

17

11209

Dej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I. S. S. S. T. E.

CIRUGIA DE LA VESICULA Y VIAS BILIARES FRECUENCIA

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. PEDRO CASTAÑEDA CORTES

ASESOR: DR. MODESTO AYALA AGUILAR



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México

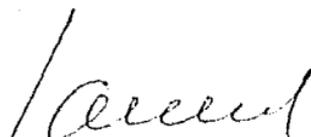


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

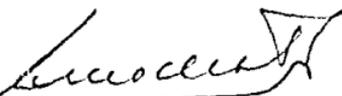
Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.


DR. FERNANDO PALACIO VELEZ.

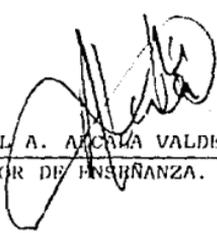
COORDINADOR DE LA DIVISION DE CIRUGIA
Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
POSTGRADO.

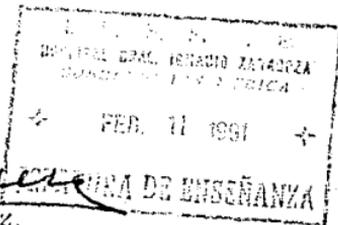


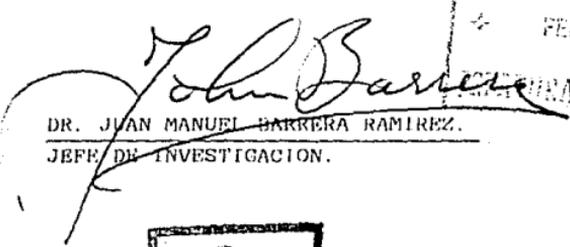

DR. MODESTO AYALA AGUILAR.

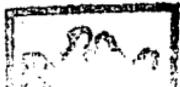
JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

ASESOR DE TESIS.


DR. MIGUEL A. AYALA VALDERRAMA.
COORDINADOR DE ENSEÑANZA.




DR. JUAN MANUEL BARRERA RAMIREZ.
JEFE DE INVESTIGACION.



Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación

I N D I C E

1. - INTRODUCCION.
2. - ANATOMIA Y FISILOGIA DE LA VESICULA Y VIAS BILIARES.
3. - INDICACIONES DE COLECISTECTOMIA Y CIRUGIA DE LA VIA BILIAR.
4. - OBJETIVOS DEL ESTUDIO.
5. - MATERIAL Y METODOS.
6. - RESULTADOS.
7. - DISCUSION.
8. - CONCLUSIONES.
9. - BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION :

La vesícula biliar tiene como función la de almacenar y concentrar la bilis y mediante el sistema de conductos extrahepáticos ésta es transportada hacia la segunda porción del duodeno.

La vesícula biliar y vías biliares puede ser afectada por una extensa patología, dentro de la más frecuente es la ocasionada por litoliasis.

La frecuencia de la colecistitis litiásica en nuestro país representa un problema importante; de acuerdo con la edad y sexo, aproximadamente del 5 - 35 % de la población tiene esta patología y hasta en un 5 % se reporta de etiología alitiásica. En un buen número de casos de litiasis vesicular cursan asintomáticos; en otro grupo menor de pacientes, el diagnóstico se establece al presentar sintomatología.

En cuanto a los métodos de diagnóstico se ha tenido un gran avance con el advenimiento del Ultrasonido, que es un método no invasor que tiene un alto índice de eficiencia de aproximadamente del 95 % para el diagnóstico de litiasis; además nos proporciona datos acerca del grado de inflamación de la pared vesicular, si existe o no dilatación de la vía biliar y es un estudio relativamente poco costoso; otra de sus ventajas es que se puede realizar en pacientes que presentan cuadro agudo y es fácil realizarlo, esto lo convierte en el estudio diagnóstico de primera elección en unidades hospitalarias que cuenten con este recurso. Otros métodos diagnósticos que actualmente se utilizan poco y que en alguna literatura se mencionan que son de interés histórico, es la colecistografía oral e intravenosa; sin embargo en hospitales donde no se cuenta con el Ultrasonido son es-

tudios de primera elección en pacientes que se sospeche de litiasis vesicular. Debe tomarse en cuenta que están contraindicados en pacientes con cuadro agudo y con ictericia de más de 3 mg/dl, además tienen una menor certeza diagnóstica. La Tomografía Axial Computada (TAC) y la Resonancia Magnética por su costo y dificultad de realización tienen poca indicación primaria en ésta patología.

