

88
2ej 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
DR. SERGIO ROJAS ORTEGA



FALLA DE ORIGEN



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 está 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.

INDICE

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODOS	3
RESULTADOS	5
DISCUSION	9
CONCLUSIONES	15
CUADROS Y FIGURAS	17
REFERENCIAS	25

ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL

INTRODUCCION

Actualmente se acepta que la esfinteroplastia transduodenal es un procedimiento quirúrgico útil para el tratamiento y prevención de la litiasis en las vías biliares, así como para las enfermedades propias del esfínter de Oddi.

Desde 1884 Langebuch (1) atribuyó como causa de síntomas biliares la estenosis del esfínter de Oddi, y propuso la sección del mismo para su alivio. Años más tarde McBurney (2) en 1891 realizó la primera esfinterotomía para el tratamiento de coledocolitiásis, y posteriormente Kocher (3) suturando los bordes de la esfinterotomía la denomina colédoco-duodeno-anastomosis interna.

Archibald (4) describe un abordaje quirúrgico sistemático, que da como resultado la operación clásica de esfinterotomía, la cual emplea en el tratamiento de la pancreatitis recurrente; siendo utilizada más tarde y en forma extensa por Doubilet y Mulholland (5) y popularizada por Barlett y Nardi (6) para el tratamiento de la pancreatitis crónica.

En 1969 Jones (7) propone que la esfinteroplastia es más adecuada que la esfinterotomía para el tratamiento de enfermedades pancreatobiliares. A partir de entonces se adopta esta modalidad y últimamente se ha propuesto además añadir la septectomía transampular al procedimiento, sobre todo para los casos de pancreatitis crónica (8,9,10).

La mayoría de las series informan excelentes resultados que varían -

del 77 al 97% cuando la esfinteroplastía se realiza para el tratamiento de coledocolitíasis (11-16), sin embargo, cuando se le utiliza para el tratamiento de la pancreatitis recurrente, los resultados no son tan buenos (9,10,17).

El objetivo del presente estudio fué analizar la efectividad de la esfinteroplastía transduodenal a corto y largo plazo en una serie de 300 casos operados en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", así como sus indicaciones, complicaciones e identificación de los factores de riesgo para morbi-mortalidad.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron en forma retrospectiva los expedientes clínicos de todos los pacientes sometidos a "Esfinteroplastia transduodenal" en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" desde 1952 a 1987, y se obtuvo la siguiente información: edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria, cuadro clínico a su ingreso, estudios de laboratorio y gabinete practicados para obtener diagnóstico, tratamiento preoperatorio y tiempo de seguimiento.

Se analizaron las indicaciones del procedimiento, la histología de las biopsias de la papila, las complicaciones y los factores de riesgo para el desarrollo de las mismas.

Se valoró la efectividad del procedimiento a corto y largo plazo basados en la mejoría clínica y/o en los parámetros del laboratorio y gabinete.

El análisis estadístico se practicó mediante la prueba de χ^2 para variables paramétricas.

No se excluyó ningún caso en el análisis de los resultados, y se obtuvieron los datos de 300 pacientes sometidos a esfinteroplastia transduodenal durante 35 años.

La técnica operatoria consistió en coledocotomía longitudinal supraduodenal, exploración de la vía biliar y del esfínter, comprobando la permeabilidad de este último mediante dilatadores de Bakes o sondas Nélaton.

Cuando se encontró obstrucción del esfínter se realizó duodenostomía longitudinal en la segunda porción, y se identificó la papila pasando el explorador de Bakes o bien mediante el tractor de papila (FIG. 3-A).

Se procedió a tomar biopsia del área ampular en la mayoría de los casos.

En algunos otros se practicó extracción manual o instrumental de la litiasis impactada.

Una vez tomada la biopsia, se continuó con la esfinteroplastia, mediante pinzamiento y sutura de los bordes del colédoco y el duodeno en una extensión aproximada al calibre del colédoco dilatado. La dirección de la esfinteroplastia fué hacia las once de la carátula del reloj para evitar dañar la desembocadura del conducto pancreático (FIG. 3-B). En los casos de pancreatitis crónica se practicó además septectomía colédoco-pancreática. Una vez terminada la esfinteroplastia, el cierre duodenal se practicó en dos capas en forma longitudinal o transversal, y el cierre del colédoco longitudinal colocando sonda en "T".

