

DOI: 10.26820/recimundo/9.(4).oct.2025.107-115

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2758>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 107-115



Colelitiasis y síndrome metabólico: integración del manejo médico y quirúrgico

Cholelithiasis and metabolic syndrome: integration of medical and surgical management

Colelitíase e síndrome metabólica: integração do tratamento médico e cirúrgico

Erika Alejandra Zúñiga San Lucas¹; Juan Andrés Zambrano Ortega²; Erika Monserrat Malla Cando³; Angie Cristina Jiménez González⁴

RECIBIDO: 10/05/2025 **ACEPTADO:** 19/09/2025 **PUBLICADO:** 22/10/2025

1. Médica General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; eri.z89@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0004-7952-2131>
2. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; andres13989@hotmail.com; <https://orcid.org/0009-0002-4769-1462>
3. Médica General; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; mallamonserra@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0007-4634-4123>
4. Médica Cirujana; Investigadora Independiente; Quito, Ecuador; jiangieg1993@gmail.com; <https://orcid.org/0009-0007-6309-6926>

CORRESPONDENCIA

Erika Alejandra Zúñiga San Lucas

eri.z89@hotmail.com

Quito, Ecuador

RESUMEN

Objetivo: Este artículo científico exhaustivo tiene como objetivo sintetizar la evidencia más reciente (2015-2025) que vincula la colelitiasis (CL) con el síndrome metabólico (SM), y proponer un enfoque integrado para el manejo médico y quirúrgico, con énfasis en la fisiopatología compartida, la optimización preoperatoria y las controversias en cirugía bariátrica (CB). **Metodología:** Se realizó una revisión narrativa de literatura científica (artículos originales, revisiones sistemáticas y guías clínicas) publicada entre 2015 y 2025, extraída de bases de datos biomédicas, abordando la epidemiología contemporánea, las bases moleculares y las estrategias terapéuticas para la patología biliar en pacientes con disfunción metabólica. **Resultados Clave:** El SM, caracterizado principalmente por la resistencia a la insulina (RI) y la obesidad central, ha sido identificado como un potente factor litogénico. Esta disfunción metabólica favorece la sobresaturación de colesterol biliar y la disfunción de la motilidad vesicular. El aumento de la incidencia de CL en adultos jóvenes (18–40 años) se correlaciona con la creciente prevalencia del SM. Mientras que la colecistectomía laparoscópica sigue siendo el estándar para la CL sintomática, el manejo preventivo y post-quirúrgico es crucial. La rápida pérdida de peso posterior a la CB induce una incidencia alta de CL de novo (30-53%), lo que ha llevado a estandarizar la profilaxis con ácido ursodesoxicólico (AUDC) o la colecistectomía concomitante en casos de litiasis preexistente. **Conclusiones:** El tratamiento exitoso de la colelitiasis en pacientes con SM requiere un enfoque proactivo y multidisciplinario. La optimización intensiva de los factores metabólicos (control de peso, glucemia) sirve como prevención primaria y optimización preoperatoria. Las decisiones quirúrgicas, especialmente en el contexto de la cirugía bariátrica, deben ser selectivas y siempre acompañadas de estrategias preventivas postoperatorias (AUDC) para mitigar el riesgo de complicaciones inducidas por la terapia metabólica.

Palabras clave: Síndrome Metabólico, Colelitiasis, Resistencia a la Insulina, Cirugía Bariátrica, Ácido Ursodesoxicólico.

