**DOI:** https://doi.org/10.46296/yc.v10i19.1027

# COLECISTECTOMÍA TEMPRANA VERSUS DIFERIDA DESPUÉS DE PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE: EFICACIA, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE RECURRENCIAS

# EARLY VERSUS DELAYED CHOLECYSTECTOMY AFTER MILD ACUTE BILIARY PANCREATITIS: EFFICACY, SAFETY, AND PREVENTION OF RECURRENCE

Choez-Abendaño Noelia Deyanira [1]; Choez-Abendaño Yoselyn Isabel [2]; Vizñay-Mendieta Nuria Nataly [3]; Mendoza-Sánchez Steeven Orlando [4]; Berrezueta-Garcia Leslie Nicole [5]

[1] Médico General, Centro de Salud Tipo C. Puerto López, Ecuador. Correo: choeznoelia2@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0009-3576-3394

[2] Médico General, Consultorio Privado Integral. Ecuador. Correo: yoselinisabelchoez@gmail.com. ORCID ID: https://orcid.org/0000-0001-6676-0430

[3] Médico general. Cuenca, Ecuador. Correo: nnviznaym18@est.ucacue.edu.ec. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0001-9811-9493

[4] Médico general, Clínica San Vicente. Ecuador. Correo: orlando.mendoza8291@gmail.com

[5] Estudiante de Medicina, Universidad Católica de Cuenca, sede Azogues, Ecuador. Correo: leslie.berrezueta@est.ucacue.edu.ec. ORCID ID: https://orcid.org/0009-0002-9383-2115

## Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda biliar leve presenta riesgo de recurrencia mientras persista la litiasis vesicular. Aunque la colecistectomía laparoscópica constituye el tratamiento definitivo, existe variabilidad en su programación durante el ingreso inicial o después del alta. Objetivo: Sintetizar críticamente la eficacia y seguridad de la colecistectomía temprana frente a la diferida en adultos con pancreatitis aguda biliar leve. Métodos: Revisión bibliográfica estructurada de ensayos clínicos, metaanálisis y guías publicados hasta el 20 de agosto de 2026. Se efectuó recuperación dirigida y verificación de fuentes en PubMed/MEDLINE y SciELO; se elaboró una estrategia reproducible para LILACS/BVS, cuyo barrido exhaustivo no pudo verificarse. Se priorizaron recurrencia biliar, reingresos, estancia hospitalaria, conversión y complicaciones. Resultados: En PONCHO, el desenlace compuesto de recurrencia biliar fue del 4,7 % con colecistectomía en el mismo ingreso frente al 16,9 % con cirugía diferida (RR 0,28; IC del 95 %: 0,12–0,66). Un metaanálisis de 11 ensayos (1176 participantes) mostró menor recurrencia de eventos biliares con cirugía temprana (RR 0,10; IC del 95 %: 0,05–0,19). Ensayos sobre cirugía en las primeras 24–72 horas evidenciaron menor estancia, sin incrementos estadísticamente demostrados de complicaciones mayores; la seguridad de una intervención ultratemprana requiere selección clínica. Conclusiones: En pacientes estables con pancreatitis biliar verdaderamente leve, la colecistectomía laparoscópica durante la hospitalización índice previene recurrencias y reingresos y puede disminuir la estancia. El aplazamiento se reserva para situaciones clínicas o logísticas justificadas, especialmente si aparecen complicaciones que modifican la clasificación de gravedad. [3–5,7,9,11,15].

**Palabras claves:** Pancreatitis aguda; Colecistectomía laparoscópica; Colecistectomía temprana; Colecistectomía diferida; Readmisión; Revisión bibliográfica.

**Información del manuscrito:**
**Fecha de recepción:** 20 de julio de 2026.
**Fecha de aceptación:** 28 de septiembre de 2026.
**Fecha de publicación:** 30 de octubre de 2026.

