https://doi.org/10.22516/25007440.1654

Artículo de revisión

Trastornos de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi: ¿Qué cambia con Roma V y por qué importa en Latinoamérica?

Gallbladder and sphincter of Oddi disorders: What changes with Rome V and why does it matter in Latin America?

Jorge Espinoza-Ríos,[1*] Gerardo Andrés Puentes.[2]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Espinoza-Ríos J, Puentes GA. Trastornos de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi: ¿Qué cambia con Roma V y por qué importa en Latinoamérica? Rev. colomb. Gastroenterol. 2026;41(4):480-487. https://doi.org/10.22516/25007440.1654

[1] Médico Gastroenterólogo, Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia. Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Coordinador de la Unidad de Motilidad Digestiva, Clínica San Felipe. Lima, Perú.

[2] Gastroenterólogo, especialista en Endoscopia Digestiva, Médico Internista, Epidemiólogo Clínico, especialista en Docencia Universitaria, candidato a MSc en Economía de la Salud, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Fundación Santa Fe. Bogotá, Colombia. Coordinador de Gastroenterología y Unidad de Endoscopia, Hospital Serena del Mar. Cartagena, Colombia.

Correspondencia: Jorge Espinoza-Ríos.
jorge.espinoza@upch.pe

Fecha recibido: 30/09/2026
Fecha aceptado: 06/10/2026

Resumen

Introducción: el trastorno vesicular disfuncional y el trastorno del esfínter de Oddi son referencias del dolor abdominal superior, obstrucción biliar o pancreatitis sin causa estructural u orgánica evidente. Su diagnóstico se definía a través de la colescintigrafía y la manometría del esfínter, pruebas que son de baja reproducibilidad y que favorecieron el sobrediagnóstico y el uso excesivo de colecistectomía y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Resultados: se revisaron los cambios de Roma V, que constituyen una definición más estricta del dolor biliar típico; la exclusión de la fracción de eyección vesicular y la incorporación de un período de observación en el trastorno vesicular disfuncional; el abandono de la clasificación de Milwaukee, la manometría y la gammagrafía en el trastorno del esfínter de Oddi biliar, que ahora exige evidencia objetiva de obstrucción, y la restricción del trastorno del esfínter de Oddi pancreático a la pancreatitis aguda recurrente idiopática. Se incorporaron las implicaciones para Latinoamérica, donde la colelitiasis alcanza prevalencias de 27% al 35%, y donde la colecistectomía es muy frecuente y la región andina concentra las mayores tasas de cáncer de vesícula del mundo.

Conclusiones: Roma V consolida un enfoque restrictivo que prioriza el dolor biliar típico y la evidencia objetiva de obstrucción para indicar intervenciones. En nuestra región, su aplicación exige descartar rigurosamente la microlitiasis y otras causas estructurales, como malignidad, y de esa manera evitar procedimientos invasivos en pacientes con otros trastornos de la interacción intestino-cerebro.

Palabras clave: vesícula biliar, esfínter de Oddi, pancreatitis, colecistectomía, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Abstract

Introduction: Functional gallbladder disorder and sphincter of Oddi disorder are considered in the evaluation of upper abdominal pain, biliary obstruction, or pancreatitis in the absence of an evident structural or organic cause. Their diagnosis traditionally relied on cholescintigraphy and sphincter of Oddi manometry, tests with limited reproducibility that contributed to overdiagnosis and the excessive use of cholecystectomy and endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

Results: This review examines the changes introduced in Rome V, including a stricter definition of typical biliary pain; the exclusion of gallbladder ejection fraction as a diagnostic criterion and the introduction of an observation period for functional gallbladder disorder; the abandonment of the Milwaukee classification, manometry, and scintigraphy for biliary sphincter of Oddi disorder, which now requires objective evidence of obstruction; and the restriction of pancreatic sphincter of Oddi disorder to idiopathic recurrent acute pancreatitis. The implications for Latin America are also addressed, where cholelithiasis prevalence reaches 27%–35%, cholecystectomy is performed frequently, and the Andean region has some of the highest gallbladder cancer rates worldwide.

Conclusions: Rome V consolidates a restrictive approach that prioritizes typical biliary pain and objective evidence of obstruction when considering interventions. In Latin America, implementing it requires rigorous evaluation to exclude microlithiasis and other structural causes, including malignancy, to avoid invasive procedures in patients with other disorders of gut–brain interaction.

Keywords: gallbladder, sphincter of Oddi, pancreatitis, cholecystectomy, endoscopic retrograde cholangiopancreatography.

© 2026 Asociación Colombiana de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la vesícula biliar y del esfínter de Oddi (EO) forman parte de los criterios de Roma desde su primera edición; sin embargo, siguen entre las entidades menos investigadas de los trastornos de la interacción intestino-cerebro (TIIC)[1,2]. Aunque el defecto se ha situado tradicionalmente en la vesícula o en el complejo esfinteriano, cuyo abordaje sería curativo, no está claro aún cuánto del cuadro depende de estos órganos y cuánto del sistema nervioso entérico, aunque comparten mecanismos y síntomas con los TIIC[1].