RESULTADOS

La edad promedio fué de 45 años (rango: 15 a 75 años), la proporción de mayores de 65 años fué del 24.4%. 105 pacientes fueron del sexo masculino (35%) y 195 del sexo femenino (65%) lo cual hace un total de 300 pacientes con una relación M:F de 1:18 ($p < 0.7$). El tiempo de estancia hospitalaria varió de 5 a 35 días.

El cuadro clínico a su ingreso tuvo una proporción similar para los diferentes diagnósticos 25+ 3% (CUADRO I).

Se agrupó bajo el diagnóstico de colangitis a los pacientes que tuvieron la tríada característica de fiebre, ictericia y dolor en hipocondrio derecho (Charcot).

Otros 73 enfermos tuvieron como manifestación principal cólico biliar y muchos de éstos con el antecedente de colecistectomía, por lo que se consideraron como portadores del síndrome post-colecistectomía. Del grupo de enfermos con ictericia obstructiva ninguno tuvo datos de colangitis.

En 67 enfermos el cuadro clínico fué compatible con brotes de pancreatitis, sin embargo, éste se asoció a patología biliar en 31 casos, y el resto si correspondió a enfermos con pancreatitis crónica.

Las pruebas de funcionamiento hepático se encontraron alteradas con elevación de bilirrubina directa (> 0.3 mg. a > 10 mg./100 ml.) en el 68% de los casos, elevación de fosfatasa alcalina (133 a > 500 u/l) en el 71.4%, TGP y TGO (> 118 y > 80 u/l respectivamente) en el 40.9% e hipalbuminemia menor de 3.4 g./100 ml. en 13.8%.

De los estudios de gabinete practicados fueron de utilidad para el diagnóstico la colangiografía endovenosa en el 31% de los casos, la colangiopancreatografía retrógrada por vía endoscópica en el 24%, el ultrasonido en 7.6% y la colangiografía percutánea en el 7%. 98 enfermos recibieron antibioticoterapia en el preoperatorio (32.6%).

Las indicaciones para realizar la esfinteroplastia transduodenal estuvieron en relación al diagnóstico preoperatorio o a los hallazgos transoperatorios (CUADRO II).

En las primeras décadas de la serie (1952-1970) la pancreatitis crónica fue indicación para practicar el procedimiento como medida terapéutica principal o aunado a excisión pancreática y/o derivación pancreato-intestinal, lo que sucedió en 36 enfermos. También fue realizada para poder efectuar pancreatografía retrógrada transoperatoria cuando no existía endoscopia, aunque en la última década la indicación principal de la esfinteroplastia ha sido la patología de la vía biliar y el esfínter de Oddi.

De las biopsias obtenidas del área ampular (n=150), se demostró anormalidad histológica en el 90% (CUADRO III). Los tumores benignos correspondieron a papiloma (1) y pseudopólipo (2). Se encontraron 6 casos de neoplasia maligna (2 tumores neuroendocrinos y 4 adenocarcinomas del ampulla de Vater), que fueron excluidos del total de la serie ya que posteriormente fueron sometidos a otro tipo de tratamiento quirúrgico.

La mortalidad global fue del 4.3% (13 casos), sin embargo, en la última década solo hubo una muerte en 77 casos (frec. acumulada 1.2% // frec. relativa 0.33%) p NS.

Se presentaron complicaciones mayores en 41 pacientes (13.6%) y menores en 37 (12.3%) para un total de 78 (25.9%). Las primeras fueron fistula biliar (13), colangitis (9), neumonía (8), absceso intrabdominal (7) y fistula duodenal (4); las segundas relacionadas con infección de la herida (19), hiperamilasemia moderada transitoria (14) e infección de vías urinarias (4).

Se analizaron factores de riesgo para morbi-mortalidad el antecedente de cirugía previa en vías biliares, década en que fué practicado el procedimiento, o si influyó en los resultados el Cirujano; además de otros factores de riesgo reconocidos en otras series (18,19) (CUADRO IV).