En general el tratamiento de litiasis vesicular se lleva a cabo por intervención quirúrgica, aunque se han intentado otros procedimientos como la disolución de cálculos biliares con ciertas sustancias, aunque esto requiere que la vesícula biliar funcione bien, que el paciente sea asintomático y que principalmente los cálculos estén compuestos de colesterol. Otro procedimiento que actualmente está en boga es la litotripsia extracorpórea, que también tiene sus indicaciones precisas.

En aquellos casos de cuadros agudos de colecistitis, el tratamiento ha sufrido un cambio durante el último medio siglo. Anteriormente la opinión quirúrgica prevaleciente sostenía la colecistectomía temprana para colecistitis aguda, sin embargo se observaba una alta morbimortalidad. En la actualidad los autores prefieren tratamiento conservador durante las primeras 48 a 72 hrs., permitiendo mejorar las condiciones del paciente, de modo que pueda practicarse colecistectomía electiva en aproximadamente 4 a 8 semanas después, con índices de morbimortalidad bajos. Sin embargo hay que valorar bien a cada paciente y decidir a quien manejar en forma conservadora y a quien operar tempranamente, tomando en consideración las complicaciones que se presentan en procesos agudos que es cerca del 10%, principalmente del tipo de perforación y gangrena. Es importante también durante la cirugía si el recorrido lo permite; realizar colangiografía transoperatoria rutinaria -

ya que la frecuencia de cálculos biliares en colédoco representa -- aproximadamente el 10% y hasta un 30% en los ancianos.

La exploración intrumental de la vía biliar no debe formar parte de un procedimiento de rutina, ya que no está exento de morbilidad por lo que existen indicaciones específicas para su revisión.

El manejo de cálculos residuales del colédoco ha variado en forma importante con el advenimiento de nuevas técnicas de radiología intervencionista y el uso de endoscopia. Así mismo, la cirugía tiene ahora indicaciones muy especiales; por ejemplo: en aquellos casos -- en los que la papilotomía transendoscópica con o sin extracción de litos falló, se tiene el recurso de realizar algún tipo de cirugía ya sea una derivación biliodigestiva o una papiloesfinteroplastia transduodenal.

El presente estudio se originó en base a que la cirugía de vesícula y vías biliares se realizan en forma importante en nuestro hospital en relación a toda la cirugía de abdomen superior, representando en este estudio el 13.57% del total de cirugías realizadas en el período comprendido del 1ro. de Junio de 1987 al 30 de Junio de 1989 con un total de 3,478 operaciones realizadas, de los cuales el 59.80% se efectuó en forma electiva y el 40.20% de urgencia; por lo anterior decidí investigar cual es el procedimiento quirúrgico más frecuentemente realizado, de este 13.57% que representa la cirugía de la vesícula y vías biliares en nuestro Hospital Regional "Gral. Ignacio Zaragoza".

A continuación describiré someramente la anatomía y fisiología de la vesícula y vías biliares desde un punto de vista de interés quirúrgico.

ANATOMIA DE LA VESICULA BILIAR:

La vesícula biliar es un órgano de forma piriforme, mide aproximadamente de 8 a 10 cms de longitud, su amplitud es de 3 a 4 cms y su capacidad es variable; sin embargo, en promedio es de 50 a 60 mililitros, dado que sus paredes son muy extensibles puede llegar su capacidad hasta 250 mililitros o más.