**Abstract**

Background: Mild acute biliary pancreatitis carries a risk of recurrence while gallstones remain in situ. Laparoscopic cholecystectomy is definitive treatment, but its timing varies across institutions. Objective: To critically synthesize the comparative effectiveness and safety of early versus delayed cholecystectomy in adults with mild acute biliary pancreatitis. Methods: A structured literature review of clinical trials, meta-analyses, and clinical guidelines published through August 20, 2026. Targeted source retrieval and bibliographic verification were conducted in PubMed/MEDLINE and SciELO; a reproducible LILACS/BVS strategy was prepared, although a complete search of that database could not be independently verified. Outcomes included recurrent biliary events, readmissions, hospital length of stay, conversion to open surgery, and complications. Results: In the PONCHO trial, recurrent gallstone-related complications occurred in 4.7% of participants undergoing same-admission cholecystectomy versus 16.9% undergoing interval surgery (RR 0.28; 95% CI 0.12–0.66). A meta-analysis of 11 trials including 1,176 patients showed fewer recurrent biliary events with early surgery (RR 0.10; 95% CI 0.05–0.19). Trials evaluating surgery within 24–72 hours also reported shorter length of stay, without a demonstrated increase in major operative complications, although ultra-early surgery requires careful patient selection. Conclusions: Same-admission laparoscopic cholecystectomy is the preferred strategy for clinically stable patients with truly mild biliary pancreatitis. Delayed surgery should be individualized when clinical severity, ongoing biliary obstruction, or other factors warrant postponement. [3–5,7,9,11,15].

**Keywords:** Acute Pancreatitis; Cholecystectomy, Laparoscopic; Early Cholecystectomy; Delayed Cholecystectomy; Patient Readmission; Literature Review.

## 1. Introducción

La pancreatitis aguda de etiología biliar es una causa frecuente de ingreso hospitalario y resulta, en general, del paso transitorio de cálculos o barro biliar a través de la región ampular. La clasificación revisada de Atlanta define la pancreatitis leve por ausencia de insuficiencia orgánica y de complicaciones locales o sistémicas; este requisito es fundamental para interpretar los estudios que evalúan una colecistectomía precoz [1]. El curso clínico puede ser favorable, pero el alta sin tratamiento definitivo deja al paciente expuesto a un nuevo episodio de pancreatitis, cólico biliar, colecistitis, colangitis o ictericia obstructiva [2–4].

La intervención laparoscópica puede programarse en las primeras 24–72 horas desde el ingreso, después de la recuperación clínica pero antes del alta, o de modo diferido varias semanas más tarde. Estos escenarios no son equivalentes: la comparación “muy temprana versus tras resolución clínica” evalúa principalmente estancia y factibilidad; “mismo ingreso versus ingreso posterior” evalúa también el riesgo de eventos durante la espera [3–9]. La heterogeneidad de definiciones ha favorecido interpretaciones imprecisas y

decisiones potencialmente inconsistentes.

El ensayo PONCHO, metaanálisis posteriores y guías internacionales han transformado la recomendación de postergar rutinariamente la intervención en cuadros leves [3–5,11–13]. Además, existen estudios latinoamericanos y recomendaciones publicadas en SciELO que permiten contextualizar la aplicación regional [14,16]. Esta revisión reúne la evidencia disponible hasta agosto de 2026 y delimita situaciones en que el aplazamiento continúa siendo apropiado.

## 2. Objetivo

Comparar los resultados clínicos y perioperatorios de la colecistectomía laparoscópica temprana y diferida después de pancreatitis aguda biliar leve en adultos, con énfasis en recurrencia de eventos biliares, reingreso hospitalario, duración de la estancia, seguridad operatoria y aplicabilidad de las guías actuales.

## 3. Metodología

### Diseño y delimitación temporal

Se elaboró una revisión bibliográfica estructurada con síntesis narrativa y tablas de evidencia. El límite de publicación se fijó en el 20 de agosto de 2026. Los estudios anteriores a 2010 se utilizaron únicamente cuando aportaban definiciones metodológicas o antecedentes relevantes; el núcleo comparativo se centró en 2010–2026.

### Pregunta PICO y elegibilidad

Población: adultos con pancreatitis aguda biliar leve, definida preferentemente mediante Atlanta 2012 o criterios explícitos comparables. Intervención: colecistectomía laparoscópica durante el ingreso índice, incluidas estrategias <24, <48 o <72 horas y la cirugía tras mejoría clínica antes del alta. Comparación: colecistectomía diferida a una hospitalización posterior, habitualmente 1–8 semanas, o cirugía postergada hasta recuperación clínica dentro del mismo ingreso, siempre identificando el contraste real. Desenlaces: pancreatitis recurrente, eventos biliares, readmisiones,

estancia, complicaciones, conversiones, CPRE y mortalidad.