Actualmente es claro que buena parte de los pacientes catalogados con disfunción vesicular o del esfínter en realidad presentaban otro TIIC y que la colecistectomía y, sobre todo, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que implican riesgos considerables en esta población, no eran necesarios[1,3]. El ensayo *EPISOD* fue un punto de inflexión ya que demostró que la esfinterotomía no redujo el dolor en pacientes colecistectomizados sin evidencia objetiva de obstrucción biliar[3]. En la última actualización de Roma V, se consolida esta tendencia restrictiva con énfasis en la minimización del daño y la optimización del riesgo-beneficio[1].

Este tema tiene especial relevancia en Latinoamérica, ya que la colelitiasis tiene una alta prevalencia en poblaciones con ancestría amerindia: en Chile, la prevalencia ajustada por edad y sexo alcanzó el 35% en la población mapuche y el 27% en la población hispana[4], y las poblaciones hispanas e indígenas de las Américas figuran entre las de mayor prevalencia mundial[5,6]. La región andina concentra, además, las tasas más altas de cáncer de vesícula del mundo, con Bolivia, Chile y Perú encabezando la lista[7]; esto guarda relación con la litiasis no tratada y el acceso limitado a la colecistectomía[8]. Sin embargo, lo anterior implica un aumento de la cantidad de colecistectomías y, por tanto, la posibilidad de dolor poscolecistectomía, con una alta probabilidad de que el dolor biliar "sin cálculos" obedezca a microlitiasis no detectada y recursos diagnósticos desigualmente distribuidos; es por esto que distinguir la enfermedad litiásica de los trastornos funcionales es fundamental en este grupo de pacientes.

Los objetivos de esta revisión son presentar los principales cambios de Roma V sobre el trastorno vesicular disfuncional (TVD) y los trastornos del esfínter de Oddi (TEO) biliar y pancreático, y discutir su aplicación en la práctica latinoamericana.

RESULTADOS

Dolor biliar típico

Roma V reemplaza el término *criterios* por *definición*, ya que el dolor es un síntoma y no un diagnóstico, y agrega el calificativo *típico* para designar el patrón con mayor probabilidad de responder al tratamiento, que es el que se produce por la obstrucción transitoria del conducto cístico o del colédoco por un cálculo[1]. Contrariamente a la creencia habitual, el dolor biliar no es cólico ni se limita al hipocondrio derecho, sino que alcanza con rapidez su intensidad máxima, se mantiene estable y compromete con mayor frecuencia el epigastrio[1,9]. La definición se presenta en la **Tabla 1**. Aunque existen excepciones con dolor más continuo, una definición estricta es la principal herramienta para seleccionar candidatos a una probable intervención[1].

Tabla 1. Definición de dolor biliar típico según Roma V

Componente	Descripción
Localización	Epigastrio o hipocondrio derecho
Debe cumplir todas las siguientes	1. Inicio agudo, con duración de al menos 20 minutos y hasta varias horas 2. Episódico, con intervalos variables entre crisis 3. Suficientemente intenso para interrumpir las actividades diarias o motivar una evaluación médica urgente 4. No relacionado con las deposiciones ni aliviado por supresión ácida o cambios de posición
Características de apoyo	1. Náuseas y vómitos 2. Irradiación a la espalda o a la escápula derecha 3. Aparición posprandial 4. Despierta al paciente durante el sueño

Adaptada de: Elmunzer BJ, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1303-17[1].

Trastorno vesicular disfuncional

Definición y epidemiología

Roma V usa el término TVD, en lugar de discinesia biliar o colecistitis crónica alitiásica, denominaciones que presuponen una fisiopatología no siempre demostrable[1]. La epidemiología procede sobre todo de series quirúrgicas estadounidenses, en las que la discinesia biliar llegó a motivar cerca de 40% de las colecistectomías en adultos y 60% en niños[10,11]. La tasa de colecistectomía por esta indicación se duplicó entre 1991 y 2011 y supera ampliamente la de otros países[12]. En contraste, el estudio epidemiológico global de la Fundación Roma, que incluyó países latinoamericanos, halló una prevalencia de dolor biliar funcional inferior al 1%; esta discrepancia sugiere un uso excesivo de la cirugía[13].

Fisiopatología

El modelo conceptual integra tres componentes: la bilis intraluminal, el epitelio y la musculatura vesicular. La dismotilidad genera estasis, disbiosis, distensión e hipoperfusión de la pared, que alteran la barrera epitelial y perpetúan la

inflamación en un círculo vicioso. Cabe señalar que aún no existen estudios sobre factores psicosociales en el TVD[1].