Se distinguen en la vesícula biliar tres porciones: fondo, una porción media o cuerpo y una superior o cuello. En el cuello muy frecuentemente existe una dilatación llamada bolsa de Hartmann.

Histológicamente la vesícula biliar se compone de tres túnicas de adentro afuera: una túnica mucosa que contiene células cilíndricas además, existen glándulas o criptas de tipo mucoso llamadas glándulas de Luschka, que abundan sobre todo en el cuello; la segunda túnica es la fibromuscular donde se encuentran elementos nerviosos y la túnica serosa, que depende del peritoneo hepático que cubre toda la porción de la vesícula que no está en contacto con la fosa cística.

La irrigación está proporcionada por la arteria cística rama de la arteria hepática derecha. La arteria cística se divide en dos ramas, una interna y otra externa, aunque en ocasiones muestra variantes anatómicas importantes Fig. 1 y Fig. 2.

Los linfáticos de la vesícula biliar desembocan en el ganglio cístico y del colédoco, el cual se relaciona con los pancreatocoesplénicos y finalmente desembocan en la cisterna de Pecquet.

Los nervios proceden del neumogástrico, nervios motores de la vesí

FIGURA No. 1 VARIACIONES ANATOMICAS DEL PIEGO ARTERIAL.



FIGURA No. 2 VARIACIONES ANATOMICAS DEL RIEGO ARTERIAL.



cula y del simpático por medio del esplénico mayor.

Las anomalías que podemos encontrar en la vesícula son: en cuanto a su forma, número y posición; así por ejemplo: agenesia de la vesícula - vesícula múltiple, vesícula ectópica.

FISIOLOGIA DE LA VESICULA BILIAR:

Las funciones de la vesícula biliar en general son la de almacenar - concentrar y transportar bilis. La secreción total de bilis por el hígado es de 600 a 1000 ml en 24 hrs., la cual es concentrada en la vesícula biliar alrededor de cinco veces o incluso en ocasiones hasta doce veces. Podemos distinguir tres tipos de bilis; la hepática, vesicular y coledociana; las cuales son diferentes en cuanto a la composición de agua y solutos. La bilis hepática aproximadamente tiene una densidad de 1011 y la bilis vesicular de aproximadamente de 1040.

ANATOMIA DE VIAS BILIARES:

El sistema de conductos extrahepáticos lo componen el conducto hepático derecho, el cual se une con el hepático izquierdo aproximadamente a 1 - 2 cms, por abajo del hilio hepático y forma el hepático común que mide aproximadamente de 2 a 4 cms de longitud y 5 mm de diámetro interior se encuentra en el borde libre derecho del epiploon menor, hacia la derecha, por delante de la vena porta y tiene a su izquierda a la arteria hepática común.

El conducto cístico es la prolongación del cuello de la vesícula biliar, suele medir unos 4 cms de longitud y su diámetro interior es de unos 2 a 3 mm. Ascende y se dirige a la izquierda hasta desembocar en el conducto hepático común, aproximadamente a 2 cms del duodeno. La arteria cística suele acompañar por detrás al conducto cístico, El conducto cístico forma parte del límite externo del triángulo de Calot. El

otro límite es el conducto hepático común por dentro y en la parte superior la cara inferior del lóbulo derecho del hígado; dentro del triángulo de Calot se encuentra la arteria cística y el ganglio cístico.

El colédoco se forma de la unión del conducto hepático común y el cístico, en el que se identifican cuatro porciones: supraduodenal, retroduodenal, pancreática e intramural que desemboca en el ampulla de Vater, que se encuentra localizada en la segunda porción del duodeno - cara posterointerna. El colédoco mide aproximadamente 7 a 10 cms de longitud y de 5 a 10 mm de diámetro interior. Recibe irrigación por parte de la arteria cística, arteria hepática y de las ramas retroduodenales de la arteria gastroduodenal, las arterias del colédoco corren por el radio de las 3 y 9.