Se priorizaron ensayos aleatorizados, revisiones sistemáticas/metaanálisis y guías de práctica clínica con fecha de publicación válida; se utilizaron estudios observacionales cuando aportaron contexto de factibilidad o datos regionales. Se excluyeron trabajos centrados exclusivamente en pancreatitis moderadamente grave o grave, necrosis, población pediátrica y procedimientos sin grupo comparador pertinente. Los ensayos con mezcla de severidades se trataron como evidencia indirecta y no como demostración exclusiva para pancreatitis leve.

**Fuentes y estrategia de búsqueda**

La identificación documental se apoyó en consultas dirigidas de PubMed/MEDLINE, búsqueda web de registros publicados en SciELO y rastreo de referencias de ensayos, metaanálisis y guías relevantes. Se intentó consultar el portal de la Biblioteca Virtual en Salud; no se obtuvo una sesión reproducible que permitiera documentar el universo de registros exclusivos de LILACS. Por tanto, el material regional se presenta como evidencia localizada y no como resultado de un barrido completo de LILACS. Las cadenas propuestas para replicar y completar la búsqueda figuran en la Tabla 1.

**Extracción, síntesis y calidad de la evidencia**

La síntesis registra autores, año, diseño, tamaño de muestra, definición temporal de intervención, desenlaces cuantitativos y limitaciones principales a partir de los artículos y sus resúmenes disponibles. Se distinguieron estimaciones de estudios primarios frente a las de revisiones que los incluyen, sin sumar sus participantes ni considerar independientes resultados duplicados. La valoración de limitaciones fue descriptiva; no se aplicaron RoB 2, ROBINS-I o GRADE de novo, por lo que no se atribuyen categorías formales de riesgo de sesgo o certeza al trabajo actual.

***Tabla 1.*** *Estrategia de búsqueda y trazabilidad. El periodo indicado es un corte de publicación y no equivale a una búsqueda ejecutada en esa fecha. Sin exportaciones y deduplicación completas, no es válido presentar un diagrama PRISMA con cifras inventadas.*

| Fuente | Estrategia reproducible propuesta | Estado de verificación |
|---|---|---|
| PubMed/MEDLINE | (("biliary pancreatitis"[tiab] OR "gallstone pancreatitis"[tiab]) AND cholecystectom*[tiab] AND (early[tiab] OR delayed[tiab] OR interval[tiab] OR "same-admission"[tiab])) AND ("2010/01/01"[dp]:"2026/08/20"[dp]) | Consulta temática ejecutada y estudios específicos verificados mediante PMID/DOI. No hay exportación completa ni doble cribado. |
| SciELO | (pancreatitis biliar OR pancreatite biliar) AND (colecistectomía OR colecistectomia) AND (temprana OR precoce OR tardía OR postergada); limitar a fecha ≤ 20-08-2026 | Verificada guía peruana de 2023 y literatura histórica brasileña; no se declara exhaustividad. |
| LILACS/BVS | tw:("Pancreatite Aguda" OR "Pancreatitis Aguda" OR "Pancreatitis biliar") AND tw:(colecistectomia OR colecistectomía) AND tw:(precoce OR temprana OR tardía OR diferida) | Cadena preparada; ejecución y conteo documental no verificables en esta versión. |

## 4. Resultados y discusión

### 1. Efectividad de la cirugía durante el ingreso índice

El ensayo multicéntrico PONCHO asignó aleatoriamente a 266 adultos en recuperación de pancreatitis biliar leve; el análisis principal incluyó 264. El desenlace compuesto de complicaciones biliares recurrentes ocurrió en 6/128 (4,7 %) con cirugía durante el mismo ingreso y en 23/136 (16,9 %) con intervención programada 25–30 días después (RR 0,28; IC 95 %: 0,12–0,66; p=0,002). La reducción absoluta aproximada fue 12,2 puntos porcentuales (número necesario a tratar aproximado: 9), sin diferencias aparentes en los eventos mayores relacionados con cirugía: se comunicaron una fuga biliar y una hemorragia posoperatoria en cada grupo [3,4]. Este hallazgo corresponde a pacientes clínicamente recuperados y elegibles para el alta, no autoriza operar precozmente cuadros con insuficiencia orgánica o complicaciones locales.

