

11209
2 ej 73



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.S.T.E.

DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS: DESCRIPCION DE UNA NUEVA TECNICA

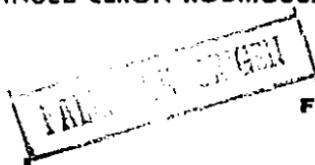
T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
CIRUJANO GENERAL
P R E S E N T A :
DR. MIGUEL ANGEL RODRIGUEZ ALCANTARA

Asesor de Tesis:
DR. MANUEL CERON RODRIGUEZ



ISSSTE

MEXICO, D. F.



FEBRERO 89



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION:

Las Derivaciones Biliodigestivas (DBD), constituyen --- técnicas ampliamente difundidas, descritas por Riedel (1) en 1888 y empleada inicialmente con éxito por Sprengel (4) en 1891, popularizada por Sease (5) en 1913 con 10 casos .

Así, desde esas épocas y hasta la cirugía contemporánea con la revisión de la literatura mundial y la casuística de Madden que recopila 1225 casos ha demostrado su utilidad, por su baja -- morbi-mortalidad en grupos de alto riesgo, tales como pacientes - seniles, con obstrucciones benignas y malignas, colangitis, etc.

Nuestro estudio presenta una modificación a la técnica-tradicional de las derivaciones biliodigestivas, en especial la - Coledocoduodenoanastomosis (CDA), realizándola en un solo plano, con sutura contnua y material monofilamento, comparándola con la técnica habitual de CDA en 2 planos y puntos separados con diferentes materiales de sutura.

Encontramos mejores resultados a corto y mediano plazo, con ahorro de tiempo quirúrgico, facilidad técnica en el procedimiento, acortamiento de la estancia hospitalaria. Aún cuando se - realizó bajo las contraindicaciones ampliamente conocidas, como - son: Colangitis , neoplasias y un caso con presencia de pus y materia fecal en la vía biliar .

Se excluyeron todos los pacientes con patología obstructiva biliar benigna o maligna que no tuvieran dilatación de la vía biliar en el caso de las CDA. .

ANTECEDENTES HISTORICOS:

Riedel (1) en 1888 fué el primero en realizar la Coledocoduodenoanastomosis, pero él no la reporta sino hasta el año de 1892. El paciente, una mujer de 40 años de edad fué operada por primera vez en julio de 1888 por presentar dolor abdominal e ictericia. La Colectistectomía fué realizada recuperándose y sobreviviendo. Una segunda operación fué llevada a cabo en diciembre del mismo año a causa de recurrencia del dolor abdominal e ictericia; el colédoco fué explorado, pero ningún lito se encontró, pero ante la posibilidad de un lito en la porción distal del colédoco, una coledocoduodenoanastomosis se llevó a efecto. La paciente murió 9 horas después de la cirugía. La necropsia demostró que la muerte fué causada por peritonitis secundaria a la perforación y escape de bilis del sitio de la anastomosis; la vesícula biliar estaba contraída y una piedra blanda del tamaño de un guisante fué hallada en la porción papilar del conducto común. La referencia de éste reportes repetidamente e incorrectamente dado en la publicación de 1888- (2).

Kocher (3) en 1890 reportó la ejecución de Coledocoduodenoanastomosis, suturando la serosa del duodeno hacia el conducto común; la operación fué abandonada y la comunicación entre éstas estructuras no fué establecida.

El crédito primario debe ser dado a Sprengel (4) como el primero en reportar y en llevar a cabo con éxito una Coledocoduodenoanastomosis. La paciente, una mujer de 40 años de edad fué operada por primera vez en Octubre de 1890, un cálculo fué empujado de-

