

**Criterios actuales sobre el tratamiento laparoscópico en pacientes con enfermedades benignas de la vesícula biliar**

**Current criteria on the laparoscopic treatment in patients with benign diseases of the bile vesicle**

**Dr. Hernán Oliu Lambert, Dra. Natalia Altagracia de la Cruz Castillo, Dra.C. Ana María Nazario Dolz y MsC. Erian Jesús Domínguez González**

Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

**RESUMEN**

Las colecistopatías o enfermedades de la vesícula biliar pueden ser clasificadas, según su origen, en benignas y malignas; entre las primeras se encuentran la litiasis vesicular, que es la enfermedad del tracto alimentario que más requiere hospitalización y ocurre de forma frecuente en personas aparentemente saludables, los pólipos vesiculares, que son lesiones frecuentes en la mucosa vesicular y en su gran mayoría corresponden a lesiones de carácter reactivo, adaptativo o inflamatorio; y la disquinesia vesicular, que es causada por el funcionamiento inadecuado de la vesícula biliar y puede causar síntomas como cólico biliar, asociado a náuseas y, en ocasiones, a vómitos. Estas entidades clínicas han sido tratadas de disímiles maneras a lo largo de la historia de la humanidad, y en la actualidad todavía existen diferentes criterios en cuanto a las variedades terapéuticas; tema que es abordado en el presente artículo.

**Palabras clave:** colecistopatías, colecistectomía laparoscópica, litiasis vesicular, pólipos, trastornos motores.

**ABSTRACT**

The cholecystopathies or bile vesicle diseases can be classified, according to their origin, in benign and malignant; among the former we can mention the vesicular lithiasis that is the disease of the alimentary tract that most requires hospitalization and it happens in a frequent way in apparently healthy people, the vesicular polyps that are frequent injuries in the vesicular mucous and in their great majority correspond to reagent, adaptative or inflammatory injuries; and the vesicular dyskinesia that is caused by the inadequate activity of the bile vesicle and can cause symptoms as biliary colic, associated to nauseas and, in occasions, to vomits. These clinical entities have been treated in dissimilar ways through the humanity's history, and at the present time different approaches still exist as for the therapeutic varieties; topic that is approached in this work.

**Key words:** cholecystopathies, laparoscopic cholecystectomy, vesicular lithiasis, polyps, motor disorders.

**INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades de la vesicular biliar se han conocido por centurias, inclusive se han encontrado cálculos biliares en momias del antiguo Egipto. Ya en el siglo I d.C. Aurelio

Cornelio Celso mencionó por primera vez las enfermedades de la vesicular biliar en el tratado de medicina más importante del Imperio romano titulado "*De Re Medica*"; luego, en el siglo XV, el médico griego Alexander de Trailles describió por primera vez los síntomas de estas entidades clínicas, pero no las relacionó con la vesícula biliar. Posteriormente, en el año 1507, Antonia Benivieni, de Italia, relacionó la presencia de cálculos en la vesícula con los síntomas descritos por Alexander, y 74 años más tarde fue realizada la primera publicación sobre enfermedades benignas sintomáticas de la vesícula biliar por Jean Fernel. No obstante, los primeros tratamientos resultaron inútiles.<sup>1</sup>

En 1743, Petit propuso un procedimiento revolucionario, sugirió que a través de una pequeña incisión en el cuadrante superior derecho del abdomen se drenara la vesícula biliar, removiendo los cálculos y fijándola al peritoneo parietal, dejando una fístula externa; esta práctica es conocida en la actualidad como colecistostomía. Durante la mitad del siglo IX el cirujano John Louis William Thudichum, de origen alemán, llegó a la conclusión, en sus investigaciones, de que la extracción de los cálculos era la solución al problema; así, otros cirujanos de renombre de la época siguieron sus indicaciones, tal es el caso de Gibson y John Stough Bobbs y Theodor Kocher, que adoptaron como técnica la apertura de la vesicular biliar con la extracción de los cálculos para luego cerrarla.<sup>1</sup>

Sin embargo, no fue hasta el día 10 de octubre de 1882 que se realizara, en Berlín, la primera colecistectomía por el cirujano Carl Johan August Langenbuch, quien teniendo en cuenta los experimentos de Herlin de 100 años atrás, y llegando a sus propias conclusiones, se dio cuenta que de los caballos y elefantes podían vivir sin vesícula biliar, y lo extrapoló a los seres humanos.<sup>2</sup> Luego de estos esfuerzos fue solo cuestión de tiempo para que se introdujera la colecistectomía laparoscópica, cuyo crédito le fue dado al Dr. Erich Mühe de Alemania,<sup>3</sup> el cual realizó la primera en septiembre de 1985, pero su trabajo no se conoció mundialmente debido a la política local, por lo que fue perseguido y sus procedimientos rechazados.