Diagnóstico

Los criterios de Roma V se presentan en la **Tabla 2**. Se destacan dos cambios: primero, se incorpora como criterio de apoyo la persistencia de los síntomas pese a un período de manejo no quirúrgico, dado que el TVD es benigno y sus síntomas remiten espontáneamente hasta en el 50% de los casos[1,10], y segundo, se elimina la fracción de eyección vesicular (FEV) medida por colescintigrafía. Sobre este último, las revisiones sistemáticas son no concluyentes y son de baja calidad metodológica[14], además de que más de la mitad de los pacientes con FEV baja la normalizan en un segundo estudio[15], y el dolor biliar típico predice mejor la respuesta a la colecistectomía[16].

Tabla 2. Criterios diagnósticos de Roma V para los trastornos vesiculares y del esfínter de Oddi

Trastorno	Criterios
Trastorno vesicular disfuncional	**Debe incluir ambos:** - Dolor biliar típico - Ausencia de cálculos u otra patología estructural **De apoyo:** - Enzimas hepáticas, bilirrubina conjugada y enzimas pancreáticas normales durante el episodio - Persistencia de los síntomas pese a un período de tratamiento no quirúrgico
TEO biliar	**Debe incluir todos:** - Dolor biliar típico - Elevación de pruebas hepáticas o dilatación biliar - Ausencia de cálculos en la vía biliar u otras alteraciones estructurales
TEO pancreático	**Debe incluir ambos:** - Episodios recurrentes documentados de pancreatitis aguda - Exclusión de otras etiologías*

*Litiasis, alcohol, hipertrigliceridemia, pancreatitis autoinmune, hipercalcemia, fármacos, tumores del páncreas, lesión ampular, páncreas *divisum*, causas genéticas y exacerbación de pancreatitis crónica. TEO: trastorno del esfínter de Oddi. Adaptada de: Elmunzer BJ, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1303-17[1].

La colescintigrafía (gammagrafía [ácido hepatobiliar iminodiacético, HIDA] con estímulo farmacológico) conserva un papel limitado para pacientes con dolor típico y síntomas leves a moderados, cuando el resultado pueda modificar la decisión (con dolor típico, la resolución completa fue del 81% con FEV reducida frente al 70% con FEV normal)[16], y en pacientes con dolor atípico y con una FEV normal se desaconseja la colecistectomía[17]. Los pacientes sin dolor predominante en el abdomen superior no son candidatos a cirugía, cualquiera que sea la FEV[1].

Después de excluir otras causas según el cuadro clínico (úlcera péptica, gastroparesia, pancreatitis crónica, esteatosis, dolor musculoesquelético), el algoritmo de Roma V (**Figura 1**) recomienda que, ante síntomas persistentes, se repita la ecografía o se realice una ultrasonografía endoscópica (USE) antes de plantear la cirugía, pues el hallazgo de cálculos o barro convierte el caso en enfermedad litiásica con indicación clara de colecistectomía[1]. En poblaciones latinoamericanas, con alta prevalencia de litiasis, este paso adquiere especial importancia.

Tratamiento

Como el TVD no evoluciona a complicaciones graves, la cirugía temprana no está justificada; se recomienda un período de observación de 3 a 6 meses con consejería, cambios en el estilo de vida y eventualmente neuromoduladores[1]. Si los síntomas persisten en un paciente con dolor biliar típico, la colecistectomía está indicada. En una cohorte prospectiva, el dolor y la calidad de vida mejoraron entre 84% y 93% luego de la cirugía[18]. En pacientes con dolor atípico, la cirugía solo puede considerarse si la FEV es baja y mediante una decisión basada en el riesgo-beneficio sobre el paciente[1,17].

Trastorno del esfínter de Oddi biliar

Definición y epidemiología

El TEO comprende anomalías del esfínter de Oddi asociadas a dolor biliar, elevación de enzimas hepáticas, dilatación biliar o pancreatitis. Se reconocen dos fenotipos no excluyentes: la estenosis orgánica (fibrosis, inflamación o ambos) que lleva a una obstrucción estática, y la discinesia con espasmo intermitente del esfínter[1]. Hasta el 40% de los pacientes presenta dolor persistente o recurrente luego de la colecistectomía[19] y el TEO explica entre el 2% y el 31% de estos casos[20]. Desde la publicación del estudio *EPISOD*, el uso de la manometría y esfinterotomía por esta indicación ha disminuido[21]. En Latinoamérica, donde la colecistectomía es una de las cirugías abdominales más frecuentes[6], el dolor poscolecistectomía es un motivo de consulta habitual y la coledocolitiasis residual es la causa más frecuente después de los tres años[20], lo que debe descartarse antes de plantearse un TEO.