la vesícula biliar presumiblemente hacia el duodeno; sin embargo, -
varios días después de la operación hubo dolor abdominal recurrente
te en asociación con ictericia. En enero de 1891 una segunda operaci
ción fué llevada a cabo, lo que pareció ser el duodeno en la primera
operación, demostró ser un conducto común enormemente dilatado,
así mismo, la piedra que fué manipulada dentro del duodeno en la --
primera operación, fué encontrada impactada en el conducto cístico.
Esta piedra fué aplastada entre los dedos por fuera y el conducto-
cístico ligado; una segunda piedra fué palpada en el conducto colédo
doco y los intentos para tratar de empujarla a través de la papila
dentro del duodeno no tuvieron éxito. La vesícula biliar fué extirpa
pada y el conducto común abierto; la piedra dentro del conducto com
ún fué fácilmente removida y una CDA latero-lateral fué realizada
en dos planos, tres meses después de la operación el paciente se-
encontraba asintomático. Sprengel dando al procedimiento quirúrgico
un nombre señaló : Si al exprimir el conducto no es liberada la --
piedra por la presión, unimos el conducto común con el duodeno y -
llamó a ésto COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS .

Sin embargo, quedó en la mente para Seasse (5) en 1913, -
popularizar la operación para uso general , 10 casos fueron reporta
dos, siendo las indicaciones para llevar a cabo tal procedimiento
to las siguientes: Tumor de páncreas (1 paciente), Estenosis de -
la papila (3 pacientes), Piedras en el conducto biliar (6 pacientes).
Seasse recomendó su uso rutinariamente en los pacientes con coledo
colitiasis para excluir la retención de un lito sobreconsiderada o
residual .

Posteriormente, existieron muchos reportes excelentes - de Europa (6) y países vecinos (16) en relación con la CDA. En un reporte relacionado y reciente por Pi Figueras (15) la operación - fué llevada a cabo en 128 pacientes y en cada uno la indicación - para su uso, fué el hallazgo de litos en el conducto común .

La primera publicación en los E.U.A. sobre los méritos - particulares de la CDA fueron aquellos de Sandres (17) en 1947. - Anastomosis latero-lateral fué llevada a cabo en 23 pacientes, en 6 de los cuales la indicación para la operación fué la obstrucción del conducto común secundaria a cáncer, ya fuera diagnosticado o - simplemente sospechado. En los 16 restantes, la operación fué -- llevada a cabo para el tratamiento de lesiones benignas obstructi - vas del conducto común. En cada uno de los tres pacientes por -- estenosis traumática del conducto biliar común, la anastomosis fué término-lateral entre el conducto hepático y el duodeno. Del total de 25 pacientes el 84 (2) murieron y ambos tenían lesiones obstruc - tivas benignas y en ningún caso se documentó colangitis ascendente.

MATERIAL. Y METODOS:

Se presenta el resultado preliminar de un estudio prospectivo, comparativo, longitudinal y abierto de 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Regional 20 de Noviembre, I.S.S.T.E de Enero de 1986 a Octubre de 1988, las cirugías se realizaron por enfermedad biliar obstructiva, tanto benigna como maligna. Se dividieron en dos grupos de 15 pacientes cada uno.

Grupo I: Derivaciones Biliodigestivas en un solo plano, sutura continúa y material monofilamento 5-0.

Grupo II: Derivaciones Biliodigestivas en dos planos, puntos simples separados y diversos materiales de sutura.

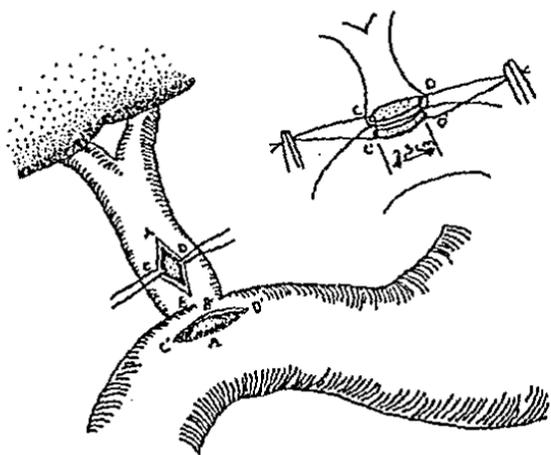
Se evaluó la morbilidad y mortalidad de la intervención quirúrgica en sí a 30 días. También se evaluó la calidad de la anastomosis tanto clínica como endoscópicamente a los 8 y 30 días, así como a 22 meses en los primeros casos operados.