## **DESAROLLO**

### **Clasificación de las colecistopatías**

Las colecistopatías o enfermedades de la vesícula biliar pueden ser clasificadas, según su origen, en benignas y malignas; entre las primeras se encuentran las litiásicas o alitiásicas. Ahora bien, las de origen litiásico pueden ser clasificadas de la siguiente manera:<sup>4</sup>

1. Atendiendo a la naturaleza de los cálculos.
  - a) Cálculos de colesterol
  - b) Cálculos mixtos
  - c) Cálculos pigmentarios-bilirrubina
2. Atendiendo a las alteraciones de la vesícula biliar.
  - a) Litiasis sin alteraciones de la pared vesicular: colelitiasis
    - I. Litiasis con alteraciones inflamatorias: agudas o crónicas
    - II. Litiasis con alteraciones neoplásicas benignas

Por otra parte, las colecistopatías benignas alitiásicas se agrupan, según su causa, en:<sup>4</sup>

1. Trastornos motores: vesícula hipertónica o vesícula atónica
2. Colecistitis crónica no calculosa
3. Colecistosis: adenomiomatosis, colesterosis y neuromatosis
4. Síndrome del cístico

## **Enfermedad litiásica de la vesícula biliar**

La litiasis vesicular es la enfermedad del tracto alimentario que más requiere hospitalización y ocurre de forma frecuente en personas aparentemente saludables, con una prevalencia de 11 a 36 % en los informes de autopsia. El sexo femenino, la obesidad, el embarazo, las comidas con exceso de grasas, la enfermedad de Crohn, las resecciones del íleon terminal, las intervenciones quirúrgicas gástricas, la esferocitosis hereditaria, la anemia de células falciformes y las talasemias, están asociadas a un riesgo incrementado de desarrollar litiasis.<sup>5</sup> Solo los parientes de primer grado con litiasis y obesidad (definido como un índice de masa corporal mayor que 30 kg/m<sup>2</sup>) han sido identificados con riesgo elevado de presentar una coleditiasis sintomática.<sup>6</sup>

## **Criterios y controversias en cuanto al tratamiento quirúrgico**

Si existen 10 000 pacientes con cálculos de la vesícula biliar asintomáticos, 200 de ellos presentarán complicaciones agudas en el transcurso de 10 años, con una tasa de mortalidad de 2,5 % (5 afectados), y 100 padecerán pancreatitis aguda, con una tasa de mortalidad de 10 % (10 lesionados);<sup>7</sup> por consiguiente, 15 pacientes morirán de complicaciones por litiasis biliar. Si los 10 000 fueran intervenidos quirúrgicamente, entre 10 y 50 morirían por las complicaciones del procedimiento. Las muertes en el seguimiento médico ocurrirán en el transcurso de 10 años, mientras que las muertes operatorias sucederán inmediatamente.<sup>8</sup>

Dada la prevalencia de litiasis vesicular, el costo de la operación profiláctica sería elevado. Las excepciones a esta política (de no operar a los pacientes con cálculos vesiculares asintomáticos) pueden depender de si el paciente debe recibir otra operación abdominal, o si se hace una operación específicamente por la presencia de cálculos vesiculares.

El criterio en Cuba continúa siendo el mismo. Pardo Gómez<sup>9</sup> plantea en el texto de Cirugía General, del ya fallecido Dr. Alejandro García Gutiérrez, que la colecistectomía está indicada en todos los pacientes que presenten una litiasis biliar, aun en los asintomáticos o "silentes", y que solamente se exime a los que se rehúsan de una manera precisa y a aquellos que por su estado general o por una enfermedad de base representen un riesgo quirúrgico grave.