Noel y colaboradores también observaron más eventos biliares en el grupo diferido (9/34 frente a 1/32; p=0,013), sin diferencias demostradas de complicaciones de colecistectomía [6]. En el ensayo

multicéntrico de Gómez Facundo y colaboradores, comparar cirugía a los siete días frente a cuatro semanas produjo tasas de reingreso preoperatorio de 7,2 % versus 15,8 %, respectivamente; la diferencia no alcanzó significación convencional (p=0,058), por lo que representa una tendencia compatible con el mayor riesgo acumulado durante la espera, no una prueba positiva independiente concluyente [9].

## 2. Efectos sobre la estancia hospitalaria

Los ensayos orientados a la cirugía muy temprana describen una reducción de la estancia. Aboulian y colaboradores (n=50) comunicaron estancia media de 3,5 días con cirugía antes de 48 horas frente a 5,8 días tras resolución clínica (p=0,0016) [2]. En Gallstone PANC (97 pacientes analizados), la cirugía dentro de 24 horas redujo la estancia acumulada a 30 días de 77 a 50 horas (p<0,005) y se relacionó con menor utilización de CPRE (29 % versus 15 %) [7]. En Chile, Riquelme y colaboradores (n=52) observaron medianas de 58 horas con cirugía en 72 horas frente a 167 horas con cirugía posterior a recuperación clínica durante el mismo ingreso (p=0,001) [8].

En 2026, Zhou y colaboradores (n=120) comunicaron estancias hospitalarias de cinco y siete días, respectivamente, para colecistectomía en las primeras 72 horas y diferida, sin diferencia significativa en complicaciones globales (10 % versus 8,3 %) ni conversión (3,3 % versus 5,0 %) [10]. Las comparaciones entre estudios exigen cautela por el uso de estancia inicial, estancia acumulada a 30 días o tiempo total hasta la cirugía como indicadores no idénticos.

## 3. Recurrencia y síntesis de metaanálisis

El metaanálisis de Moody y colaboradores reunió cinco ensayos aleatorizados con 629 pacientes y encontró menor recurrencia biliar causante de reingreso con cirugía temprana (OR 0,17; IC 95 %: 0,09–0,33), sin aumento estadísticamente demostrado de complicaciones intraoperatorias (OR 0,58; IC 95 %: 0,17–1,92) ni posoperatorias (OR 0,78; IC 95 %: 0,38–1,62) [11].

Prasanth y colaboradores, en una síntesis de 11 ensayos con 1176 participantes, comunicaron menor

riesgo de eventos biliares recurrentes con intervención temprana (RR 0,10; IC 95 %: 0,05–0,19; siete ensayos, 867 participantes) y de nueva pancreatitis (RR 0,21; IC 95 %: 0,09–0,51; cinco ensayos) [12]. Lyu y colaboradores integraron cuatro ensayos y siete estudios retrospectivos (1833 pacientes) y describieron una menor estancia total con cirugía en el ingreso índice, sin diferencias claras de conversión o complicaciones [15]. Estas cifras NO deben sumarse porque varios metaanálisis comparten ensayos originales.

## 4. Seguridad operatoria, CPRE y selección

En conjunto, los estudios no han identificado un aumento consistente de fuga biliar, conversión a cirugía abierta o complicaciones graves al practicar colecistectomía durante el ingreso de pacientes seleccionados con pancreatitis leve [3,6–12]. No obstante, el ensayo Gallstone PANC registró complicaciones totales en el 6 % del grupo ultratemprano y el 2 % del control (p=0,613); el estudio fue demasiado pequeño para descartar diferencias de seguridad clínicamente relevantes y su propio análisis bayesiano sugirió incertidumbre respecto de efectos adversos menores [7]. Es incorrecto interpretar un resultado no significativo como prueba de equivalencia.