ABSTRACT

Objective: This comprehensive scientific article aims to synthesize the latest evidence (2015-2025) linking cholelithiasis (CL) with metabolic syndrome (MS) and to propose an integrated approach to medical and surgical management, with an emphasis on shared pathophysiology, preoperative optimization, and controversies in bariatric surgery (BS). **Methodology:** A narrative review of scientific literature (original articles, systematic reviews, and clinical guidelines) published between 2015 and 2025 was conducted, extracted from biomedical databases, addressing contemporary epidemiology, molecular bases, and therapeutic strategies for biliary pathology in patients with metabolic dysfunction. **Key Results:** MS, characterized primarily by insulin resistance (IR) and central obesity, has been identified as a potent lithogenic factor. This metabolic dysfunction favors biliary cholesterol supersaturation and gallbladder motility dysfunction. The increased incidence of CL in young adults (18–40 years) correlates with the growing prevalence of MS. While laparoscopic cholecystectomy remains the standard for symptomatic CL, preventive and post-surgical management is crucial. Rapid weight loss following BS induces a high incidence of de novo CL (30-53%), which has led to the standardization of prophylaxis with ursodeoxycholic acid (UDCA) or concomitant cholecystectomy in cases of pre-existing lithiasis. **Conclusions:** The successful treatment of cholelithiasis in patients with MS requires a proactive and multidisciplinary approach. Intensive optimization of metabolic factors (weight control, glycemia) serves as primary prevention and preoperative optimization. Surgical decisions, especially in the context of bariatric surgery, must be selective and always accompanied by postoperative preventive strategies (UDCA) to mitigate the risk of complications induced by metabolic therapy.

Keywords: Metabolic Syndrome, Cholelithiasis, Insulin Resistance, Bariatric Surgery, Ursodeoxycholic Acid.

RESUMO

Objetivo: Este artigo científico abrangente tem como objetivo sintetizar as evidências mais recentes (2015-2025) que relacionam a colelitíase (CL) com a síndrome metabólica (SM) e propor uma abordagem integrada para o tratamento médico e cirúrgico, com ênfase na fisiopatologia comum, otimização pré-operatória e controvérsias na cirurgia bariátrica (CB). **Metodologia:** Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica (artigos originais, revisões sistemáticas e diretrizes clínicas) publicada entre 2015 e 2025, extraída de bases de dados biomédicas, abordando a epidemiologia contemporânea, as bases moleculares e as estratégias terapêuticas para a patologia biliar em pacientes com disfunção metabólica. **Principais resultados:** A SM, caracterizada principalmente pela resistência à insulina (RI) e obesidade central, foi identificada como um potente fator litogênico. Esta disfunção metabólica favorece a supersaturação do colesterol biliar e a disfunção da motilidade da vesícula biliar. O aumento da incidência de LC em adultos jovens (18-40 anos) está correlacionado com a crescente prevalência da SM. Embora a colecistectomia laparoscópica continue a ser o padrão para a LC sintomática, o tratamento preventivo e pós-cirúrgico é crucial. A rápida perda de peso após a BS induz uma alta incidência de CL de novo (30-53%), o que levou à padronização da profilaxia com ácido ursodeoxicólico (UDCA) ou colecistectomia concomitante em casos de litíase pré-existente. **Conclusões:** O tratamento bem-sucedido da colelitíase em pacientes com SM requer uma abordagem proativa e multidisciplinar. A otimização intensiva dos fatores metabólicos (controle de peso, glicemia) serve como prevenção primária e otimização pré-operatória. As decisões cirúrgicas, especialmente no contexto da cirurgia bariátrica, devem ser seletivas e sempre acompanhadas por estratégias preventivas pós-operatórias (UDCA) para mitigar o risco de complicações induzidas pela terapia metabólica.

Palavras-chave: Síndrome Metabólica, Colelitíase, Resistência à Insulina, Cirurgia Bariátrica, Ácido Ursodesoxicólico.

Introducción

El síndrome metabólico (SM) se define como un conjunto de alteraciones fisiológicas interrelacionadas, incluyendo obesidad abdominal, resistencia a la insulina (RI), hipertensión arterial, dislipidemia e hiperglucemia. Este cúmulo de factores incrementa drásticamente el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia del SM ha crecido exponencialmente a nivel mundial debido al aumento del sedentarismo, la mala alimentación y el estrés crónico (1), lo que se ha convertido en una epidemia global, afectando incluso a una proporción considerable de la población en países en desarrollo (2).