Desde finales de la década de los 50, Newman *et al*<sup>10</sup> plantearon que 90 % de los pacientes con litiasis biliar manifiestan algún síntoma antes de que aparezcan las complicaciones, aun cuando luego del primer episodio solo 2,2 % de los pacientes muestran recurrencias anuales. Sobre la base de esta información, la mera presentación de cálculos no sirve para indicar la colecistectomía. Este autor concluyó afirmando que las indicaciones para la realización del procedimiento en pacientes asintomáticos con litiasis biliar son las siguientes: vesícula disfuncional, cálculos mayores de 2,5 cm, litiasis en personas diabéticas, calcificación vesicular, anemia drepanocítica y edad menor de 40 años. Los factores descritos se basan en el aumento del riesgo de aparición de la colecistitis, así como en la mortalidad y morbilidad por esta y su tratamiento. La presencia de una vesícula no funcional revela una enfermedad avanzada y 27 % de estos pacientes manifestarán síntomas que requieran una colecistectomía.<sup>11</sup>

Los cálculos grandes (mayores de 2,5 cm de diámetro) se asocian a una colecistitis aguda con mayor frecuencia que los cálculos pequeños. Asimismo, la diabetes *mellitus* determina un aumento significativo de la mortalidad asociada a la colecistitis aguda. La

mortalidad general por esa afección es aproximadamente de 5 %, pero en las personas diabéticas llega a 20 %. Las calcificaciones de la vesícula se relacionan con una incidencia de 22 % de carcinomas de este órgano. En los pacientes con anemia de células falciformes y litiasis biliar resulta dificultoso el diagnóstico durante la crisis de anemia aguda; de igual modo, la colecistitis aguda puede precipitar esa crisis y los riesgos operatorios son elevados; así que estos pacientes son tratados mejor luego de prepararlos convenientemente con transfusiones de intercambio.<sup>12-15</sup>

Hace pocos años, la British Columbia Ministry of Health<sup>16</sup> propuso una guía basada en criterios de expertos para la realización de la colecistectomía laparoscópica, a saber:

1. Pacientes con síntomas típicos de cólico biliar y criterios favorables para el procedimiento por el riesgo tan bajo que existe para el desarrollo de síntomas, o más rara vez, complicaciones, a lo largo de la vida.
2. Pacientes con riesgo de malignización de la vesícula: vesícula en porcelana, adenomas, quistes en colédoco, antecedente familiar de cáncer de vesícula o presencia de anemia de células falciformes.
3. No se recomienda en pacientes diabéticos asintomáticos, aun con riesgo elevado de padecer litiasis biliar o complicaciones de la vía biliar.

Según la Organización Mundial de Gastroenterología,<sup>17</sup> al evaluar a 252 pacientes tratados con colecistectomía, un grupo de 9 cirujanos estuvo de acuerdo en que la operación había sido apropiada solo en 52 % de los casos, y no se pudo llegar a un consenso en 44 %; por lo tanto, es difícil ponerse de acuerdo sobre cuáles síntomas son específicamente biliares y deben solucionarse con la colecistectomía. Sin embargo, cuando no hay ningún síntoma en absoluto, es claro que la intervención no aporta beneficio alguno al paciente.

En la guía de la Organización Mundial de Gastroenterología se propone que solo deben ser operados los que presenten las siguientes características:<sup>8</sup>

1. Residencia en regiones lejanas a la institución donde recibirán el tratamiento médico.
2. Pacientes asintomáticos que habiten en regiones de alto riesgo de cáncer.
3. Pacientes con inmunosupresión.
4. Diabetes *mellitus* con dependencia de la insulina. Estos pacientes no tienen una mayor prevalencia de cálculos, pero en la ancianidad presentarán un mayor riesgo de complicaciones inflamatorias.
5. Pérdida de peso rápida.
6. Presencia de vesículas calcificadas en porcelana.

Greenberger y Paumgartner<sup>18</sup> recomiendan reservar la colecistectomía hasta después de presentarse los cólicos vesiculares, y que debe ser practicada de manera profiláctica o incidental en los indios estadounidenses, los receptores de trasplante, los pacientes con anemia drepanocítica, los obesos mórbidos, con anomalía en la unión pancreático-ductal, vesículas en porcelana o pólipos vesiculares mayores de 1 cm. Además, la indicación del procedimiento incluye los cólicos biliares, las colecistitis agudas y crónicas, y las alitiásicas. Los pacientes diabéticos suelen mostrar menos síntomas debido a sus neuropatías, por eso sus colecistitis suelen estar frecuentemente complicadas con gangrena o perforación; sin embargo, la colecistectomía profiláctica no es recomendada en los pacientes con diabetes.