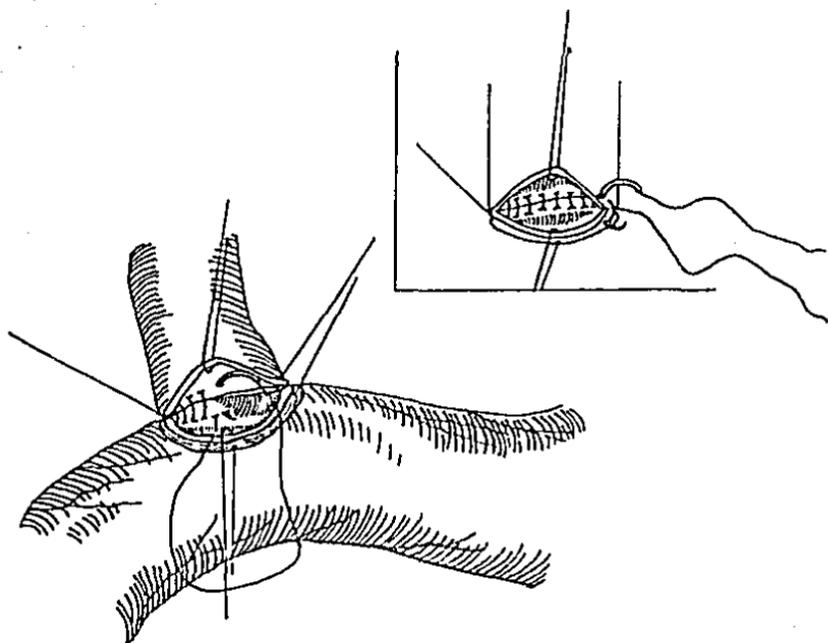
T E C N I C A :

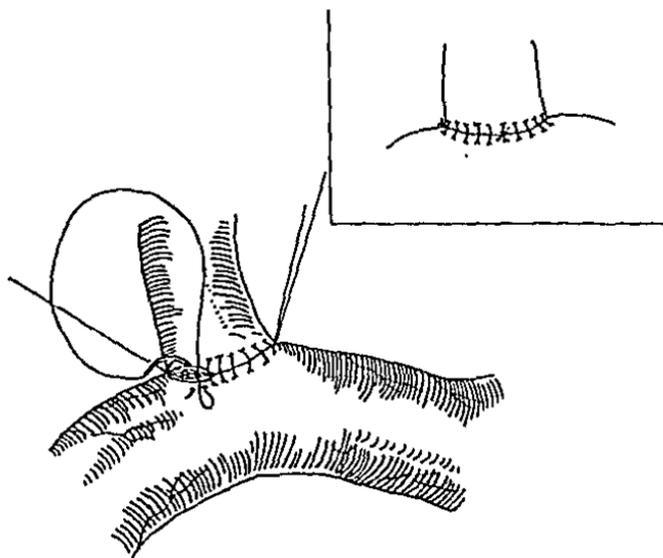
De nuestro grupo de estudio, la coledocoduodenoanastomosis (CDA) fué la que se realizó en un 80 % de los casos y es la que a continuación se describe.

Se practica anastomosis coledocoduodenal latero-lateral, mediante incisión longitudinal de colédoco a nivel retroduodenal - de 2-3 cm y una incisión sobre el borde superior del arco duodenal también con una longitud de 2-3 cm, previa maniobra de Kocher amplia. Se colocan puntos de referencia en cada uno de los bordes o vértices de las incisiones realizadas de colédoco y duodeno (fig 1). Iniciándose la anastomosis en la línea posterior (B-B') con un paso de la aguja dentro fuera coledocoduodeno, manteniendo la sutura, con técnica vascular en forma continua y circundando toda la anastomosis para terminar en la cara anterior con un solo nudo. El material utilizado es una sutura monofilamento 5 - 6 ceros doble armada (Figs. 2-3)

En los casos de las derivaciones hepaticoyeyunales, éstas se realizaron exactamente con la misma técnica descrita anteriormente, previa desfuncionalización de un asa intestinal en Y de Roux. En todos los pacientes se dejó un drenaje de penrose dirigido al espacio de Kuinslow, mismo que se retiró en el postoperatorio inmediato al corroborar la hermeticidad de la anastomosis clínicamente, mediante un trago de azul de metileno .