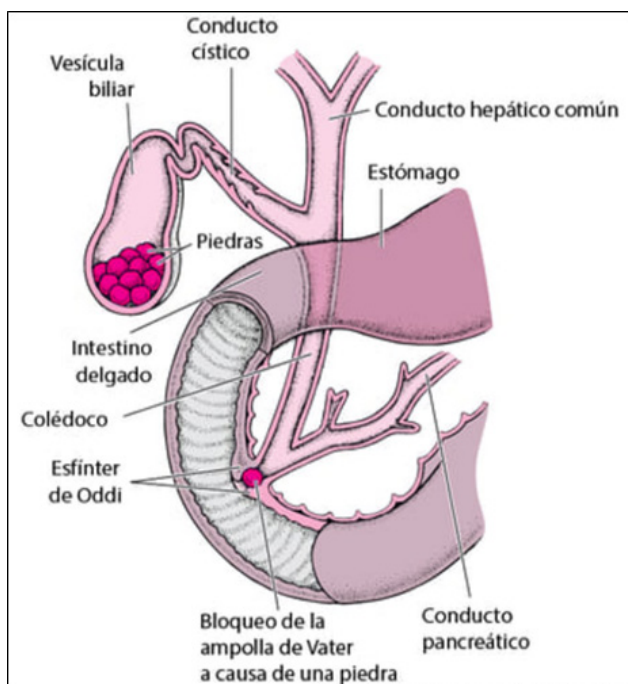


Figura 1. Cálculos biliares

Fuente: Saiman (3).

La colestitis (CL) tradicionalmente se ha asociado a factores como el sexo femenino y la edad avanzada. Sin embargo, los datos epidemiológicos recientes, particularmente revisiones que abarcan el periodo 2020-2024, indican un cambio en la demografía de la enfermedad, observándose una fre-

cuencia creciente de CL en adultos jóvenes (18-40 años) (1). Esta tendencia refleja la conexión intrínseca entre la patología biliar y la disfunción metabólica sistémica. La CL, que en el contexto metabólico es predominantemente de colesterol (3), es ahora vista como una manifestación extrapática directa de la resistencia a la insulina y la adiposidad disfuncional (1). La evidencia sugiere que la detección de CL en adultos jóvenes debería considerarse un indicativo para un cribado agresivo y temprano del SM.

Metodología

Para asegurar la actualidad y el rigor del informe, se efectuó una revisión sistemática en bases de datos biomédicas primarias, incluyendo PubMed, Scopus, ScienceDirect y Google Scholar. El periodo de búsqueda se delimitó estrictamente entre enero de 2015 y 2025, según las publicaciones identificadas. Las palabras clave utilizadas incluyeron combinaciones de términos clave como "Síndrome Metabólico," "Colestitis," "Resistencia a la Insulina," "Cirugía Bariátrica," "Ácido Ursodesoxicólico," y "Colecistectomía Concomitante." Se priorizó la inclusión de revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios originales y guías de práctica clínica con revisión por pares que abordaran directamente la relación bidireccional entre el SM y la CL, así como las pautas de manejo integral. Se excluyeron los documentos duplicados, estudios con fecha de publicación anterior a 2020 (a menos que fueran guías clínicas ampliamente aceptadas o que proporcionaran contexto histórico esencial) y aquellos sin resumen o texto completo accesible.

Resultados

Fisiopatología Interconectada: El Eje Hígado-Vesícula en el SM

El vínculo patogénico primario entre el síndrome metabólico y la colestitis es la resistencia a la insulina (RI), potenciada por la acumulación de tejido adiposo visceral y ectópico (obesidad central) (1). Esta in-

terconexión genera un doble mecanismo litogénico que afecta la composición y la función biliar.

Resistencia a la Insulina, Disfunción Adiposa y Producción de Bilis Litogénica

La RI promueve la disfunción del tejido adiposo, lo que se traduce en un incremento en el flujo de ácidos grasos libres (AGL) hacia el hígado (4). El aumento de AGL y el estado de RI consecuente estimulan la actividad de las enzimas biosintéticas del colesterol, llevando a una sobreproducción y una mayor secreción hepática de colesterol hacia la bilis. El resultado es una bilis sobresaturada de colesterol en relación con las sales biliares y fosfolípidos, que es el prerrequisito bioquímico para la nucleación y formación de cálculos de colesterol (1).