La CPRE no debe realizarse rutinariamente en pancreatitis biliar leve sin colangitis ni obstrucción persistente. Cuando persiste sospecha de coledocolitiasis, la evaluación con ultrasonido, colangiorresonancia, ultrasonografía endoscópica o colangiografía intraoperatoria debe adecuarse al riesgo y a los recursos locales. La CPRE terapéutica se reserva para indicaciones concretas, como colangitis o obstrucción biliar persistente, y no sustituye de forma rutinaria la colecistectomía en pacientes aptos [5,9,13].

## 5. Ensayos comparativos representativos

***Tabla 2.*** *Ensayos clínicos seleccionados. ECA: ensayo clínico aleatorizado; NS: diferencia no estadísticamente significativa. No se confunden las comparaciones "mismo ingreso versus después del alta" y "operación muy temprana versus recuperación clínica dentro del ingreso".*

| Estudio | Diseño / n | Comparación | Hallazgo principal |
|---|---|---|---|
| Aboulian et al., 2010 [2] | ECA, n=50 | <48 h vs resolución clínica, mismo ingreso | Estancia 3,5 vs 5,8 días; p=0,0016; sin diferencia estadística de complicaciones. |
| da Costa et al., PONCHO, 2015 [3] | ECA multicéntrico, n=264 analizados | Mismo ingreso vs 25–30 días | Eventos biliares 4,7 % vs 16,9 %; RR 0,28 (IC 95 %: 0,12–0,66). |
| Noel et al., 2018 [6] | ECA, n=66 | Ingreso índice vs posalta | Eventos biliares 1/32 vs 9/34; p=0,013. |
| Mueck et al., Gallstone PANC, 2019 [7] | ECA, n=97 analizados | <24 h vs recuperación clínica, mismo ingreso | Estancia a 30 días: 50 vs 77 h; complicaciones 6 % vs 2 % (NS). |
| Riquelme et al., 2020 [8] | ECA, n=52 | <72 h vs recuperación clínica, mismo ingreso | Mediana estancia 58 vs 167 h; p=0,001. |
| Gómez Facundo et al., 2022 [9] | ECA multicéntrico, n=198 | 7 días vs 4 semanas | Reingreso antes de cirugía 7,2 % vs 15,8 %; p=0,058. |
| Zhou et al., 2026 [10] | ECA, n=120 | <72 h vs diferida | Estancia 5 vs 7 días; complicaciones globales 10 % vs 8,3 % (NS). |

## 6. Metaanálisis, guías y evidencia regional

***Tabla 3.*** *Síntesis secundaria y concordancia con guías. Las categorías de certeza pertenecen a cada guía original, no constituyen una evaluación GRADE nueva de esta revisión.*

| Fuente | Tipo / población | Resultado o recomendación clave |
|---|---|---|
| Moody et al., 2019 [11] | Metaanálisis, 5 ECA, n=629 | Menos readmisión por recurrencia biliar: OR 0,17 (IC 95 %: 0,09–0,33). |
| Prasanth et al., 2022 [12] | Metaanálisis, 11 ECA, n=1176 | Menos eventos biliares: RR 0,10; menos nueva pancreatitis: RR 0,21. |
| ACG, 2024 [5] | Guía clínica estadounidense | En pancreatitis biliar leve, cirugía temprana, preferiblemente antes del alta. |
| IAP/APA y sociedades, 2025 [13] | Guía internacional | Colecistectomía durante ingreso índice en enfermedad leve; diferir si necrosis/colecciones. |
| EsSalud, Perú, 2023 [14] | Guía regional publicada en SciELO | Sugiere cirugía temprana tras resolución de cuadro leve y descarte de coledocolitiasis; recomendación condicional, certeza muy baja. |
| Randial Pérez et al., 2014 [16] | Metaanálisis en español, n=636 | No identificó diferencia concluyente de complicaciones entre <48 h y cirugía posterior en mismo ingreso. |

## Discusión

### *Interpretación clínica e implicaciones*

La conclusión más consistente es que la colecistectomía durante el ingreso índice ofrece una ventaja preventiva en la pancreatitis biliar leve. El beneficio más robusto se

aprecia al contrastar el alta sin colecistectomía con una operación antes de la salida del hospital, debido a que la segunda estrategia elimina la ventana de riesgo para nuevos eventos biliares [3,4,6,11,12]. En cambio, la discusión sobre si operar en las primeras 24 horas, a las 48–72 horas o después de la mejoría durante el mismo ingreso corresponde en mayor medida a eficiencia hospitalaria, selección quirúrgica y recursos del establecimiento [2,7,8,10].