Fisiopatología

La colecistectomía podría desenmascarar un TEO subclínico ya que, al retirar el reservorio que descomprime la vía biliar durante el espasmo, o alterar la motilidad esfinteriana a través del corte de las fibras nerviosas que discurren por el cístico[1], se puede provocar la sensibilización nociceptiva

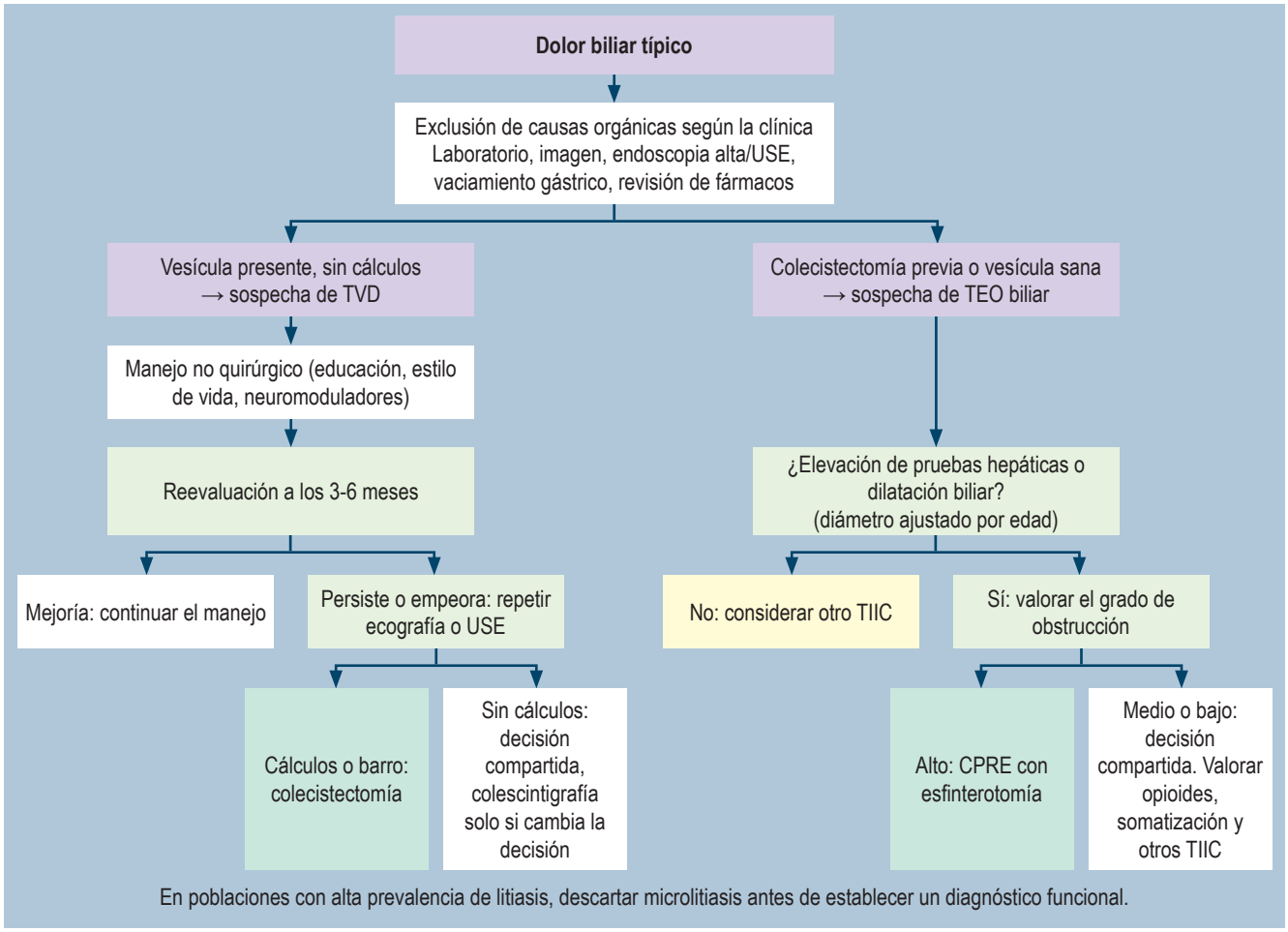


Figura 1. Algoritmo de evaluación del paciente con dolor biliar típico y sospecha de trastorno vesicular disfuncional (TVD) o trastorno del esfínter de Oddi (TEO) biliar. CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica; TIIC: trastornos de la interacción intestino-cerebro; USE: ultrasonografía endoscópica. Traducida y adaptada de: Elmunzer BJ, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1303-17[1].

y la sensibilización cruzada en individuos vulnerables con incrementos fisiológicos de la presión biliar que pueden percibirse como dolor (alodinia)[22]. El papel de los factores psicológicos aún es incierto[1].

Diagnóstico

El antiguo TEO tipo III (dolor sin alteraciones objetivas) fue dejado de lado después de la publicación del ensayo *EPISOD*, pues no representa un trastorno esfinteriano primario y debe manejarse como otro TIIC[1,3]. Roma V también dejó de lado la distinción entre los tipos I y II de la clasificación de Milwaukee ya que no predice la respuesta a la esfinterotomía[23,24]. El término *TEO biliar* se aplica ahora a todo paciente con dolor biliar típico y evidencia, al menos transitoria, de obstrucción biliar (**Tabla 2**); quienes tienen elevación enzimática y dilatación de la vía biliar se consideran portadores de estenosis ampular, situación en la que la CPRE no es controvertida[1].