Disfunción de la Motilidad Vesicular y Estasis Biliar

Además de alterar la composición, la disfunción metabólica compromete la función mecánica de la vesícula biliar. La RI y la

obesidad se asocian con una menor respuesta a la colecistoquinina (CCK), la hormona que regula la contracción vesicular. Esta motilidad reducida provoca éstasis biliar, lo que permite un contacto prolongado de la bilis sobresaturada con la pared vesicular, facilitando la nucleación de cristales y la formación de cálculos (1). La combinación de bilis altamente litogénica y estasis prolongada establece un ambiente ideal para la colelitiasis.

Esta cadena causal fisiopatológica (SM $\rightarrow$ Aumento de AGL al hígado $\rightarrow$ Mayor síntesis de colesterol biliar $\rightarrow$ Sobresaturación + Disfunción de motilidad vesicular $\rightarrow$ Colelitiasis) tiene una implicación clínica fundamental: la colelitiasis es una consecuencia directa de la disfunción metabólica, lo que subraya que su tratamiento no puede limitarse a la extirpación quirúrgica del órgano, sino que debe incorporar el control intensivo del SM.

Epidemiología Actualizada y Factores de Riesgo Específicos (2020-2025)

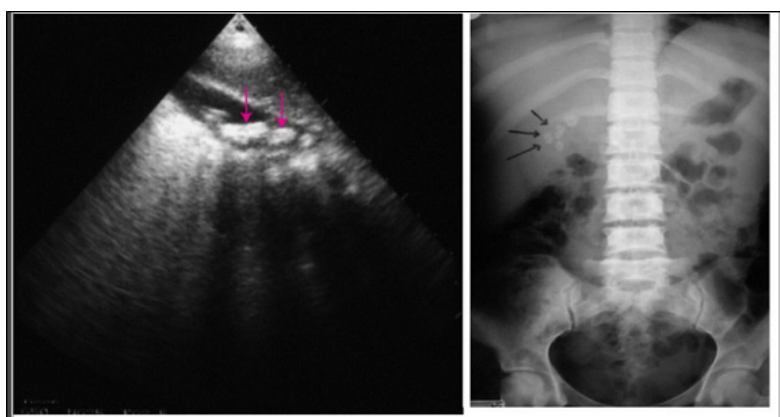


Figura 2. Imágenes abdominales (cálculos biliares)

Fuente: Saiman (5).

La literatura reciente ha cimentado la robusta correlación entre el SM y la CL. La incidencia de la CL está aumentando en adultos jóvenes (18-40 años), un reflejo directo del crecimiento del SM en esta población debido al sedentarismo y la dieta inadecuada (1).

Dentro de los componentes del SM, se ha observado que la hipertrigliceridemia y la hipertensión arterial son factores que incrementan el riesgo de desarrollar patología litogénica (4). Aunque estudios poblacionales anteriores (ej. 2014) no encontraron una asociación estadísticamente significativa entre

el antecedente de litiasis biliar/colecistectomía y el diagnóstico de SM pre-mórbido (2), la vasta mayoría de la evidencia contemporánea confirma el vínculo, resaltando que la colelitiasis es un fenómeno secundario a la disfunción metabólica subyacente.

Manejo Médico Preventivo y Terapéutico

El manejo médico es esencial, particularmente en la colelitiasis asintomática y como estrategia de prevención primaria en pacientes con SM.

Modificaciones Intensivas del Estilo de Vida y Dieta

La estrategia preventiva se centra en corregir los factores que exacerban la litogénesis. La inactividad física está estrechamente ligada a la resistencia a la insulina, por lo que el ejercicio regular es vital para mejorar el metabolismo glucémico y lipídico (6).