Como se aprecia en el CUADRO V se encontró que la presencia de colangitis es un factor de riesgo para mortalidad: 8 de 85 enfermos (9.4%) versus 5 de 215 (2.3%) con diferencia estadísticamente significativa $p < 0.02$.

La hipoalbuminemia menor de 3g/100 ml. es un factor de riesgo para morbilidad, principalmente para el desarrollo de fistula biliar y/o duodenal: 20 de 34 enfermos (54%) versus 58 de 223 (26%) $p < 0.02$. En cuanto a los otros factores de riesgo analizados no se encontró diferencia significativa.

El tiempo de seguimiento promedio fué de 5 años 2 meses (rango: 6 meses a 10 años) en 264 enfermos (91%). Para evaluar la efectividad del procedimiento se hizo un análisis comparativo de las pruebas de laboratorio en el pre y postoperatorio mediato y tardío y se encontró mejoría de las mismas con valor estadístico (FIGURA I).

Se practicó colangiografía postoperatoria en 270 pacientes (94%) del --

grupo de sobrevivientes (n=287), siendo ésta normal en 257 casos (95.1%) y anormal en 13 (4.8%) en cuanto a que había sospecha de litiasis por defecto de llenado por parte del radiólogo, sin embargo, de éstos, solo en 2 enfermos hubo repercusión clínica durante su seguimiento y fueron sometidos a otro tipo de manejo de la litiasis residual, y el resto permanecieron asintomáticos.

En base a estos hallazgos y a su evolución clínica, se consideró que la esfinteroplastia fué efectiva logrando permeabilidad de las vías biliares duradera y exenta de complicaciones tardías, en el 93% de los casos.

De los enfermos con pancreatitis crónica (36 casos), el curso clínico post-esfinteroplastia no mejoró en 18 de ellos, a pesar de tener permeabilidad de la vía pancreatobiliar a nivel del ampulla, persistiendo con dolor abdominal crónico, por lo que algunos fueron sometidos a excisión pancreática o derivación pancreato-yeyunal posteriormente. Es decir el procedimiento quirúrgico inicial no fué efectivo en el 50% de estos casos con diagnóstico de pancreatitis.

DISCUSION

La indicación principal de la esfinteroplastia transduodenal es el tratamiento de la litiasis residual o recurrente en las vías biliares, asociada a enfermedad del esfínter de Oddi como se describe en otras series publicadas en la literatura (7,8,11-14,16,20).

La mayoría de los enfermos de esta serie tuvieron litiasis del tracto biliar, asociada a estenosis del esfínter y ésto fué la indicación para realizar la esfinteroplastia.

Dicha estenosis del esfínter de Oddi fué el común denominador en los enfermos y estuvo relacionada con patología orgánica como se demostró en las biopsias con un elevado porcentaje de alteraciones histológicas (90%).

Esta estenosis fué "secundaria" en los casos de coledocolitiasis, por el mecanismo de enclavamiento de los mismos a nivel de la papila o bien por su paso a través del esfínter, que provocó daño agudo (inflamación) y en ocasiones permanente, ya que la cicatrización (fibrosis) dió como resultado la estenosis del mismo.

Otras veces la estenosis fué producto de manipulación traumática al explorar y dilatar el esfínter en cirujías previas.

Estos mecanismos de daño han sido reconocidos por otros autores (10,21); por lo que actualmente se recomienda no dilatar el esfínter de Oddi durante la exploración de vías biliares, sino solamente comprobar su permeabilidad mediante el paso del explorador de Bakes No. 3 (3 mm.), o bien mediante una sonda Nélaton 10Fr., aunque lo ideal es visualizar la

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

porción distal de la vía biliar mediante "coledoscopia" transoperatoria, si es que se cuenta con los instrumentos apropiados, ya que el dilatar este esfínter ocasiona en la mayoría de los casos daño permanente, que años más tarde puede provocar fibrosis y estasis biliar con la formación de coledocolitiásis o alteraciones funcionales que se manifiestan como "síndrome post-colecistectomía". En otros casos la estenosis fué primaria por neoplasia, hipertrofia o divertículo duodenal a nivel de la papila.