Afdhal<sup>19</sup> plantea que en pacientes con cálculos asintomáticos la frecuencia de complicaciones es baja y la colecistectomía profiláctica no es necesaria.

## **Colecistopatías alitiásicas**

Con respecto a las colecistopatías alitiásicas, al igual que en la entidad anterior, se tiene como precepto que toda vesícula biliar con una anomalía que interfiera en su funcionamiento normal, debe ser corregida mediante colecistectomía. Sin embargo, actualmente en el tratamiento se describen variantes no quirúrgicas con buenos resultados.

## **Pólipos vesiculares**

Los pólipos son frecuentes en la mucosa vesicular, que en su gran mayoría corresponden a lesiones de carácter reactivo, adaptativo o inflamatorio.<sup>20</sup> No obstante, también se consideran como lesiones polipoideas a los tumores glandulares benignos o adenomas y a los malignos o adenocarcinomas; la mayor parte de las no adenomatosas rara vez sobrepasan un centímetro y excepcionalmente muestran un crecimiento significativo.<sup>21</sup> Los adenomas, por su parte, pueden alcanzar tamaños mayores de un centímetro. Los pólipos mayores de un centímetro, solos, sésiles y ecodensos, tienen una mayor probabilidad de corresponder a adenomas, por lo que se indicará tratamiento quirúrgico, aun cuando únicamente un pequeño porcentaje de ellos se transformará en adenocarcinoma; pero hasta la fecha no es posible predecir cuál lo hará.<sup>22</sup>

Por otro lado, la observación de lesiones menores de un centímetro ha demostrado que aproximadamente un tercio desaparece y las restantes son benignas.<sup>23</sup> En pacientes con litiasis sintomática, la presencia de un pólipo vesicular le agrega un factor más a la indicación quirúrgica. Incluso si la gran mayoría de estas lesiones no son tumorales, la colecistectomía se indica por la litiasis más que por el pólipo. En cambio, en los sujetos con una litiasis asintomática y pólipo vesicular, debería considerarse el tratamiento quirúrgico en correspondencia con la edad, el sexo, los factores de riesgo de cáncer vesicular y las características del pólipo, como tamaño, localización y particularidades radiográficas o ecográficas.<sup>24</sup>

Para lesiones polipoideas grandes con probabilidad de ser malignas, se recomienda operar por el método tradicional, es decir, la colecistectomía abierta, por la posibilidad de que se pueda realizar un procedimiento más extenso de acuerdo con el resultado intraoperatorio; otros proponen que para las lesiones que hayan aumentado de tamaño, aun si son menores de un centímetro, se puede utilizar la vía laparoscópica con el uso de la bolsa extractora para evitar cualquier implantación de lesiones en el sitio de los trócares.<sup>25</sup> Las evidencias disponibles sugieren que la estrategia de observar y esperar, basada en la evolución clínica y los hallazgos ecográficos, debería ser implementada con cautela hasta que se conozca algo más acerca de la naturaleza de las lesiones polipoideas de la vesícula biliar y la patogénesis del cáncer.<sup>26</sup>

## **Trastornos motores**

La disquinesia vesicular es una enfermedad causada por el funcionamiento inadecuado (contracciones pobres) de la vesícula biliar, que puede ocasionar los síntomas clásicos de cólico biliar, asociado a náuseas y en ocasiones a vómitos. Generalmente se desencadena por la ingesta alimentaria, y se le considera una colecistopatía no litiásica que se define como una afección del tracto biliar que causa vaciamiento anormal de la vesícula.<sup>27</sup> El tratamiento actual incluye medidas higiénicas y dietéticas relacionadas con los hábitos de vida (horario de las comidas, adecuada masticación, breve descanso después de las comidas, número de horas adecuadas de sueño, práctica de ejercicios físicos regulares, eliminación de alimentos que no son tolerados, reducción de trastornos

emocionales), además de los medicamentos. De los pacientes con disfunción vesicular que reciben tratamiento médico, 80 % mantiene los síntomas.<sup>28</sup>