Un aspecto crítico es la velocidad de la pérdida de peso. Los expertos recomiendan enfáticamente evitar las dietas de choque o las pérdidas de peso extremadamente rápidas, ya que el ciclo de subir y bajar de peso (efecto yo-yo) y el adelgazamiento acelerado (característico de las dietas con muy pocas calorías) aumentan sustancialmente el riesgo de colelitiasis (7). El objetivo debe ser una pérdida de peso lenta y sostenible. La dieta debe ser rica en fibra (frutas, verduras, granos integrales) y contener grasas saludables (aceite de oliva, aceite de pescado) que ayudan a estimular la contracción y el vaciamiento regular de la vesícula biliar (8).

Manejo de la Colelitiasis Asintomática en el Paciente Metabólico

Alrededor del 80% de los cálculos biliares son asintomáticos y, en la población general, no requieren tratamiento activo (3). En el paciente metabólico con CL asintomática, la conducta estándar es expectante (9), haciendo hincapié en el control estricto del SM. El manejo médico de la disfunción metabólica es la principal estrategia a largo

plazo para prevenir la progresión y la aparición de síntomas.

Estrategias Farmacológicas: El rol del Ácido Ursodesoxicólico (AUDC)

El ácido ursodesoxicólico (AUDC) es fundamental no tanto para la disolución de cálculos grandes y calcificados, sino para la prevención de la formación de cálculos de colesterol.

El AUDC se ha establecido como un componente obligatorio en la profilaxis de la litiasis vesicular de novo en pacientes sometidos a cirugía bariátrica (CB). Este fármaco actúa reduciendo la sobresaturación de colesterol en la bilis. En el contexto de la CB, donde la lipólisis acelerada postoperatoria genera una bilis altamente litogénica (10), el AUDC sirve como un puente terapéutico esencial, integrando el manejo médico en la fase post-quirúrgica para prevenir una complicación secundaria inducida por el tratamiento primario de la obesidad.

Manejo Quirúrgico de la Colelitiasis Sintomática

Indicaciones y Seguridad de la Colectomía Laparoscópica en Pacientes con SM

La colectomía laparoscópica representa el tratamiento de elección para la colelitiasis sintomática (cólico biliar) y la colecistitis aguda. La técnica laparoscópica es preferida, con un tiempo de recuperación para casos no complicados que oscila entre 14 y 21 días (9).

Aunque los pacientes con SM (obesidad, diabetes, disfunción hepática) tienen un riesgo perioperatorio incrementado, las guías clínicas recomiendan la colectomía temprana por laparoscopia en el manejo de la colecistitis aguda leve (Grado I) (9).

Preparación Preoperatoria en Pacientes con Hígado Graso Metabólico (EHGM/NAFLD)

La alta prevalencia de enfermedad hepática grasa asociada a disfunción metabólica (EHGM, anteriormente NAFLD) en pa-

cientes obesos y con SM (11) requiere una preparación meticulosa antes de la cirugía biliar o bariátrica electiva. Un hígado graso o inflamado aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas, sangrado y dificulta la visualización laparoscópica.

Para optimizar la seguridad y facilitar la recuperación, se recomienda que los pacientes con EHGM significativo realicen una pérdida de peso moderada (5–10% del peso corporal), sigan una dieta hipocalórica y baja en azúcares simples, y logren un control estricto de la glucosa y los lípidos antes de la cirugía. Estas medidas reducen la esteatosis hepática y el volumen del hígado, mejorando las condiciones quirúrgicas (12).

Consideraciones Quirúrgicas Especiales: La Colelitiasis en el Contexto de la Cirugía Bariátrica/Metabólica

La cirugía bariátrica (CB) es un tratamiento altamente efectivo para la obesidad y el SM (13), pero conlleva un riesgo significativo de desarrollar patología biliar de novo.

Incidencia de Colelitiasis de Novo Post-CB

La pérdida de peso rápida es el factor de riesgo determinante. La lipólisis acelerada post-CB moviliza grandes cantidades de colesterol, resultando en una bilis altamente litogénica. Además, en procedimientos como el *bypass* gástrico, la exclusión duodenal puede reducir la secreción de CCK, contribuyendo a la estasis vesicular. La incidencia de colelitiasis *de novo* (CLN) post-CB se reporta entre 30% y 53%, con un 7% a 14% de pacientes desarrollando CLN sintomática. Este riesgo es máximo durante el primer año postoperatorio, el periodo de mayor pérdida de peso (10).