La magnitud del efecto preventivo no puede trasladarse directamente a cualquier paciente ni a cualquier definición de cirugía temprana. PONCHO incluyó sujetos en recuperación con capacidad de tolerar dieta oral y sin necesidad de opioides, lo que limita la extrapolación a pacientes con respuesta inflamatoria sostenida, falla orgánica o necrosis. Asimismo, algunos ECA fueron de un único centro y pequeño tamaño muestral; por ello, la ausencia de diferencias estadísticamente significativas de complicaciones no debe entenderse como demostración absoluta de seguridad idéntica [3,7,8,10].

Diferencias entre el panorama internacional y el contexto latinoamericano

La guía ACG de 2024 y las recomendaciones internacionales revisadas en 2025 coinciden en favorecer la cirugía antes del alta en pancreatitis biliar leve [5,13]. La guía de EsSalud publicada en SciELO sugiere la intervención temprana de 48–72 horas tras resolución clínica, pero la califica como condicional y de muy baja certeza en su marco específico de síntesis [14]. Estas formulaciones no son necesariamente contradictorias: comparten la necesidad de completar el tratamiento definitivo oportunamente y difieren en la definición operativa del momento y en la evaluación de evidencia. En hospitales con disponibilidad limitada de quirófano, la prioridad es evitar alta con una espera indefinida; cuando el alta sin cirugía sea inevitable, debe quedar documentada una programación prioritaria y un plan de retorno ante alarma.

La literatura regional incluye el metaanálisis de Randial Pérez y colaboradores y series históricas

brasileñas [16,17]. Estos estudios aportan contexto sobre factibilidad, pero la heterogeneidad metodológica y antigüedad de algunos informes impiden que sustituyan a los ensayos multicéntricos contemporáneos. El estudio ecuatoriano de Cuenca de 2015, identificado en un repositorio universitario, se conserva como antecedente contextual y no como evidencia arbitrada por pares dentro del cuerpo principal de esta revisión [18].

### *Cuándo no aplicar esta recomendación sin ajustes*

La recomendación se restringe a pancreatitis leve verdadera: sin falla orgánica, necrosis ni colecciones peripancreáticas que modifiquen la gravedad. Ante deterioro clínico, sepsis, necesidad de soporte de órganos, necrosis o colecciones persistentes, debe reconsiderarse la clasificación y diferirse la intervención hasta el control de las complicaciones locales, individualizando el intervalo [1,5,13,19]. También se requiere evaluación específica en personas con alto riesgo anestésico o quirúrgico, colangitis y obstrucción coledociana persistente.

### *Implicaciones para protocolos hospitalarios*

Una ruta institucional factible debe definir confirmación diagnóstica y etiológica, clasificación dinámica de gravedad, revaloración de signos de obstrucción biliar, consulta quirúrgica precoz y disponibilidad para colecistectomía durante el ingreso. La planificación de quirófano antes del alta reduce las pérdidas de seguimiento y reingresos potencialmente evitables. La oportunidad quirúrgica no debe basarse exclusivamente en la normalización de amilasa/lipasa si existe mejoría clínica y no hay contraindicaciones, aunque las decisiones deben ajustarse al criterio del equipo tratante [2,5,7,13].

***Tabla 4.*** *Síntesis aplicada a la toma de decisiones. No sustituye el juicio clínico ni la evaluación anestésica individual.*

| Escenario | Conducta derivada de la evidencia | Consideraciones |
|---|---|---|
| Pancreatitis biliar leve, estable, sin obstrucción persistente | Planificar colecistectomía laparoscópica durante el ingreso índice. | La cirugía puede realizarse temprano tras selección clínica; evitar demora innecesaria hasta semanas. |
| Mejoría clínica progresiva, sin criterios de gravedad | Valorar cirugía dentro de las 24–72 h o tras recuperación, antes del alta. | La “cirugía ultratemprana” no es obligatoria para todos. |