DISTRIBUCION DE EDAD Y SEXO

E D A D	MASCULINOS	FEMENINOS	TOTAL
20-29		1	1
30-39	1	1	2
40-49	2	4	6
50-59	2	7	9
60-69	2	4	6
70-79	2	2	4
80-89		2	2
TOTAL	9	21	30

Como se demuestra en la gráfica, de los 30 pacientes estudiados, 21 de ellos correspondieron al sexo femenino (70%) y 9 al -- sexo masculino (30%); 21 paciente en la cuarta década de la vida y a partir de la quinta el promedio aumenta hasta un 70 % .

Lo anterior demuestra la similitud en cuanto a las edades y sexos de los grupos que se comparan, que viene a dar mayor validez al estudio presentado .

DISTRIBUCION DE EDAD Y TIPO DE TECNICA

EDAD	* DBD 1 PLANO SURGETE CONTINUO	* DBD 2 PLANOS PUNTOS SEPARADOS
20-29	1	
30-39	2	
40-49	2	4
50-59	3	6
60-69	4	2
70-79	1	3
80-89	2	
TOTAL	15	15

Los 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente fueron divididos en dos grupos de 15 pacientes cada uno. El grupo I Derivaciones Biliodigestivas en un solo plano sutura continúa y material monofilamento 5-6 ceros. Grupo II Derivaciones Biliodigestivas dos planos puntos simples separados y diversos materiales de sutura. El promedio de edad en ambos grupos fué similar, en el I fué de 58.4 años, en tanto que en el II fué de 56.6 años .

INDICACIONES DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

INDICACIONES	No. PACIENTES	%
COLEDOCOLITIASIS	11	36.6 %
IATROGENIA VIAS BILIARES	6	20.0 %
CA DE PANCREAS	5	16.6 %
ESTENOSIS DE PAPILA	3	10.0 %
PANCREATITIS CRONICA	2	6.6 %
CA DE CONDUCTO BILIAR	2	6.6 %
OTRAS	1	3.3 %
TOTAL	30	100.0 %

Del grupo de 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente, la indicación más frecuente fué la Coledocolitiasis con un total de 11 - pacientes que representan el 36.6 % , seguido por la Iatrogenia de las Vías Biliares con 6 pacientes (20.0%), ocupando el tercer lugar en frecuencia encontramos al Ca de Páncreas con 5 pacientes que representa - el 16.6 % . Las otras indicaciones, tales como la Estenosis de la Papila, Pancreatitis Crónica y el Ca del Conducto Biliar presentó una incidencia baja, tal como se demuestra en la tabla correspondiente .

INDICACION POR LESIONES BENIGNAS

INDICACIONES	No. DE PACIENTES	%
COLEDOCOLITIASIS	11	36.6 %
IATROGENIA VIAS BILIARES	6	20.0 %
PANCREATITIS CRONICA	2	6.6 %
TOTAL	19	63.6

INDICACION POR LESIONES MALIGNAS

CA DE PANCREAS	5	16.6 %
CA DE AMPULA DE VATER	3	10.0 %
CA DE CONDUCTO BILIAR	2	6.6 %
CA GASTRICO	1	3.3 %
TOTAL	11	36.6 %

Relación de patología obstructiva benigna y maligna .

La obstrucción biliar benigna superó a la obstrucción maligna como indicación de cirugía en ambos grupos. La primera con 19 pacientes en total , que representa un porcentaje de 63.3 %, siendo nuevamente la Coledocolitiasis la causa más frecuente con 11 pacientes (36.6%), entanto que el grupo de patología maligna el Ca de Páncreas fué el que predominó con una incidencia del 16.6 % (5 pacientes).