Controversia: Colecistectomía Concomitante vs. Profilaxis Farmacológica

La decisión de cómo manejar la vesícula biliar durante la CB es una de las áreas de mayor debate en el manejo quirúrgico integrado (14).

- **Colelitiasis Sintomática Pre-CB:** Existe un consenso general en que la colecistectomía debe ser concomitante con la CB para evitar complicaciones agudas postoperatorias (10).
- **Colelitiasis Asintomática Pre-CB:** La actitud más aceptada es la colecistectomía selectiva en lugar de la rutinaria (10). La justificación para la selectividad radica en que la colecistectomía concomitante puede aumentar el tiempo quirúrgico, particularmente en la gastrectomía vertical, sin un beneficio claro en la hospitalización o las complicaciones globales. No obstante, estudios recientes indican que hasta el 15.5% de los pacientes con litiasis asintomática preoperatoria que no fueron intervenidos desarrollaron síntomas posteriormente (15).
- **Vesícula Sana Pre-CB:** La estrategia preferida es la profilaxis con AUDC, administrado durante el periodo de mayor riesgo (aproximadamente 6 a 12 meses postoperatorios) (10).

La indicación de manejo biliar en el paciente metabólico sometido a CB es, por necesidad, más agresiva que en la población general con CL asintomática, reflejando el alto potencial litogénico del cambio metabólico brusco.

El siguiente cuadro resume el manejo de la colelitiasis asintomática en pacientes metabólicos:

Tabla 1. Estrategias Integradas para el Manejo de la Colelitiasis Asintomática en el Paciente Metabólico

Escenario Clínico	Enfermedad Biliar	Estrategia Metabólica (Prevención Primaria)	Manejo Biliar/Quirúrgico Recomendado
Paciente con SM (no CB)	Colelitiasis Asintomática	Control riguroso de peso (evitar pérdida rápida), dieta rica en fibra y grasas saludables.	Conducta expectante y monitoreo ecográfico anual.
Paciente Pre-CB	Colelitiasis Sintomática	Optimización metabólica preoperatoria (control de EHGM/RI).	Colecistectomía concomitante obligatoria durante la CB.
Paciente Pre-CB	Vesícula Biliar Sana (Alto riesgo)	Optimización preoperatoria del SM.	Profilaxis con Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) post-CB (6-12 meses).
Paciente Post-Colecistectomía	Prevención de SPC y comorbilidades	Continuación del manejo intensivo del SM (control de lípidos/glucosa).	Abordaje multidisciplinario para disfunciones funcionales (SPC).

Fuente: Andrés-Imaz et al; Ciria Bru; Nationals Institutes of Health; Saiman (3,8,10,12,16).

Discusión

Implicaciones de la Fisiopatología Comparada para el Tratamiento Holístico

La creciente evidencia que caracteriza la colelitiasis como una manifestación del síndrome metabólico implica un profundo cambio en el paradigma terapéutico. Si bien la colecistectomía es curativa para la enfermedad litiásica sintomática, esta intervención no aborda la causa sistémica subyacente: la resistencia a la insulina y la disfunción adiposa.

El tratamiento de la colelitiasis, por lo tanto, exige que la gestión post-quirúrgica se centre intensamente en la resolución o mejora de los componentes del SM. La cirugía bariátrica ilustra este concepto, ya que no solo es un tratamiento quirúrgico de la obesidad, sino también un potente tratamiento metabólico que puede inducir la remisión de la diabetes en una proporción significativa de pacientes (13).