Se consideró como obstrucción parcial a nivel del esfínter cuando éste se pudo dilatar, sin embargo, había evidencia indirecta de trastorno obstructivo como fué la presencia de lodo biliar o litiasis de formación "in situ" a juicio del Cirujano (20). Dicha obstrucción obedeció a patología orgánica en algunos casos y otros probablemente a un trastorno funcional primario del esfínter cuya etiología se ha descrito en otras series (10,21), ya que no había alteración macroscópica ni microscópica a nivel de la papila, siendo la histología normal en el 9.3% de las biopsias.

Como quiera que sea en este grupo mayoritario de enfermos con estenosis "primaria", o "secundaria" del esfínter asociada a litiasis del tracto biliar se obtuvo el mayor beneficio, con efectividad del procedimiento en el 93%, lo que concuerda con los resultados informados en otras series, y constituye la principal indicación del mismo (11-16).

En el grupo de enfermos con pancreatitis crónica, a pesar de que la esfinteroplastia logró la permeabilidad del conducto colédoco y pancreático a nivel de la papila, ya que en 25 de estos enfermos se practicó además la septectomía trans-ampular; el curso clínico postoperatorio no mejoró en

el 50%, lo cual refleja que no es un procedimiento útil para este padecimiento a menos que curse con obstrucción en la desembocadura del conducto de Wirsung y no existan otros factores de enfermedad parenquimatosa.

La indicación de la esfinteroplastia en la pancreatitis crónica ha tendido a desaparecer en las últimas décadas, si bien algunos autores la restringen a un grupo seleccionado de enfermos, pero en general con pobres resultados (9,10,16,17).

Analizando separadamente los resultados de la esfinteroplastia de acuerdo a sus indicaciones:

I Patología de vías biliares (n=264).

1.1 Pacientes a quienes se les había realizado coledocostomía.

1a. vez.

2a. o más veces.

(fibrosis primaria o provocada por exploración).

1.2 Síntomas atribuibles a la fibrosis.

Con cálculo de neoformación.

Sin cálculo neoformado.

1.3 En enfermos con divertículo perivateriano.

II En pacientes con pancreatitis (n=36).

Y en quienes la esfinteroplastia se practicó para localizar los conductos y efectuar estudios radiológicos transoperatorios.

Se observó que a pesar de estar permeable la esfinteroplastia en el 93% de los casos, 18 enfermos del grupo con pancreatitis crónica persistie -

ron con dolor abdominal lo que influyó negativamente en la efectividad del procedimiento a largo plazo, resultando de cualquier manera excelente en 250 enfermos, con sólo 2 casos de litiasis biliar residual, considerándose satisfactorio en el 87% del total de la serie.

A la luz de estos resultados se confirma que la esfinteroplastia es de mayor utilidad en los enfermos con litiasis biliar asociada a estenosis del esfínter de Oddi, que en la enfermedad pancreática parenquimatosa (93% versus 50%).

La mortalidad del 4.3% y morbilidad del 25.9% concuerdan con lo informado en la literatura (9,13,16,19,22), sin embargo, se ha logrado disminuir la primera a 1.2% en la última década de nuestra serie.

Se consideró como morbilidad todas las complicaciones ocurridas, en relación directa o no al procedimiento, ya fueran locales o sistémicas aunque si bien algunas como la hiperamilasemia solo fueron alteraciones bioquímicas sin mayor repercusión para los enfermos y que en general se resolvieron satisfactoriamente prolongado solamente la estancia hospitalaria.

Al analizar los factores de riesgo que influyen en la morbi-mortalidad en la cirugía de vías biliares de acuerdo a Pitt y Cameron (18,19) se encontraron como tales con diferencia estadísticamente significativa: $p < 0.02$ a la presencia de hipoalbuminemia menor de 3.0g/100 ml. y a la colangitis respectivamente, lo que debe tomarse en cuenta ya que estos enfermos son susceptibles a otro tipo de manejo perioperatorio como sería la esfinterotomía transendoscópica, cuya utilidad principal es para los casos que cursan con litiasis pequeñas no impactadas, sobre todo residuales en pacientes con

colecistectomía previa; sin embargo, su efectividad y complicaciones a largo plazo es materia de controversia (21,23,28).