Se eliminaron los criterios de apoyo como la normalidad de la amilasa y lipasa (porque algunos pacientes pueden presentar elevación de las enzimas pancreáticas)[25]; la manometría del EO, por su escasa sensibilidad y reproducibilidad[26] y la gammagrafía hepatobiliar, por su falta de capacidad predictiva[1] (**Tabla 3**).

El diámetro biliar normal continúa aún en discusión. Por ejemplo, un estudio poblacional con resonancia magnética estableció límites superiores a 8 mm en menores de 65 años y a 11 mm en los mayores de 65 años, que ascienden a 13 y 14 mm luego de la colecistectomía[27]. Con estos valores, su validación en poblaciones latinoamericanas se hace necesaria. El uso crónico de opioides puede ser también causa de dilatación biliar asintomática[1], y la colangiorresonancia (CRM)

Tabla 3. Principales cambios de Roma IV a Roma V

Aspecto	Roma IV	Roma V
Nomenclatura	Trastorno funcional de la vesícula, trastorno funcional del EO biliar y pancreático	Trastorno vesicular disfuncional, TEO biliar y pancreático
Dolor biliar	"Criterios" de dolor biliar, duración ≥30 min	"Definición" de dolor biliar típico, duración ≥20 minutos hasta varias horas
TVD: FEV	FEV baja como criterio de apoyo	Eliminada; colescintigrafía solo en escenarios seleccionados
TVD: observación	No contemplada	Persistencia de síntomas luego del manejo no quirúrgico (criterio de apoyo)
TEO biliar: criterio objetivo	Elevación enzimática o dilatación biliar, pero no ambas	Elevación enzimática o dilatación biliar; se abandona la tipificación de Milwaukee
TEO biliar: criterios de apoyo	Amilasa/lipasa normales, manometría y gammagrafía anormales	Eliminados
TEO pancreático	PAR idiopática, USE negativa y manometría pancreática anormal	PAR documentada y exclusión de otras etiologías

EO: esfínter de Oddi; FEV: fracción de eyección vesicular; PAR: pancreatitis aguda recurrente; TEO: trastorno del esfínter de Oddi; TVD: trastorno vesicular disfuncional; USE: ultrasonografía endoscópica. Elaboración propia con base en: Elmunzer BJ, et al. Gastroenterology. 2026;170(6):1303-17[1]; Cotton PB, et al. Gastroenterology. 2016;150(4):1420-9[2].

y la USE son estudios que aportan la información pancreatobiliar más completa[1]. La **Figura 1** resume el abordaje[1].

Tratamiento

La farmacoterapia dirigida al esfínter (nifedipino, nitratos, trimebutina) tiene evidencia escasa y efectos adversos limitantes; los neuromoduladores como la duloxetina son terapias prometedoras en pacientes con fenotipo de TIIC[28], pero ninguno tiene un papel primario[1]. La esfinterotomía biliar endoscópica sigue siendo el tratamiento principal: alivia el dolor en más de 90% de los pacientes con la antigua clasificación tipo I, mientras que en quienes tienen menor grado de obstrucción la evidencia es débil y se basa en estudios retrospectivos[1]. La edad menor de 40 años, el uso diario de opioides y el vaciamiento gástrico retardado se asociaron con peor respuesta[24], y la cohorte prospectiva *RESPOnD* (213 pacientes) no encontró una asociación entre el subtipo y la respuesta[23]. La indicación de CPRE debe ponderar el grado de obstrucción objetiva frente a los factores de confusión, en una decisión compartida[1].

Trastorno del esfínter de Oddi pancreático

No existe evidencia de que el EO cause dolor pancreático sin pancreatitis; por ello, Roma V restringe el TEO pancreático a la pancreatitis aguda recurrente idiopática (**Tabla 2**). Aunque solo una minoría de estos pacientes tendría un verdadero trastorno esfinteriano[1], cada episodio debe cumplir dos de los tres criterios de Atlanta[29]. Se retiraron como criterios diagnósticos el uso de la USE y la manometría[1].

La exclusión etiológica es el objetivo central ya que la causa permanece desconocida hasta en el 30% de las pancreatitis pese a un estudio exhaustivo[30]. La USE es el método de elección, con un rendimiento entre el 30% y el 90%, y detecta sobre todo litiasis biliar oculta y, en menor frecuencia, neoplasias ampulares o pancreatobiliares (5% luego de un episodio y 12% en pancreatitis aguda recurrente)[30]. La USE supera a la CRM con secretina para establecer la etiología[31], aunque la CRM es complementaria para identificar páncreas *divisum* o unión pancreatobiliar anómala. En Latinoamérica, dada la alta prevalencia de litiasis, la microlitiasis debe ser la primera sospecha ante una pancreatitis "idiopática", y el acceso a la USE es determinante antes de diagnosticar un TEO pancreático.