Por otro lado, la persistencia de la disfunción metabólica después de la colecistectomía puede predisponer al Síndrome

Post-Colecistectomía (SPC). Los síntomas de SPC a menudo incluyen trastornos funcionales biliares (como la disfunción del esfínter de Oddi) o manifestaciones digestivas asociadas al SM, como gastritis o síndrome de intestino irritable (16). El diagnóstico diferencial del dolor abdominal persistente en estos pacientes debe ser amplio, considerando que la patología funcional es una secuela común de la enfermedad metabólica.

Evaluación Riesgo-Beneficio en Pacientes Críticos: Optimización Preoperatoria y Riesgo Iatrogénico

La cirugía en pacientes con SM presenta riesgos elevados que requieren una estratificación cuidadosa. El riesgo quirúrgico en esta población no es exclusivo de la obesidad, sino que está íntimamente ligado a la salud hepática. La alta prevalencia de EHGM (11) puede aumentar las complicaciones perioperatorias y dificultar técnicamente la cirugía. Por ello, la reducción de la esteatosis hepática mediante programas preoperatorios de pérdida de peso moderada (5-10%) y control metabólico es una estrategia vital para mejorar la seguridad de los procedimientos electivos (12).

La pérdida de peso rápida, si bien es el objetivo primario para tratar el SM, genera una paradoja terapéutica: la movilización acelerada de colesterol crea un riesgo iatrogénico sustancial de CL de novo (10). Esta realidad ha consolidado la profilaxis farmacológica con AUDC como un componente esencial en el protocolo de manejo del paciente post-bariátrico con vesícula sana, un claro ejemplo de cómo el manejo médico se integra obligatoriamente con la cirugía para mitigar el riesgo secundario.

Necesidad de un Enfoque Multidisciplinario

El manejo complejo de la coleditiasis en el contexto del síndrome metabólico requiere de un equipo multidisciplinario que incluya cirujanos, gastroenterólogos, endocrinólogos y especialistas en nutrición.⁸ Este enfoque es crucial para:

1. **Monitoreo Post-Bariátrico:** El seguimiento ecográfico regular post-CB es vital para la detección oportuna de CLN (17).
2. **Manejo Farmacológico Integrado:** La terapia para el SM (ej. control glucémico y lipídico) debe ser coordinada para reducir el riesgo de recurrencia o complicaciones funcionales post-colecistectomía (17).
3. **Prevención a Largo Plazo:** El control continuo del SM es la única medida efectiva para prevenir otras complicaciones relacionadas con la disfunción metabólica que persisten incluso después de la extirpación de la vesícula biliar (17).

Conclusiones

La coleditiasis se ha posicionado firmemente como una comorbilidad relevante y creciente del síndrome metabólico, impulsada por la interacción de la resistencia a la insulina, la bilis sobresaturada de colesterol y la disfunción de la motilidad vesicular.

1. **Prevención y Detección Temprana:** La CL en adultos jóvenes debe ser recono-

cida como un signo de daño metabólico incipiente, lo que exige un cribado integral del SM y la promoción de la pérdida de peso controlada y sostenida como estrategia de prevención primaria.

2. **Integración Médico-Quirúrgica:** El tratamiento definitivo de la enfermedad sintomática es la colecistectomía laparoscópica. Sin embargo, en pacientes con SM, es indispensable la optimización metabólica preoperatoria, especialmente en presencia de enfermedad hepática grasa metabólica, para garantizar la seguridad quirúrgica.
3. **Protocolo Post-Bariátrico:** Dada la alta incidencia de coleditiasis de novo tras la cirugía bariátrica, la profilaxis sistemática con Ácido Ursodesoxicólico (AUDC) se considera una práctica estándar para pacientes con vesícula sana. La colecistectomía concomitante debe considerarse selectivamente en casos de litiasis asintomática preexistente, debido al riesgo inaceptable de complicaciones durante el periodo de rápida pérdida de peso.