Se practica la intervención quirúrgica en el caso de las colecistopatías hipertónicas con dolor y progresión a fibrosis, en las vesículas atónicas sin reacción al tratamiento medicamentoso, cuando hay compresión o estenosis del colédoco. La operación produce alivio en 50 % de los afectados, y aproximadamente en 30 % regresan los síntomas. El tono de la vesícula también puede recuperarse por otros métodos, como la estimulación con corriente interferencial, que activa los procesos de intercambio, tiene influencia práctica sobre el sistema neurovegetativo y la normalización del sistema simpático adrenérgico; igualmente su acción sobre el sistema simpático alterado conduce a la disminución de los fenómenos congestivos en los tejidos. Además actúa sobre los procesos metabólicos y el trofismo de los tejidos, y provoca excitación motora de la musculatura lisa y estriada, restableciendo su capacidad contráctil.<sup>29,30</sup>

### **Las vías clínicas en la organización de la atención a pacientes con colecistopatías**

Las vías clínicas se originaron en los "*critical paths methods*" a mediados de los años 50 en la industria petroquímica y posteriormente fueron desarrollados en la ingeniería e informática.<sup>31</sup> En el mundo sanitario las primeras experiencias se adquirieron en proyectos administrativos de investigación médica, la planificación de reestructuración de un hospital y de un centro comunitario de salud mental. Específicamente en los procesos clínicos, los primeros datos fueron aportados por Zander K (*New England Medical Center*, Boston) y Grudich y Romito, entre los años 1988 y 1992, donde los motivos principales de su aparición fueron el pago prospectivo de los procesos, la necesidad de la contención de costos y la variabilidad no deseada. Desde entonces se han extendido, principalmente en los países anglosajones, y actualmente constituyen uno de los métodos habituales para facilitar la gestión de procesos clínicos.<sup>32</sup>

- Definición y aspectos generales

La vía clínica es un plan asistencial para un proceso o procedimiento de evolución clínica predecible, en la que se detallan las actividades clínicas y otras relacionadas, así como la responsabilidad de los profesionales en cada una de ellas, con la verificación de las actuaciones prefijadas y las posibles variaciones surgidas en el desarrollo del proceso asistencial; en ella se especifica la óptima secuencia de intervenciones de los diferentes profesionales. Son diseñadas para minimizar retrasos y el consumo de recursos, con la maximización de la calidad de los cuidados.

En castellano se ha impuesto el término "vía clínica", aunque también se emplea "trayectoria clínica", el cual es más aplicable a la parte de los cuidados de enfermería.<sup>33</sup> Las vías clínicas llevan inherentes principios básicos de imprescindible cumplimiento para lograr los beneficios deseados, entre estos se encuentran: la identificación del modelo de cuidados requerido, el reflejo de los cuidados necesarios, su aplicación al proceso o procedimiento diagnóstico o quirúrgico habitual, su individualización; además constituyen una herramienta para coordinar, desarrollar y seguir las actividades orientadas a la mejora, proveen metas referentes a resultados de salud, estancia y educación sanitaria, para la planificación del alta y la gestión de camas, así como la consideración del consumo de recursos, y están orientadas a la autoevaluación de la calidad asistencial e involucran a diferentes profesionales.

## **Diferencias entre protocolos, guías de práctica clínica y vías clínicas**

Es habitual que al plantearles a los profesionales que adopten las vías clínicas, estos afirmen que no entienden cuál es la diferencia entre vía clínica y protocolo. De hecho, los protocolos, cuando son muy detallados y se exige verificación de las actuaciones, pueden llegar a ser considerados como vía clínica. No obstante, en las vías clínicas, a diferencia de los protocolos y las guías de práctica clínica, existe integración de la atención, las responsabilidades están bien definidas, se rigen por una secuencia temporal y se verifican todas las actuaciones.

Las guías de práctica clínica representan un conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática con el objetivo de guiar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones sobre qué intervenciones son más adecuadas en una condición clínica específica en circunstancias sanitarias concretas. Son generalmente diseñadas por agencias de evaluación de tecnologías, dado que suponen un procedimiento complejo y costoso al alcance de expertos. Por todo ello, su ámbito de aplicación es mayor.