El sistema de conductos biliares puede presentar ciertas anomalías: en cuanto al conducto cístico suele existir un conducto cístico largo que desemboca más abajo de lo normal. que desemboque en el hepático derecho, o que se sitúe paralelo al conducto hepático común o enrollarse alrededor de él antes de su desembocadura, existen pues, un sin número de variantes anatómicas que son factores determinantes en la morbilidad quirúrgica de éste sistema por yatrogenias.

Los conductos hepáticos se pueden encontrar accesorios, el colédoco aproximadamente en el 85% de los casos se une con el conducto pancreático para formar un conducto común y desembocar en la luz del duodeno a través del ampulla de Vater, sin embargo, en un 10% puede desembocar por separado. En un 5% el conducto de Santorini es la vía principal de drenaje de la secreción pancreática.

Las anomalías o variantes de las arterias hepática y cística son más comunes que la de los conductos.

Es importante tener en cuenta éstas anomalías que se pueden presentar tanto en el sistema de conductos como en su irrigación para evitar complicaciones durante una cirugía aparentemente sencilla, -- como lo es la colecistectomía.

Es importante también tomar en cuenta las áreas anatómicas que se encuentran cerca de la vesícula biliar, como el espacio subhepático o espacio de Morrison, el cual está limitado en la parte superior y anterior por el lóbulo derecho del hígado y el segmento medial del lóbulo izquierdo del hígado y la vesícula biliar, y en la parte superior y posterior por la capa posterior de los ligamentos coronario y triangular derecho. En la parte inferior el espacio se abre hacia la cavidad peritoneal general. El hiato de Winslow es importante porque comunica con la transcavidad de los epiplones, se encuentra, limitado anteriormente por el epiplón menor en su borde libre inferior el cual contiene elementos del hilo hepático, este es importante al momento de realizar la maniobra de Pringle, el límite posterior lo forma la vena cava inferior, el límite superior el lóbulo derecho del hígado y el inferior el duodeno.

INDICACIONES DE COLECISTECTOMIA Y CIRUGIA DE LA VIA BILIAR.

Las indicaciones de colecistectomía son diversas, las cuales pueden ser por causas: inflamatorias, traumáticas, neoplásicas, congénitas, vasculares, parasitarias y mecánicas, principalmente.

Las complicaciones que se pueden presentar después de haber realizado una colecistectomía son: sangrado, absceso de herida quirúrgica, absceso subfrénico, fístula duodenal externa y absceso subhepático.

La colecistectomía es una técnica segura, la mortalidad actualmente

es inferior al 1%, ésta, sin embargo aumenta en personas mayores de 60 años, en presencia de una enfermedad asociada y si se trata de cirugía electiva o de urgencia.

En algunos casos está indicado realizar colecistostomía, por gravedad del paciente, por dificultad técnica para extraer la vesícula, como tratamiento preliminar para el tratamiento de la ictericia obstructiva del cuadro agudo, o secundaria a proceso neoplásico de encrucijada-biliopancreática.

En algunas situaciones después de haber realizado una colecistectomía simple es necesario explorar la vía biliar, ya sea para la búsqueda de litos, reparación del colédoco seccionado quirúrgicamente - en forma accidental, por estenosis del esfínter de Oddi y algunos procedimientos de derivación para el tratamiento de la ictericia obstructiva secundaria a traumatismos, tumores o atresia.

La exploración del colédoco no debe ser un procedimiento de rutina, ya que no está exento de morbilidad, por lo que existen indicaciones relativas y absolutas para su revisión.

Indicaciones Absolutas:

- 1.- Detección de colédocolitiasis.
- 2.- Obstrucción distal del colédoco.
- 3.- Obstrucción del ampulla de Vater.
- 4.- Bilirrubinas por arriba de 7 mg/l.
- 5.- Colangitis.
- 6.- Colédoco dilatado con diámetro mayor de 2 cms.

Indicaciones Relativas:

- 1.- Litiasis vesicular múltiple.
- 2.- Antecedente de ictericia.
- 3.- Elevación moderada de bilirrubinas.
- 4.- Antecedente de pancreatitis.
- 5.- Dilatación de colédoco menor de 2 cms.