Bibliografía

- Gainza Riofrio PE. SÍNDROME METABÓLICO Y SU INCIDENCIA EN COLEDITIASIS EN PACIENTES ADULTOS JÓVENES. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 2020 – 2024 [Internet]. Universidad de Las Américas; 2025. Available from: <https://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/18130/1/UDLA-EC-TM-ND-2025-114.pdf>
- Fierro Barzola WR, Mariano Ureta GS, Curo Niquén J. Relación entre litiasis biliar o colecistectomía con el síndrome metabólico en pacientes del hospital II - EsSalud, Huánuco 2014. Rev Peru Med Integr. 2017;2(3).
- Saiman Y. Cálculos biliares [Internet]. 2025. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/hogar/trastornos-del-hígado-y-de-la-vesícula-biliar/trastornos-de-la-vesícula-biliar-y-de-las-vías-biliares/cálculos-biliares>
- Sansores-España DJ, de los Ángeles Medina MM, Rubio-Zapata HA, Romero-Campos SG, Leal-Ortega G. Síndrome metabólico y litiasis urinaria en adultos: estudio de casos y controles. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2020;58(6):657–65.

- Saiman Y. Colelitiasis [Internet]. 2023. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-hepáticos-y-biliares/trastornos-de-la-vesícula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis>
- National Institutes of Health. Resistencia a la insulina y la prediabetes [Internet]. 2018. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/que-es/resistencia-insulina-prediabetes>
- National Institutes of Health. Dieta para los cálculos biliares [Internet]. 2017. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/calculos-biliares/dieta>
- National Institutes of Health. Alimentación, dieta y nutrición para los cálculos biliares [Internet]. 2017. Available from: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/calculos-biliares/alimentacion-dieta-nutricion>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento de Colecistitis y Colelitiasis [Internet]. Available from: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/237GRR.pdf>
- Andrés-Imaz A, Martí-Gelonch L, Eizaguirre-Letamendia E, Asensio-Gallego JI, Enríquez-Navascués JM. Incidencia y factores de riesgo para el desarrollo de colelitiasis tras cirugía bariátrica. Cirugía Española [Internet]. 2021 Nov;99(9):648–54. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0009739X20303523>
- Yupanqui H, Muñoz JM, Guerra L. Acta médica colombiana: AMC: órgano de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Acta Médica Colomb [Internet]. 2008 [cited 2025 Oct 21];33(1):15–21. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482008000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=es
- Ciria Bru R. Cómo afecta el hígado graso a la cirugía hepática: lo que debes saber [Internet]. Available from: <https://doctorrubenciria.com/higado-graso-cirugia-hepatica/>
- Levy S. Cirugía metabólica y bariátrica [Internet]. 2024. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/obesidad-y-síndrome-metabólico/cirugía-metabólica-y-bariátrica>
- Pimienta-Sosa AP, Medina-Sánchez CE. Colecistectomía en el paciente bariátrico: ¿antes, durante o después de bypass gástrico? Cir Gen [Internet]. 2023;45(1):21–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=110699>
- Petrola Chacón CG. Análisis del manejo de la colelitiasis en el paciente sometido a cirugía bariátrica [Internet]. UNIVERSITAT AUTÒNOMA DE BARCELONA; 2022. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/688684/cgpc1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saiman Y. Síndrome poscolecistectomía [Internet]. 2023. Available from: <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-hepáticos-y-biliares/trastornos-de-la-vesícula-biliar-y-los-conductos-biliares/síndrome-poscolecistectomía>
- Lasnibat R. JP, Molina F. JC, Lanzarini S. E, Musleh K. M, von Jentsch R. N, Valenzuela S. D, et al. Colelitiasis en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica: estudio y seguimiento postoperatorio a 12 meses. Rev Chil Cirugía [Internet]. 2017 Jan;69(1):49–52. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0379389316300941>

CITAR ESTE ARTICULO:

Zúñiga San Lucas, E. A. ., Zambrano Ortega, J. A., Malla Cando, E. M., & Jiménez González, A. C. (2025). Colelitiasis y síndrome metabólico: integración del manejo médico y quirúrgico. RECIMUNDO, 9(4), 107–115. [https://doi.org/10.26820/recimundo/9.\(4\).oct.2025.107-115](https://doi.org/10.26820/recimundo/9.(4).oct.2025.107-115)