Los protocolos representan la secuencia ordenada de actividades ante una situación clínica determinada, que definen cómo ejecutarlas, con el objetivo de asegurar la prestación escalonada del proceso quirúrgico. En general, los protocolos son de ámbito más interno (a nivel de centro, servicio o unidad) y no se les exige la revisión sistemática de la bibliografía, ni la clasificación de los grados de evidencia de los diferentes aspectos clínicos establecidos. Se considera que los protocolos son normativos y deben ser consensuados antes de su implantación.<sup>34</sup>

- Casos típicos en el desarrollo de una vía clínica

Los procesos que pueden incluirse en una vía clínica son aquellos que poseen una evolución predecible, son frecuentes y, por tanto, con gran impacto sanitario.<sup>35</sup> En las enfermedades benignas de la vesícula biliar, tanto litiásicas como no litiásicas, se observa como la mayoría de los autores divergen en criterios en cuanto al tratamiento quirúrgico.

## **CONCLUSIONES**

Las enfermedades benignas de la vesicular biliar son entidades que han sido tratadas de disímiles maneras a lo largo de la historia de la humanidad; en la actualidad todavía existen diferentes criterios respecto a las variedades terapéuticas. Al respecto, se impone la organización de la atención a los pacientes que las padecen, y la prueba de ello es el desarrollo a nivel mundial de vías clínicas para su diagnóstico y tratamiento.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Toledo Pereyra LH. Vignettes on Surgery, History and Humanities. Georgetown, Texas: Landes Bioscience; 2005. p. 79-6.
2. Traverse LW. Carl Langenbuch and the first cholecystectomy. Am J Surg. 1976; 132(1): 81-2.
3. Mühe E. Die erste cholecystektomie durch des laparoskop. Langenbuch Arch Klin Chir. 1986; 369(1): 804.

4. Grupo Nacional de Cirugía. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. 2 ed. La Habana: Pueblo y Educación; 2005. p. 479.
5. Bellows CF, Berger DH, Crass RA. Management of gallstones. Am Fam Physician. 2005; 72(4): 637-42.
6. Nakeeb A, Comuzzie A, Martin L, Sonnenberg G, Swartz-Basile D, Pitt H, et al. Gallstones: genetics versus environment. Ann Surg. 2002; 235(6): 842-9.
7. Kraag N, Thijs C, Knipschild P. Dyspepsia--how noisy are gallstones? A meta-analysis of epidemiologic studies of biliary pain, dyspeptic symptoms, and food intolerance. Scand J Gastroenterol. 1995; 30(5): 411-21.
8. Johnson AG, Fried M, Tytgat GNJ, Krabshuis JH. WGO Practice guidelines: Litiasis vesicular asintomática 2011 [citado 14 Nov 2015]. Disponible en: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/asymptomatic-gallstone-disease-spanish.pdf>
9. Pardo Gómez G. Litiasis biliar. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía General. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 729.
10. Newman H, Northup J, Rosenblum M, Abrams H. Complications of cholelithiasis. Am J Gastroenterol. 1968; 50(6): 476-96.
11. Wenckert A, Robertson B. The natural course of gallstones disease. Eleven-year review of 781 nonoperated cases. Gastroenterology. 1966; 50(3): 376-81.
12. Carveth SW, Priestley JT, Gage RP. Size and number of gallstones in acute and chronic cholecystitis. Proc Staff Meet Mayo Clinic. 1959; 34: 371-4.
13. Schein CJ. Acute cholecystitis in the diabetic. Am J Gastroenterol. 1969; 51: 511.
14. Polk HC. Carcinoma and the calcified gall bladder. Gastroenterology. 1966; 50(4): 582-5.
15. Society for Surgery of the Alimentary Tract. SSAT patient care guidelines. Treatment of gallstone and gallbladder disease. J Gastrointest Surg. 2007; 11(9): 1222-4.
16. British Columbia Ministry of Health. Gallstones-Treatment in adults. Guidelines and Protocols, Advisory Committee [citado 14 Nov 2015]. Disponible en: [http://www.spitjudms.ro/files/PROTOCOALE\\_TERAPEUTICE\\_GASTRO/GALLSTONE.PDF](http://www.spitjudms.ro/files/PROTOCOALE_TERAPEUTICE_GASTRO/GALLSTONE.PDF)
17. Berger M, van der Velden J, Lijmer J, de Kort H, Prins A, Bohnen A. Abdominal symptoms: do they predict gallstones? A systematic review. Scand J Gastroenterol. 2000; 35(1): 70-6.
18. Greenberger NJ, Paumgartner G. Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. En: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 18 ed. Mexico: McGraw-Hill; 2012; p. 1995.