Los estudios observacionales sugieren que la esfinterotomía previene nuevos episodios en 60% a 80% de los casos, pero en el estudio *RESPOnD* la tasa de recurrencia fue similar a la de los controles históricos[23]. El ensayo *SHARP*, controlado con simulación, no mostró beneficio de la esfinterotomía de la papila menor en pacientes con páncreas *divisum* y pancreatitis aguda recurrente[32]. La esfinterotomía biliar aislada ofrece resultados equivalentes

a la doble esfinterotomía[33]. La decisión debe individualizarse en cada paciente valorando riesgo-beneficio[1].

Implicaciones para Latinoamérica

En nuestra región, que tiene poblaciones con una alta prevalencia de colelitiasis, cercana a un tercio[4,5], el diagnóstico de TVD o de TEO pancreático solo se debe plantear luego de una búsqueda de litos, barro y microlitiasis, con repetición de la ecografía y USE cuando esté disponible. La elevada cantidad de colecistectomías genera una población con dolor poscolecistectomía, en la que la coledocolitiasis residual y otros TIIC son mucho más probables que un TEO. Se debe tener en cuenta que la disponibilidad limitada y desigual de USE, CRM, medicina nuclear y endoscopistas con experiencia convierte el enfoque estricto de Roma V en una estrategia de uso racional de recursos, sobre todo para evitar la pancreatitis pos-CPRE en pacientes con baja probabilidad de beneficio. También debe diferenciarse la colecistectomía por litiasis en poblaciones de alto riesgo de cáncer vesicular, estrategia preventiva adoptada por ejemplo, en Chile[7], de la colecistectomía por TVD, entidad benigna que no predispone a complicaciones graves[1]. Finalmente, no existen estudios latinoamericanos sobre TVD o TEO, por lo que se deben generar datos regionales, incluidos los valores de referencia del diámetro biliar.

Roma V propone evaluar al paciente a lo largo del tiempo para verificar la persistencia de los síntomas. Sin embargo, en los sistemas de salud heterogéneos y saturados de Latinoamérica, el seguimiento longitudinal continuo por parte de un gastroenterólogo resulta sumamente difícil. Un paciente derivado a la consulta externa puede enfrentar meses de espera entre citas con su médico tratante; esto lo obliga a recurrir a otras especialidades o a servicios de urgencias, lo que interrumpe la continuidad asistencial necesaria para el diagnóstico y el manejo prolijo de un TIIC.

Otro reto para los países de Latinoamérica radica en que la disponibilidad de la ultrasonografía endoscópica biliopancreática y la colangiorresonancia suele estar centralizada en capitales o centros de cuarto nivel. Esto deja a las zonas rurales o periféricas con un acceso limitado, lo que a menudo obliga al médico tratante a realizar diagnósticos de sospecha o derivaciones quirúrgicas prematuras. Por tanto, el desafío actual no solo consiste en descentralizar e incorporar estas tecnologías, sino también en ampliar la capacitación de los gastroenterólogos en la realización de la USE.

En este escenario de recursos limitados, el uso de la manometría del esfínter de Oddi se restringe estrictamente a centros hospitalarios con fines de investigación debido a su baja disponibilidad y a los riesgos asociados. Por su parte, la colescintigrafía (HIDA) requiere una mayor difusión para estandarizar sus indicaciones y evaluar tanto su disponibilidad real como su impacto clínico. Finalmente, debido a la baja prevalencia de algunas de estas entidades, es frecuente el desconocimiento de dicha terminología en la comunidad médica. Por consiguiente, resulta imperativo fomentar la educación masiva sobre estos conceptos fundamentales, con especial énfasis en los trastornos de la vesícula biliar, la disfunción del esfínter de Oddi, los nuevos criterios diagnósticos de Roma V y la incorporación de terapias neuromoduladoras.

CONCLUSIONES

Roma V consolida un enfoque restrictivo orientado a reducir el daño. En el caso del TVD, el dolor típico y su persistencia luego de un período de observación son los principales determinantes de la indicación quirúrgica y la FEV queda relegada a escenarios seleccionados. En el TEO biliar se abandonan la clasificación de Milwaukee, la manometría y la gammagrafía, y se exige evidencia objetiva de obstrucción; mientras que el TEO pancreático se limita a la pancreatitis aguda recurrente idiopática luego de una exclusión etiológica exhaustiva, preferentemente con USE. Muchas recomendaciones siguen basándose en la opinión de expertos[1]. En Latinoamérica, la elevada prevalencia de litiasis y de cáncer vesicular obliga a descartar con rigor la enfermedad litiásica oculta antes de establecer un diagnóstico funcional y a generar evidencia propia que permita adaptar estos criterios a nuestra realidad.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés relacionados con este manuscrito.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizó inteligencia artificial únicamente como herramienta de apoyo para la revisión y corrección gramatical y de estilo del texto. El contenido, análisis e interpretación son responsabilidad de los autores.