Si bien la esfinterotomía transendoscópica es una alternativa terapéutica en los pacientes de alto riesgo, no está exenta de complicaciones (mortalidad 3.4% - morbilidad 15%), y por otra parte su efectividad a largo plazo no iguala a la de la esfinteroplastia transduodenal, ya que esta última consiste en la división completa del mecanismo de esfínter en forma permanente, lo que no se logra con la esfinterotomía que permite que siga funcionando una parte de éste (FIG. 2), y por otra parte a lo largo del tiempo se observa disminución en la longitud de la misma, lo que influye en los resultados a largo plazo.

De los 300 casos operados se tuvo un seguimiento adecuado en el 91% (n=264), lo que permitió evaluar los resultados a mediano y largo plazo. Hubo una franca mejoría en las pruebas de funcionamiento hepático de los pacientes operados, así como desaparición de las manifestaciones clínicas motivo de ingreso al Hospital; durante su curso post-operatorio.

Por otra parte el control radiográfico post-esfinteroplastia mostró permeabilidad adecuada en el 95.1% de los casos, la que fué duradera aún 10 años después del procedimiento en muchos de éstos, comprobándose la misma mediante endoscopia en algunos otros durante el seguimiento. Lo que confirma un efecto duradero y exento de complicaciones a largo plazo.

La esfinteroplastia transduodenal sigue siendo un procedimiento quirúrgico de mucha utilidad, cuyas indicaciones principales están relacionadas a los padecimientos benignos de la vía biliar que cursan con litiasis residual

o de "neoformación" y que generalmente se asocian a un esfínter anormal.

CONCLUSIONES

- 1.- La esfinteroplastia transduodenal es un procedimiento quirúrgico que está indicado en el tratamiento y en la prevención de la litiasis de vías biliares y en las enfermedades del esfínter de Oddi.
- 2.- La indicación de esfinteroplastia en la pancreatitis crónica se restringe a un grupo seleccionado de enfermos que cursan con obstrucción en la desembocadura del conducto de Wirsung sin enfermedad parenquimatosa avanzada, o bien aunada a excisión pancreática u otra derivación pancreato-yeyunal.
- 3.- Se recomienda obtener biopsias del área ampular, ya que generalmente existen anomalías histológicas, y en algunos casos es posible detectar neoplasias malignas en etapas tempranas.
- 4.- La esfinteroplastia es un procedimiento que logra un drenaje biliar adecuado y duradero.
- 5.- La esfinteroplastia resulta un procedimiento exento de complicaciones a largo plazo.
- 6.- Es un procedimiento seguro y efectivo en casos de bajo riesgo.
- 7.- De los factores de riesgo en cirugía de vías biliares que influyen negativamente, se encontraron como tales a la hipoalbuminemia y la presencia de colangitis.

8.- La morbilidad y mortalidad dependen de estos factores de riesgo.

9.- De acuerdo a los resultados globales de este estudio se considera que la esfinteroplastia es un procedimiento efectivo y duradero, con indicaciones y valor terapéutico vigentes.

CUADRO I

MANIFESTACIONES CLINICAS PREOPERATORIAS

COLANGITIS	85 CASOS	(28%)
DOLOR ABDOMINAL O SINDROME POSTCOLECISTECTOMIA	73 CASOS	(24.3%)
ICTERICIA OBSTRUCTIVA	69 CASOS	(23%)
PANCREATITIS RECURRENTE	67 CASOS	(22.3%)
COLURIA	6 CASOS	(2%)
<hr/>		
T O T A L	300 CASOS	(100%)

CUADRO II

INDICACIONES DE ESFINTEROPLASTIA TRANSDUODENAL

	No.	(%)
ESTENOSIS DEL ESFINTER CON O SIN COLEDOCOLITIASIS	164	(54.6)
CALCULO IMPACTADO EN LA PAPILA	56	(18.6)
ESTENOSIS PARCIAL (lodo biliar, litiasis de formación in situ, divertículo duodenal)	44	(14.6)
PANCREATITIS CRONICA	36	(12)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> T O T A L 300 (100) </div>		