INDICACION QUIRURGICA DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS
UN PLANO SURGETE CONTINUO

INDICACIONES	No. PACIENTES	%
COLEDOCOLITIASIS	5	33.3 %
IATROGENIA VIAS BILIARES	4	26.6 %
ESTENOSIS DE PAPILA	2	13.3 %
CA DE PANCREAS	2	13.3 %
PANCREATITIS CRONICA	2	13.3 %
TOTAL	15	100.0 %

DOS PLANOS PUNTOS SEPARADOS

COLEDOCOLITIASIS	6	40.0 %
CA DE PANCREAS	3	20.0 %
IATROGENIA VIAS BILIARES	2	13.3 %
CA DE VIAS BILIARES	2	13.3 %
ESTENOSIS DE PAPILA	1	6.6 %
OTRAS	1	6.6 %
TOTAL	15	100.0 %

La causa más frecuente del grupo I de DDG en 1 plano surgete continuo fué la Coledocolitiasis con 5 pacientes (33.3 %) similar al grupo II que presentó 6 pacientes (40.0 %). La segunda causa del grupo I corresponde a la Iatrogenia de Vías Biliares con 26.6 %, en tanto que en el grupo II lo ocupó el CA de Páncreas (20.0 %); por lo que respecta a las indicaciones restantes se demuestra similitud .

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA COMPARATIVA DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS

* DBD UN PLANO SURGETE CONTINUO	No. PACIENTES	MORTALIDAD OPERATORIA
COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS	12	0.0 %
COLEDOCOCYEYUNOANASTOMOSIS	2	0.0 %
PANCREATICOCYEYUNOANASTOMOSIS	1	0.0 %
TOTAL	15	0.0 %

* DBD DOS PLANOS PUNTOS SEPARADOS	No. PACIENTES	MORTALIDAD OPERATORIA
COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS	8	13.3 %
COLEDOCOCYEYUNOANASTOMOSIS	3	0.0 %
HEPATICOCYEYUNOANASTOMOSIS	2	0.0 %
COLECISTOCYEYUNOANASTOMOSIS	1	0.0 %
HEPATICODUODENOANASTOMOSIS	1	0.0 %
TOTAL	15	13.3 %

* DBD: DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

De las derivaciones biliodigestivas más frecuentemente llevadas a cabo fué la Coledocoduodenoanastomosis en ambos grupos. En el grupo I con 12 pacientes (80%) y en el Grupo II con 8 pacientes (53.3%). En tanto que la Coledococoyeyunoanastomosis ocupó el segundo lugar en incidencia en ambos grupos, así como su comparación en relación a la morbi-mortalidad, la cual en forma global el grupo II presentó una mortalidad del 13.3 %, - dos pacientes muertos, relacionados directamente con la derivación biliodigestiva realizada. Es importante mencionar que en grupo I se realizó -- una Pancreaticocoyeyunoanastomosis como parte de una operación de Whipple -- utilizando la técnica de surgete continuo en un solo plano.

PRESENCIA DE COLANGITIS DX TRANSOPERATORIO

DBD UN PLANO SURGETE CONTINUO	6	40.0 %
DBD DOS PLANOS PUNTOS SEPARADOS	2	13.2 %
TOTAL	8	53.2 %

* DBD: DERIVACIONES BILIONIGESTIVAS

Del grupo I que corresponde al Surgete continuo en un solo plano, encontramos 6 pacientes (40.0 %) con colangitis transoperatorias, y a pesar de ello, se llevó a cabo el procedimiento quirúrgico, considerándose como anastomosis de alto riesgo. En tanto que en el grupo II también se llevó a cabo la anastomosis bajo la presencia de colangitis en sólo dos pacientes .