Fuentes de financiación

El presente artículo no recibió financiación específica.

Contribución de los autores

- Diseño y concepción del estudio: Jorge Espinoza-Ríos y Gerardo Andrés Puentes.
- Adquisición de datos: Jorge Espinoza-Ríos y Gerardo Andrés Puentes.
- Análisis e interpretación de datos: Jorge Espinoza-Ríos y Gerardo Andrés Puentes.
- Redacción del manuscrito: Jorge Espinoza-Ríos y Gerardo Andrés Puentes.
- Revisión crítica del manuscrito: Jorge Espinoza-Ríos y Gerardo Andrés Puentes.

REFERENCIAS

1. Elmunzer BJ, Winslow E, De Giorgio R, Laghi A, Arvanitakis M, Elta G, et al. Gallbladder and sphincter of Oddi disorders. Gastroenterology. 2026;170(6):1303-17. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2026.01.035
2. Cotton PB, Elta GH, Carter CR, Pasricha PJ, Corazziari ES. Rome IV. Gallbladder and sphincter of Oddi disorders. Gastroenterology. 2016;150(4):1420-9. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2016.02.033
3. Cotton PB, Durkalski V, Romagnuolo J, Pauls Q, Fogel E, Tarnasky P, et al. Effect of endoscopic sphincterotomy for suspected sphincter of Oddi dysfunction on pain-related disability following cholecystectomy: the EPISOD randomized clinical trial. JAMA. 2014;311(20):2101-9. https://doi.org/10.1001/jama.2014.5220
4. Miquel JF, Covarrubias C, Villaroel L, Mingrone G, Greco AV, Puglielli L, et al. Genetic epidemiology of cholesterol cholelithiasis among Chilean Hispanics, Amerindians, and Maoris. Gastroenterology. 1998;115(4):937-46. https://doi.org/10.1016/S0016-5085(98)70266-5
5. Stinton LM, Shaffer EA. Epidemiology of gallbladder disease: cholelithiasis and cancer. Gut Liver. 2012;6(2):172-87. https://doi.org/10.5009/gnl.2012.6.2.172
6. Lammert F, Gurusamy K, Ko CW, Miquel JF, Méndez-Sánchez N, Portincasa P, et al. Gallstones. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:16024. https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.24
7. Salazar M, Ituarte C, Abriata MG, Santoro F, Arroyo G. Gallbladder cancer in South America: epidemiology and prevention. Chin Clin Oncol. 2019;8:32. https://doi.org/10.21037/cco.2019.07.12
8. Andia ME, Hsing AW, Andreotti G, Ferreccio C. Geographic variation of gallbladder cancer mortality and risk factors in Chile: a population-based ecologic study. Int J Cancer. 2008;123(3):1411-6. https://doi.org/10.1002/ijc.23662
9. Doran FS. The sites to which pain is referred from the common bile-duct in man and its implication for the theory of referred pain. Br J Surg. 1967;54(7):599-606. https://doi.org/10.1002/bjs.1800540708
10. Bielefeldt K, Saligram S, Zickmund SL, Dudekula A, Olyaee M, Yadav D, et al. Cholecystectomy for biliary dyskinesia: how did we get there? Dig Dis Sci. 2014;59(12):2850-63. https://doi.org/10.1007/s10620-014-3342-9
11. Kaye AJ, Jatla M, Mattei P, Kelly J, Nance ML. Use of laparoscopic cholecystectomy for biliary dyskinesia in the child. J Pediatr Surg. 2008;43(6):1057-9. https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2008.02.034
12. Preston JF, Diggs BS, Dolan JP, Gilbert EW, Schein M, Hunter JG, et al. Biliary dyskinesia: a surgical disease rarely found outside the United States. Am J Surg. 2015;209(4):799-803. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2015.01.003
13. Sperber AD, Bangdiwala SI, Drossman DA, Ghoshal UC, Simren M, Tack J, et al. Worldwide prevalence and burden of functional gastrointestinal disorders, results of Rome Foundation Global Study. Gastroenterology. 2021;160(1):99-114.e3. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.04.014
14. DiBaise JK, Oleynikov D. Does gallbladder ejection fraction predict outcome after cholecystectomy for suspected chronic acalculous gallbladder dysfunction? A systematic review. Am J Gastroenterol. 2003;98(12):2605-11. https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2003.08772.x
15. Rose JB, Fields RC, Strasberg SM. Poor reproducibility of gallbladder ejection fraction by biliary scintigraphy for diagnosis of biliary dyskinesia. J Am Coll Surg. 2018;226(2):155-9. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2017.10.025
16. Alhayo S, Eslick GD, Cox MR. Cholescintigraphy may have a role in selecting patients with biliary dyskinesia for cholecystectomy: a systematic review. ANZ J Surg. 2020;90(9):1647-52. https://doi.org/10.1111/ans.16003
17. Gudsoorkar VS, Oglat A, Jain A, Raza A, Quigley EMM. Systematic review with meta-analysis: cholecystectomy for biliary dyskinesia-what can the gallbladder ejection fraction tell us? Aliment Pharmacol Ther. 2019;49(6):654-63. https://doi.org/10.1111/apt.15128
18. Carr JA, Walls J, Bryan LJ, Snider DL. The treatment of gallbladder dyskinesia based upon symptoms: results of a 2-year, prospective, nonrandomized, concurrent cohort study. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2009;19(3):222-6. https://doi.org/10.1097/SLE.0b013e3181a74690