CUADRO III

HISTOPATOLOGIA DEL ESFINTER

	No.	(%)
INFLAMACION AGUDA Y/O CRONICA	63	(42)
FIBROSIS	54	(36)
HIPERTROFIA	16	(10.7)
TUMOR BENIGNO	3	(2)
NORMAL	14	(9.3)
TOTAL	150	100

CUADRO IV

FACTORES DE RIESGO EN ESFINTEROPLASTIA	MORTALIDAD		MORBILIDAD		p
	n = (%)	n = (%)	n = (%)	n = (%)	
CIRUGIA PREVIA EN VIAS BILIARES	104 (34.6)	3 (2.8)	21 (20.7)		NS
SIN CIRUGIA PREVIA EN VIAS BILIARES	190 (63.3)	10 (5.2)	53 (29.4)		
CIRUGIA DE 1952 A 1980	223 (74.3)	12 (5.3)	61 (27.3)		NS
CIRUGIA DE 1981 A 1987	77 (25.6)	1 (1.2)	17 (22.0)		
CIRUJANO RESIDENTE	233 (77.6) 67 (22.3)	11 (4.7) 2 (2.9)	61 (27.8) 12 (19.4)		NS
ANTIBIOTICOTERAPIA PREOPERATORIA	98 (32.6)	4 (4.0)	10 (10.2)*		NS
SIN ANTIBIOTICOTERAPIA PREOP.	201 (67.0)	9 (4.4)	25 (12.4)*		

* Morbilidad relacionada con infecciones (urosepsis, neumonía, herida quirúrgica, absceso intrabdominal).

CUADRO V

FACTORES DE FIESTO EN CIRUGIA DE VIAS BILIARES	MORTALIDAD		MORBILIDAD		p
	n = (%)	n = (%)	n = (%)	n = (%)	
MAYORES DE 65 AÑOS	73 (24.3)	5 (6.8)	17 (23.2)		NS
MENORES DE 65 AÑOS	227 (75.6)	8 (3.5)	62 (27.3)		
BILIRRUBINA MAYOR DE 10mg/dl	42 (14.0)	4 (9.5)	11 (26.1)		NS
BILIRRUBINA MENOR DE 10mg/dl	258 (86.0)	9 (3.4)	67 (25.9)		
FOFATASA ALCALINA MAYOR DE 133 u/L	59 (19.6)	2 (3.3)	14 (23.7)		NS
FOSFATASA ALCALINA MENOR DE 133 u/L	241 (80.3)	11 (4.5)	64 (26.5)		
ALBUMINA MENOR DE 3g/dl	37 (12.3)	3 (8.1)	20 (54.0)	ó	0.02
ALBUMINA MAYOR DE 3g/dl	231 (77.0)	8 (3.4)	58 (26.0)	ó	
COLANGITIS	85 (28.3)	8 (9.4)	23 (30.5)		0.02
SIN COLANGITIS	215 (71.6)	5 (2.3)	50 (24.1)		

ó Principalmente morbilidad relacionada con fistula duodenal o biliar.