Asimismo en el grupo I se llevó a cabo la anastomosis biliodigestiva bajo las contraindicaciones tradicionales, tales como : inflamación aguda de la vía biliar, cirugías previas, neoplasias, y en un caso presencia de pus y materia fecal en la vía biliar, todos ellos con excelentes resultados

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIONES	* DBD UN PLANO SURCETE CONTINUO	%	*DBD DOS PLANOS PUNTOS SEPARADOS	%
FISTULA BILIAR	1	6.6 %	4	26.6 %
INFECCION HERIDA Qx			2	13.3 %
INFECCION PULMONAR	1	6.6 %	2	13.3 %
ABSCESO RESIDUAL			2	13.3 %
TOTAL.	2	13.2 %	10	66.5 %

* DBD: DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

La complicación postoperatoria presentada con más frecuencia en ambos grupos fué la Fístula Biliar. En el grupo I se presentó en un solo paciente (6.6%), en tanto que en el grupo II se presentó con más frecuencia, en 4 pacientes (26.6%). Otras de las complicaciones que se presentaron en nuestros pacientes fué la infección pulmonar con un caso en el grupo I (6.6 %) y con dos casos en el Grupo II (13.3 %).

El resto de las complicaciones sólo se presentaron en el grupo II, con dos pacientes con infección de la herida quirúrgica, (13.3%) y dos más con absceso residual (13.3 %). Con una Morbilidad global en el grupo I de 13.3 % y en el grupo II con 66.5 %, lo cual se reflejó en la Mortalidad del grupo II de 13.3 % (2 pacientes) y en nuestro grupo de paciente (grupo I) no se observó fallecimiento alguno, Mortalidad 0 %.

RESULTADOS DE LA VALORACION ENDOSCOPICA

RESULTADOS	GRUPO I NO.DE PACIENTES	%	GRUPO II No. DE PACIENTES	%
EXCELENTES	14	93.3 %	10	66.6 %
BUENOS	1	6.6 %	2	13.3 %
REGULARES	0	0.0 %	2	13.3 %
MALOS	0	0.0 %	1	6.6 %
TOTAL	15	100.0 %	15	100.0 %

La valoración endoscópica no se había llevado a cabo en la realización de otros estudios, lo cual ha motivado la realización de otro trabajo de investigación por parte del servicio de Endoscopías del Hospital Regional 20 de Noviembre. Es la valoración más objetiva que se puede tener ya que observa directamente el calibre de la anastomosis, así como el paso de endoscopio a través de las anastomosis, verificando la presencia o ausencia del material de sutura dentro de la línea anastomótica. Nuestros resultados a 7 y 30 días, y 22 meses fueron excelentes en 14 pacientes (93.3 %), sin presentar ningún resultado regular o malo, en dicha valoración endoscópica. En tanto que en grupo II los resultados no fueron tan satisfactorios, obteniéndose 10 pacientes con valoración de excelente (66.6%) y 2 pacientes con valoración de regular (13.3%) y 1 con malos resultados (6.6. %)

DISCUSION.

Desde que Sasse popularizó la Coledocoduodenoanastomosis con 10 casos (5), se estableció a las Derivaciones Biliodigestivas (DBD), como una alternativa de manejo, para los procesos obstructivos de las vías biliares extrahepáticas. Al mismo tiempo se definieron las indicaciones y contraindicaciones (5,23), para evitar posibles complicaciones. Se observó que este tipo de derivaciones, se complicaban por la presencia de Colangitis, Desnutrición, inflamación aguda y crónica de las vías biliares y procesos malignos (21), Manifestándose como dehiscencia en la línea de sutura, estenosis de la anastomosis y muchos de los casos con colangitis ascendente- (Síndrome de Sumidero) (18).

Esta técnica ha resistido la prueba del tiempo hasta nuestros días, con excelentes resultados en últimas series publicadas - (7,9,10,12,14), con reportes de baja mortalidad y morbilidad, todos ellos llevando a cabo esta intervención con diferentes técnicas.

Rodney Smith (8) estableció los principios fundamentales, para llevar a cabo una DBD, con el mínimo de complicaciones, en base a este reporte nosotros decidimos realizar una técnica, tomando en cuenta todos estos factores descritos por el Dr. Rodney Smith (8) - evitar la morbimortalidad, que en los mejores resultados ha sido de 2 a 8 %, esto ampliamente revisado por el Dr. Madden (7).