19. Vetrhus M, Berhane T, Soreide O, Søndenaa K. Pain persists in many patients five years after removal of the gallbladder: observations from two randomized controlled trials of symptomatic, noncomplicated gallstone disease and acute cholecystitis. J Gastrointest Surg. 2005;9(6):826-31. https://doi.org/10.1016/j.gassur.2005.01.291
20. Isherwood J, Oakland K, Khanna A. A systematic review of the aetiology and management of post cholecystectomy syndrome. Surgeon. 2019;17(1):33-42. https://doi.org/10.1016/j.surge.2018.04.001
21. Smith ZL, Shah R, Elmunzer BJ, Chak A. The next EPISOD: trends in utilization of endoscopic sphincterotomy for sphincter of Oddi dysfunction from 2010-2019. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022;20:e600-9. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.11.008
22. Pasricha PJ. Unraveling the mystery of pain in chronic pancreatitis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2012;9(3):140-51. https://doi.org/10.1038/nrgastro.2011.274
23. Côté GA, Elmunzer BJ, Nitchie H, Kwon RS, Willingham FF, Wani S, et al. Sphincterotomy for biliary sphincter of Oddi disorder and idiopathic acute recurrent pancreatitis: the RESPOnD longitudinal cohort. Gut. 2024;74(1):58-66. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2024-332686
24. Freeman ML, Gill M, Overby C, Cen YY. Predictors of outcomes after biliary and pancreatic sphincterotomy for sphincter of Oddi dysfunction. J Clin Gastroenterol. 2007;41(1):94-102. https://doi.org/10.1097/01.mcg.0000225584.40212.fb
25. Côté GA, Nitchie H, Elmunzer BJ, Kwon RS, Willingham FF, Wani S, et al. Characteristics of patients undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography for sphincter of Oddi disorders. Clin Gastroenterol Hepatol. 2022;20:e627-34. https://doi.org/10.1016/j.cgh.2021.03.008
26. Suarez AL, Pauls Q, Durkalski-Mauldin V, Cotton PB. Sphincter of Oddi manometry: reproducibility of measurements and effect of sphincterotomy in the EPISOD study. J Neurogastroenterol Motil. 2016;22(3):477-82. https://doi.org/10.5056/jnm15123
27. Beyer G, Kasprowicz F, Hannemann A, Aghdassi A, Thamm P, Völzke H, et al. Definition of age-dependent reference values for the diameter of the common bile duct and pancreatic duct on MRCP: a population-based, cross-sectional cohort study. Gut. 2023;72(9):1738-44. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2021-326106
28. Pauls Q, Durkalski-Mauldin V, Brawman-Mintzer O, Lawrence C, Whichard R, Cotton PB. Duloxetine for the treatment of patients with suspected sphincter of Oddi dysfunction: a pilot study. Dig Dis Sci. 2016;61(9):2704-9. https://doi.org/10.1007/s10620-016-4187-1
29. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62(1):102-11. https://doi.org/10.1136/gutjnl-2012-302779
30. Strand DS, Law RJ, Yang D, Elmunzer BJ. AGA clinical practice update on the endoscopic approach to recurrent acute and chronic pancreatitis: expert review. Gastroenterology. 2022;163(4):1107-14. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.07.079
31. Vila JJ, Mendioroz FJJ, Yeaton P, Fernández-Urién I, García Sanchotena JL, Goñi S. EUS is superior to secretin-enhanced cholangio-MRI to establish the etiology of idiopathic acute pancreatitis. Endosc Int Open. 2020;8(10):E1441-7. https://doi.org/10.1055/a-1233-1849
32. Côté GA, Durkalski-Mauldin V, Fogel EL, Moffatt DC, Freeman ML, Wang AY, et al. 987a: minor papilla sphincterotomy does not reduce the risk of acute pancreatitis in patients with acute recurrent pancreatitis and pancreas divisum: the SHARP trial. Gastroenterology. 2025;169(1):S-2083-S-2084. https://doi.org/10.1016/S0016-5085(25)05721-X
33. Côté GA, Imperiale TF, Schmidt SE, Fogel E, Lehman G, McHenry L, et al. Similar efficacies of biliary, with or without pancreatic, sphincterotomy in treatment of idiopathic recurrent acute pancreatitis. Gastroenterology. 2012;143(6):1502-9.e1. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2012.09.006