FIGURA 1

PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO

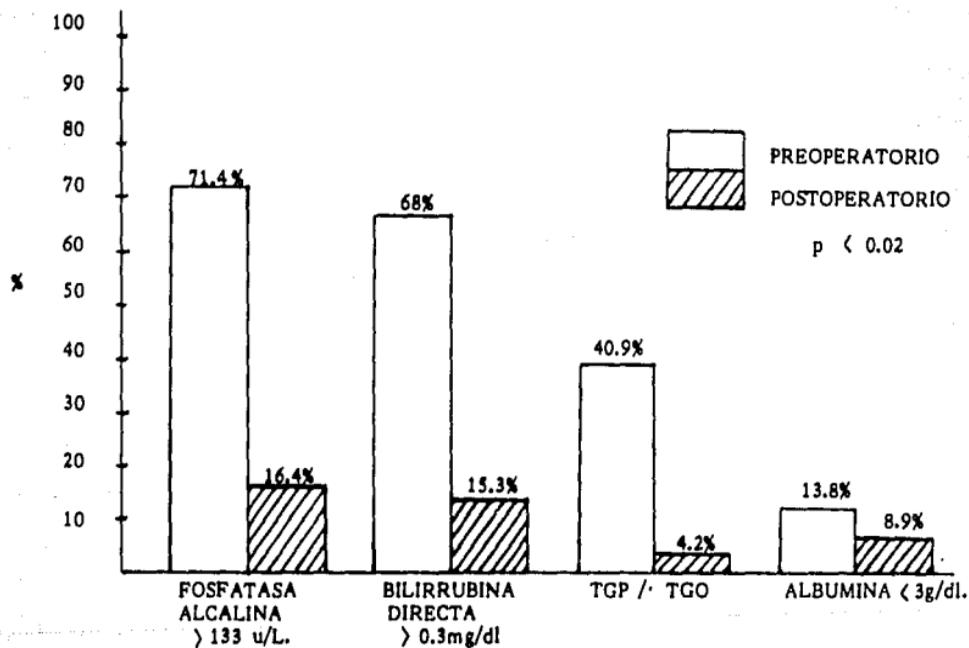
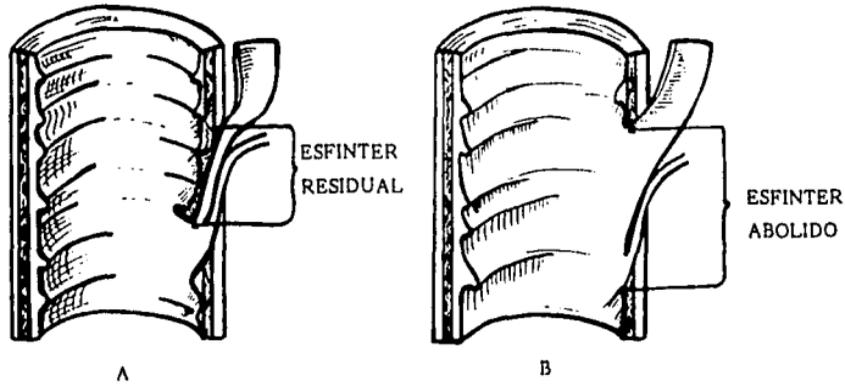