Entre los factores que se tomaron en cuenta, para mejorar los resultados ya descritos destacan : 1) La aposición perfecta de la mucosa del coledoco, con la mucosa intestinal. 2) Irrigación adecuada de estas estructuras mediante una mínima disección en los casos

de reintervención. 3) No estimular un proceso inflamatorio, que pudiera evolucionar a fibrosis y retracción, por la presencia de cuerpos extraños como son : suturas absorbibles (11, 12). 4) Evitar la precipitación de sales biliares y detritus alimentarios, por la presencia de material de sutura no absorbible en la línea de la anastomosis (11). (12). 5) Evitar la tensión sobre la anastomosis, para minimizar el proceso cicatricial.

Llevamos a cabo esta técnica en cirugía experimental, en donde después de haber practicado una colecistoyunooanastomosis --- (CYA) o colecistoduodenoanastomosis (CDA), no era posible mantener ayuno prolongado a los perros y muchos menos tener descomprensión intestinal mediante sondas, observamos que estos animales no sufrían complicaciones aún en condiciones adversas, por lo que se decidió aplicar esta experiencia en la Clínica.

La valoración clínica de los resultados, en el caso de las DBD, se ha concretado a identificar las posibles complicaciones, lo cual consideramos como subjetivo, ya que muchos de los enfermos con regulares resultados no acusan molestias. Esta valoración en el mejor de los casos, se había concretado a identificar las características de la anastomosis, a través de un trago de bario que mostrara las vías biliares. Para que nosotros, pudiéramos demostrar en forma objetiva que la modificación a la técnica clásica, era superior a la tradicional, se solicitó al Departamento de endoscopias de nuestro hospital, el estudio endoscópico de las Coledocoduodenoanastomosis (CDA), con toma de biopsia , descripción del calibre de la anastomosis y la presencia o no de detritus alimentarios, precipitados -

biliares. Con excelentes resultados, los cuales comparados con reportes previos resultaron ser superiores (11,12, 20). La explicación se fundamenta en el hecho de que el material de sutura, es muy fino para el tamaño de las estructuras (5 a 6 ceros) y queda --- prácticamente sumergido en el espesor de ambas mucosas, este material es monofilamento, inerte e inabsorbible , lo que no provoca - reacción inflamatoria en la línea de la anastomosis y lo hace el - material idóneo, en los procesos supurativos e inflamatorios (22,24).

En cuanto a la modificación de esta técnica, podemos decir que es, la misma que se utiliza para las anastomosis vasculares de alta presión, lo cual aplicado a las DBD lo hace completamente hermético, sin peligro de fugas.

Nosotros decidimos llevar a cabo DBD a pesar de contraindicaciones importantes, observando en nuestro estudio que ninguna de ellas, impidió llevar a cabo una anastomosis con buenos resultados. Consideramos que este método simplifica la técnica al máximo y puede ser realizada por cualquier cirujano que practique cirugía de vías biliares.

CONCLUSIONES :

A) Se presentan los resultados preliminares de una modificación a la técnica tradicional empleada en las derivaciones biliodigestivas, que simplifica dicha técnica.

B) Encontramos excelentes resultados, tanto clínicos como endoscópicos a corto y mediano plazo, con ésta modificación, quedando por verificar éstos mismos resultados a largo plazo .

C) La modificación a la técnica tradicional se apega a los principios básicos establecidos por Rodney Smith para las derivaciones biliodigestivas .

D) La modificación a la técnica tradicional se llevó a cabo en presencia de las contraindicaciones tradicionales establecidas, lográndose excelentes resultados .

E) La nueva técnica se encuentra al alcance del cirujano general que posea entrenamiento básico quirúrgico mínimo.

F) Con los resultados obtenidos se comprueba que existe una reducción importante del promedio standar de complicaciones y de estancia hospitalaria, con la consecuente disminución de la Morbi-Mortalidad.

G) Se puede corroborar los resultados por medio de un método directo como es la endoscopia en los casos concretos de Coledoco coduodenoanastomosis .

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .

1. Riedel BMCL: Erfahrungen über die GallensteinKrankheit mit und ohne Icterus. Berl Hirschwald, p 116, 1892.
2. Riedel BMCL: Ueber den zungenförmigen Fortsatz des rechten Leberlappens und seine pathognostische. Bedeutung Für die Erkrankung der Gallenblase nebst Bemerkungen über Gallensteinoperationen. Berl Klin Wchnschr 25: 577,602,18888 .
3. Kocher T: Cholelithothripsie bei Choledochusverschluss mit volliger Genesung. Cor BI schweitz ärzte 20:97,1890.
4. Sprengel O: Über einen Fall von Exstirpation der Gallenblase mit anlegung einer Communication Zwischen Ductus choledochus und Duodenum. Arq. Klin Chir 42: 550, 1891.
5. Sasse F: über choledocho-Duodenostomie Arch Klin Chir 100: 969, 1913.
6. Capper WM: External choledochoduodenostomy : Arch Klin Chir 180 an evaluation of 125 cases. Brit J. Surg 49: 292, 1961.
7. Madden J.L. Chun J.Y. Kandalaft. S, Parekh M. Choledochoduodenostomy. An unjustly maligned Surgical procedures. Am. J. Surg. 119:45 , 1970
8. Smith Rodney . Obstructions of the bile duct. Br. J. Surg. 66-69. 1964.
9. Lygidakis N.J. Choledochoduodenostomy in claculous biliary tract disease . Br. J. Surg 68:762, 1981.
10. Vogt D.P. Hermann R.E. Choledochoduodenostomy, choledochojunostomy or sphincteroplasty for biliarey and pancreatic disease. Ann Surg 193:161, 1981.
11. Akiyama H. Ikesawa H. et al. Unexpected problems of external choledochoduodenostomy, fiberscopic examinations in is patiens. Am J. Surg. 140 : 660 , 1980.
12. Lewis J.W. Urdameta I.F. Stone formation on Silk suture after choledochoduodenostomy. South Med J. 74: 1280, 1981.
13. López T. Belmonte I. et al. Resultados tardfos de la coledoco-duodenoanastomosis en el tratamiento de la patología maligna de la vfa biliar principal . Rev. Esp. Enf. Ap. Digest. 72,3 (207-210) 1987.

14. A. Cuschiers M.D. et al. Long- Term experience with transaction Choledochoduodenostomy. *World J. Surg* 7, 502-504, 1893.
15. Pi-Figueras H: Personal communication, 1961.
16. Soupault R and Mallet-Guy P. Technique de la Choledochoduodenostomy *J. Chir* 55. 313, 1940.
17. Sanders RI: Indications for and value of choledochoduodenostomy *ANN Surg.* (109) 123: 847, 1946.
18. O. Kinami Y, Takata M. et al. Operative results of sideto-side choledochoduodenostomy for cholelithiasis. *Dig. Surg.* 4: 110-116 1987.
19. Albarrán Treviño Carlos et al. Platia de vías biliares experiencia de 25 años. *Rev. Cirugía y Cirujanos* Vol. 54 ene-Feb. 1987.
20. I. Szanto, I. Bozalgy I. N. Vamosi G. Sarkadi. Purulent Cholangitis and Hepatic Abscess after choledochoduodenostomy Diagnosed by ERCP. *Endoscopy* 1 (1979) 70-72.
21. S. Birkenfeld MD. F. Serour MD. Choledochoduodenostomy for Benign and Malignant biliary tract. disease .
22. Giledman ML. Gold MS. Choledochoduodenostomy. In: Schwartz S1, Ellis H. eds. *Maingot abdominal operations*, 8th ed. East Norwalk, CT. Appleton-Century-Crofts, 1983: 1909-23.
23. M. Gold MD. ML. Gliedman MD. Choledochoduodenostomy ands sphinctero plasty. *Contemporary Surgery / Vol. 27* Sep. 1985.
24. R. Rizzuti MD. T. McElwee MD. J.W. Carter FACS. Choledochoduodenostomy. A safe and efficacious alternative in the treatment of biliary tract disease. *The American Surgeon* Vol. 53 January 1987.