| Escenario | Conducta derivada de la evidencia | Consideraciones |
|---|---|---|
| Sospecha de coledocolitiasis persistente, colangitis o ictericia obstructiva | Estratificar riesgo de litiasis ductal; valorar MRCP/EUS/colangiografía; CPRE terapéutica si corresponde. | No realizar CPRE rutinaria en pancreatitis leve sin indicación. |
| Falla orgánica, necrosis, colecciones o pancreatitis moderadamente grave/grave | Reclasificar gravedad y diferir colecistectomía hasta resolución/estabilización según caso. | No extrapolar los ECA de enfermedad leve. |
| Alta inevitable sin colecistectomía | Programación prioritaria documentada y educación sobre síntomas de alarma. | El riesgo de eventos aumenta durante el intervalo sin tratamiento definitivo. |

**Limitaciones**

La revisión es estructurada y narrativa, no sistemática con cribado exhaustivo reproducible de las tres bases. La consulta directa completa de LILACS/BVS y las exportaciones de PubMed/SciELO para deduplicación no pudieron documentarse; por tanto, no corresponde reportar número de registros identificados, excluidos ni diagrama PRISMA. La selección no contó con dos revisores humanos independientes documentados ni evaluación formal RoB 2, AMSTAR 2 o GRADE realizada para este manuscrito. Varios resultados provienen de resúmenes y textos completos disponibles, con posible sesgo de publicación o información faltante. Las definiciones de “temprana”, “diferida”, estancia y gravedad varían entre estudios. Las muestras de varios ECA no tuvieron potencia suficiente para descartar diferencias infrecuentes de lesión biliar o mortalidad. Los metaanálisis citados comparten estudios primarios y no constituyen participantes adicionales.

## 5. Conclusiones

La evidencia publicada hasta el 20 de agosto de 2026 respalda que, en adultos con pancreatitis aguda biliar leve y estabilidad clínica, la colecistectomía laparoscópica durante la hospitalización inicial es preferible a su programación semanas después. Esta estrategia reduce eventos biliares recurrentes y reingresos, y puede disminuir la estancia hospitalaria sin aumento consistente de complicaciones quirúrgicas mayores en pacientes seleccionados. Operar en las primeras 24–72 horas puede añadir beneficios logísticos, pero no es un imperativo universal: la elección del momento exacto debe considerar mejoría, riesgo anestésico, acceso quirúrgico y sospecha de obstrucción biliar. La recomendación no debe

extrapolarse a pancreatitis moderadamente grave o grave con necrosis o colecciones. Se requieren nuevos estudios multicéntricos que definan selección para cirugía ultratemprana, desenlaces infrecuentes y desempeño de rutas asistenciales en América Latina.

## Bibliografía


1. 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):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.

2. Aboulian A, Chan T, Yaghoubian A, Kaji AH, Putnam B, Neville A, et al. Early cholecystectomy safely decreases hospital stay in patients with mild gallstone pancreatitis: a randomized prospective study. Ann Surg. 2010;251(4):615-619. doi:10.1097/SLA.0b013e3181c38f1f.

3. da Costa DW, Bouwense SA, Schepers NJ, Besselink MG, van Santvoort HC, van Brunschot S, et al. Same-admission versus interval cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis (PONCHO): a multicentre randomised controlled trial. Lancet. 2015;386(10000):1261-1268. doi:10.1016/S0140-6736(15)00274-3.

4. da Costa DW, Dijksman LM, Bouwense SA, Schepers NJ, Besselink MG, van Santvoort HC, et al. Cost-effectiveness of same-admission versus interval cholecystectomy after mild gallstone pancreatitis in the PONCHO trial. Br J Surg. 2016;103(12):1695-1703. doi:10.1002/bjs.10222.

5. Tenner S, Vege SS, Sheth SG, Sauer B, Yang A, Conwell DL, et al. American College of Gastroenterology Guidelines: Management of Acute Pancreatitis. Am J Gastroenterol. 2024;119(3):419-437. doi:10.14309/ajg.0000000000002645.

6. Noel R, et al. Index versus delayed cholecystectomy in mild gallstone pancreatitis: results of a randomized controlled trial. HPB (Oxford). 2018;20(10):932-938. doi:10.1016/j.hpb.2018.03.016.