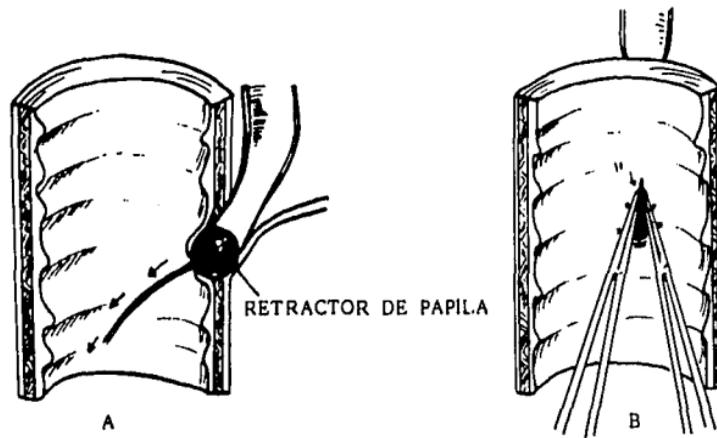
FIGURA 2



A
POST-ESFINTEROTOMIA
TRANSENDOSCOPICA

B
POST-ESFINTEROPLASTIA

FIGURA 3



REFERENCIAS

1. Langenbuch C: Einiges über operationen am gallensystem. Klin Wochenschr 1884; 21:809-11.
2. Mc Burney C L: Section of the intestine for the removal of a gallstone. N. Y. State J Med 1891; 53:520.
3. Kocher T: Ein fall von choledochoduodenostomia interna wegen gallensteines. Korrespondenz-blatt für aerzte 1895; 7:193.
4. Archibald E. Ideas concerning the causation of some cases of pancreatitis. CAN JMS 1913; 33:263.
5. Doubilet M, Mulholland J H. Eight years study of pancreatitis and sphincterotomy. JAMA 1956; 160: 521.
6. Barlett MK, Nardi GL. Treatment of recurrent pancreatitis by transduodenal sphincterotomy and exploration of the pancreatic duct. N. Eng J. Med 1960; 262:643-8.
7. Jones S A, Steedman R A, Keller T B et. al. Transduodenal sphincteroplasty (not sphincterotomy) for biliary and pancreatic disease. Am J. Surg 1969; 118:292-306.
8. Moody F G, Becker J M, Potts J R. Transduodenal sphincteroplasty and transampullary septectomy for postcholecystectomy pain. Ann Surg 1983; 197:627-636.
9. Nardi G L, Michelassi F, Zannini P. Transduodenal sphincteroplasty. Ann Surg 1983; 198:453-461.
10. Nussbaum M S, Warner B W, Sax H C et. al. Transduodenal sphinctero-

- plasty and transampullary septotomy for primary sphincter of Oddi dysfunction. *Am J Surg* 1989; 157:38-43.
11. Stefanini P, Carboni M, Patrassi N et. al. Transduodenal sphincteroplasty: its use in the treatment of lithiasis and benign obstruction of the common duct. *Am J Surg* 1974; 128:672-677.
 12. Rutledge R H. Sphincteroplasty and choledochoduodenostomy for benign biliary obstructions. *Ann Surg* 1976; 183:476-487.
 13. Choi T K, Lee N W, Wong J. Extraperitoneal sphincteroplasty for residual stones. *Ann Surg* 1982; 196:26-29.
 14. Kozloff L, Joseph W L. Transduodenal sphincteroplasty for biliary tract disease. *Am Surg* 1975; 41:125-130.
 15. Haff R C, Torma M J. Oddi sphincteroplasty in the management of complicated biliary and pancreatic disease. *Am J Surg* 1975; 129: 509-512.
 16. Anderson T M, Pitt H A, Longmire W P. Experience with sphincteroplasty and sphincterotomy in pancreatobiliary surgery. *Ann Surg* 1985; 201:399-406.
 17. Traverso L W, Tompkins R K, Urrea P T Et. al. Surgical treatment of chronic pancreatitis: twenty-two year's experience. *Ann Surg* 1979; 190: 312-319.
 18. Pitt H A, Cameron J L, Postier R G et. al. Factors affecting mortality in biliary tract surgery. *Am J Surg* 1981; 141:66-72.
 19. Sellner F J, Wimberger M, Jelinek R. Factors affecting mortality in transduodenal sphincteroplasty. *Surg Gynecol Obstet.* 1988; 167:23-27.
 20. Maingot R: *Maingot's abdominal operations*, 8th ed, pag 1929-31.

Appleton-Crofts, Norwalk-Connecticut 1985.

21. Gitnick G: Current Hepatology, 7:389-418, Year Book Medical Publishers, Inc. 1987.
22. Lygidakis N J. A prospective randomized study of recurrent choledocholithiasis. Surg Gynecol Obstet 1982; 155: 679-684.
23. Geenen J E, Toouli J, Hogan W J et. al. Endoscopic sphincterotomy: Follow up evaluation of effects on the sphincter of Oddi. Gastroenterology 1984; 87:754-758.
24. Tanaka M, Ikeda A, Yoshimoto H et. al. The long term fate of the gallbladder after endoscopic sphincterotomy. Am J Surg 1987; 154: 505-509.
25. Greenfiel C, Cleland P, Dick R et. al. Biliary sequelae of endoscopic sphincterotomy. Post Grad Med J 1985; 61:213-215.
26. Skar V, Skar A G, Midtvedt et. al. Bacterial growth in the duodenum and in the bile of patients with gallstone disease treated with endoscopic papillotomy (EPT). Endoscopy 1986; 18(1):10-13.
27. Gogel H K et. al. Acute suppurative obstructive cholangitis due to stones: Treatment by urgent endoscopic sphincterotomy. Gastrointest Endosc. 1987; 33:210.
28. Granke K, Jordand F T, Mazzeo R J, et. al. Endoscopic papillotomy: Impact on community hospital treatment of common duct stones. Am Surg 1988; 54:347-351.