. A. (2016). Gallstone disease: Epidemiology of gallbladder stone disease. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 20, 981–996. <https://doi.org/10.1016/j.bpg.2016.05.004>
- Torres, L. (2013). *Tratamiento del dolor postoperatorio*. Ediciones Ergon.
- Wakabayashi, G., Iwashita, Y., Hibi, T., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., et al. (2018). Guías de Tokio 2018: tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda: medidas seguras en la colecistectomía laparoscópica para la colecistitis aguda. *Surg Endosc*, 25(1), 73–86.
- Yokoe, M., Hata, J., Takada, T., Strasberg, S. M., Asbun, H. J., Wakabayashi, G., et al. (2018). Tokyo Guidelines 2018: Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos). *J Hepatobiliary Pancreat Sci*, 25, 41–54. <https://doi.org/10.1002/jhbp.515>

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.



DERECHOS DE AUTOR

Germán Castro, C. E., Gómez Espinola, E. E., Tejada Alejo, H. J., Morillo Gonzalez, W. M., & Guaita Sanchez, N. D. (2025)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.