7. Mueck KM, Wei S, Pedroza C, Bernardi K, Jackson ML, Liang MK, et al. Gallstone pancreatitis: admission versus normal cholecystectomy—a randomized trial (Gallstone PANC Trial). Ann Surg.

2019;270(3):519-527. doi:10.1097/SLA.0000000000003424.

8. Riquelme F, Marinkovic B, Salazar M, Martínez W, Catan F, Uribe-Echevarría S, et al. Early laparoscopic cholecystectomy reduces hospital stay in mild gallstone pancreatitis: a randomized controlled trial. HPB (Oxford). 2020;22(1):26-33. doi:10.1016/j.hpb.2019.05.013.

9. Gómez Facundo H, Ribas Montoliu R, Coronado Llanos DR, Sugranyes Naval G, Llàcer Millán E, López Gordo S, et al. Cholecystectomy 7 days vs 4 weeks after mild biliary pancreatitis: a multicentric randomized clinical trial. Int J Surg. 2022;98:106207. doi:10.1016/j.ijsu.2021.106207.

10. Zhou W, Ji S, Zhang C, Liu B, Hong H, Pei M. Randomized controlled trial of early versus late cholecystectomy in patients with mild acute pancreatitis. HPB (Oxford). 2026;28(3):296-302. doi:10.1016/j.hpb.2025.12.019.

11. Moody N, Adiamah A, Yanni F, Gomez D. Meta-analysis of randomized clinical trials of early versus delayed cholecystectomy for mild gallstone pancreatitis. Br J Surg. 2019;106(11):1442-1451. doi:10.1002/bjs.11221.

12. Prasanth J, Prasad M, Mahapatra SJ, Krishna A, Prakash O, Garg PK, et al. Early versus delayed cholecystectomy for acute biliary pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. World J Surg. 2022;46(6):1359-1375. doi:10.1007/s00268-022-06501-4.

13. IAP/APA/EPC/IPC/JPS Working Group. International Association of Pancreatology Revised Guidelines on Acute Pancreatitis 2025: supported and endorsed by the American Pancreatic Association, European Pancreatic Club, Indian Pancreas Club, and Japan Pancreas Society. Pancreatology. 2025;25(6):770-814. doi:10.1016/j.pan.2025.04.020.

14. Guzmán-Calderón E, Suárez-Ale WH, Chávez-Rimache L, Zavaleta-Jara L, Díaz-Gonzales MJ, Quiroga-Purizaca WG, et al. Guía de práctica clínica para el manejo de la pancreatitis aguda en el seguro social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Peru. 2023;43(2):166-178. doi:10.47892/rgp.2023.432.1523.

15. Lyu YX, Cheng YX, Jin HF, Jin X, Cheng B, Lu D. Same-admission versus delayed cholecystectomy for mild acute biliary pancreatitis: a systematic review and meta-analysis. BMC Surg. 2018;18:111. doi:10.1186/s12893-018-0445-9.

16. Randial Pérez LJ, Parra JF, Aldana Dimas G. Seguridad de la colecistectomía laparoscópica temprana (<48 h) para pacientes con pancreatitis aguda biliar leve: revisión sistemática de la literatura y metaanálisis. Cir Esp. 2014;92(2):107-113. doi:10.1016/j.ciresp.2013.01.024.

17. Silva RA, Ueda RYY, Rêgo REC, Pacheco Junior AM, Fava J, Rasslan S. Tratamento cirúrgico postergado da pancreatite aguda biliar. Rev Col Bras Cir. 2000;27(3):167-172. doi:10.1590/S0100-69912000000300005.

18. Andrade Gómez JA. Colecistectomía temprana versus diferida posterior a pancreatitis aguda biliar leve en el Hospital Vicente Corral Moscoso, enero 2014–junio 2015 [tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: https://redi.cedia.edu.ec/document/84026

19. Di Martino M, Ielpo B, Pata F, Pellino G, Di Saverio S, Catena F, et al. Timing of cholecystectomy after moderate and severe acute biliary pancreatitis. JAMA Surg. 2023;158(10):e233660. doi:10.1001/jamasurg.2023.3660.