19. Afdhal NH. Diseases of gallbladder and bile duct. En: Arend WP, Armitage JO, Clemmons DR, Drazen JM, Griggs RC, Landry DW, et al. Goldman's Cecil Medicine. 24 ed. Philadelphia: Saunders; 2012. p. 1011-20.
20. Andrén-Sandberg A. Diagnosis and Management of Gallbladder Polyps. North American Journal of Medical Sciences. 2012; 4(5): 203-11.
21. Albores-Saavedra J, Vardaman C, Vuitch F. Non-neoplastic polypoid lesions and adenomas of the gallbladder. Pathol Annu. 1993; 28 Pt 1: 145-77.
22. Terzi C, Sökmen S, Seçkin S, Albayrak L, Uğurlu M. Polypoid lesions of the gallbladder: report of 100 cases with special reference to operative indications. Surgery. 2000; 127(6): 622-7.
23. Csendes A, Burgos AM, Csendes P, Smok G, Rojas J. Late follow-up of polypoid lesions of the gallbladder smaller than 10 mm. Ann Surg. 2001; 234(5): 657-60.
24. Supe A. Asymptomatic gall stones--revisited. Trop Gastroenterol. 2011; 32(3): 196-203.
25. Jones-Monahan KS, Gruenberg JC, Finger JE, Tong GK. Isolated small gallbladder polyps: an indication for cholecystectomy in symptomatic patients. The American Surgeon. 2000; 66(8): 716-9.
26. Sánchez Fernández P, Niño Solis J, Millán Revollo H, Sánchez Reyes K, Blanco Benavides R. Lesiones polipoides de la vesícula biliar. Cir Gen. 2005; 27(1): 42-6.
27. Morgan KA, Adams DA. Biliary dyskinesia and sphincter of Oddi dysfunction. En: Yeo CJ, Matthews JB, McFadden DW, Petters JH. Shackelford's surgery of the alimentary tract. 7 ed. Philadelphia: Elsevier; 2013. p. 1333.
28. Majeed A, William WE. Thomas. Clinical investigation in hepatopancreatobiliary disease. En: Jarnagin WR. Blumgart's surgery of the liver, biliary tract, and pancreas. 5 ed. Philadelphia: Elsevier; 2012. p. 197-8.
29. Geiger T, Awad Z, Burgard M, Singh A, Davis W, Thaler K, et al. Prognostic indicators of quality of life after cholecystectomy for biliary dyskinesia. American Surgeon. 2008; 74(5): 400-4.
30. Francis G, Baillie J. Gallbladder dyskinesia: fact or fiction? Curr Gastroenterol Rep. 2011; 13(2): 188-92.
31. Grávalos C, Rodríguez Dapena S, Alcalde J, Martínez Puieyo JI, Castells V, Ruiz López P. Desarrollo de una vía clínica para mejorar el proceso de tratamiento adyuvante del carcinoma de colon. Rev Calid Asist. 2001; 16(3): 173-80.
32. Román A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. Medwave. 2012 [citado 14 Nov 2015]; 12(6). Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436?tab=metrica>
33. Weiland DE. Why use clinical pathways rather than practice guidelines? Am J Surg. 1997; 174(6): 592-5.

34. Rodríguez AI, Rodríguez Martínez I, Ruiz López PM. Las vías clínicas. Metodología general. CONAMED. 2016; 16(2): 79-90.
35. Carvajal Balaguera J, González Solana I, Márquez Asencio M, Hernández Lorca I, Martín García-Almenta M, Cerquella Hernández CM. Evaluación de la vía clínica de la cirugía de la hernia inguinal en un servicio de cirugía general. Rev Calid Asist. 2010; 25(5): 250-9.

Recibido: 24 de marzo de 2016.

Aprobado: 28 de mayo de 2016.

*Hernán Oliu Lambert.* Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: [holiul@live.com](mailto:holiul@live.com)