COLDOCOLITIASIS:

La coledocolitiasis es la presencia de litos en la vfa biliar principal, es usualmente el resultado del paso de litos de la vesícula biliar a través del cístico al colédoco y se presenta en el 10 a 15 % de los pacientes con litiasis vesicular. La coledocolitiasis puede ser primaria cuando los litos se forman en el colédoco posterior a colecistectomía llamados también recurrente o de neoformación. Y secundaria, cuando provienen de la vesícula biliar .

En cuanto al tratamiento de la coledocolitiasis existen varios procedimientos. Aproximadamente en el 20% de los pacientes con litos pequeños pueden ser desalojados espontáneamente. Actualmente el manejo ha cambiado con la introducción de técnicas de radiología intervencionista y de endoscopia. En aquellos casos en que el paciente tenga sonda en T se prefiere la instrumentación con canastilla de Dormia. La papilotomía transendoscópica se utiliza cuando ya no existe sonda en T. Los demás procedimientos con que se cuenta son la papiloesfinteroplastia transduodenal y derivaciones biliodigestivas: coledocoduodenoanastomosis y coledocoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

LESION DE LAS VIAS BILIARES.

La vía biliar también como cualquier órgano de nuestro organismo no está exenta de ser lesionada como consecuencia de traumatismo cerrado o abierto de abdomen, estas lesiones normalmente también se acompañan de otras lesiones, de ó en hígado, duodeno, páncreas y ángulo hepático del colon.

Las lesiones de la vía biliar son más frecuentes durante un acto operatorio, en particular durante la colecistectomía, su incidencia es aproximadamente de 1 caso por cada 300 a 400 cirugía. Cerca de un 90% de estenosis del conducto común son posteriores a una intervención quirúrgica, de este 90%, 85% ocurre después de cirugía biliar y 5% por cirugía de estómago o duodeno.

Las causas más comunes de la lesión de la vía biliar son el desconocimiento del cirujano de la anatomía de la región, mala exposición del campo operatorio, rapidez del cirujano entre otras. La lesión puede identificarse durante la cirugía, en el postoperatorio inmediato o se identifican en fecha posterior, tras de haber dado de alta al paciente.

El tratamiento de las lesiones de la vía biliar consiste en realizar desde un cierre primario de la lesión con ferulización mediante sonda en T, hasta una derivación biliodigestiva; el tipo de derivación depende del nivel de la lesión. Lo más importante es identificar primero el sitio de lesión o estenosis a través de estudios ya sea colangiografía percutánea o colangiografía retrograda endoscópica o estudios con radioisótopos.

NEOPLASIA DE LA VESICULA Y VIAS BILIARES.

El tumor de la vesícula biliar es poco frecuente, aproximadamente un 2% de los pacientes son operados por carcinoma de la vesícula biliar

o de los conductos biliares extrahepáticos (sin incluir el car ---
cinoma periampular).

El adenocarcinoma representa más del 90% de las neoplasias malignas de la vesícula biliar, tiene un mal pronóstico ya que en los mejores -
casos no existe sobrevida mayor de seis meses; este tumor es más fre --
cuente en mujeres que en hombres con una relación de 3:1, se presenta en la sexta década de la vida, se ha correlacionado con el 95% de los -
casos de litiasis vesicular, aunque no existe confirmación del efecto -
carcinogénico de los litos, no se asocia ni tiene relación directa -
con la obesidad, diabetes mellitus o hipertensión arterial. En cuanto al tratamiento consiste en realizar una colecistectomía con colocación de sonda en T. Otras alternativas del manejo quirúrgico es realizar -
también resección hepática de las metastasis e incluir la disección de ganglios linfáticos regionales y en la mayor de los casos hemihepatectomía o trisegmentectomía.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

- 1.- Conocer el número de pacientes operados de la vesícula y vías biliares.
- 2.- Conocer el procedimiento quirúrgico más empleado.
- 3.- Analizar las indicaciones de colecistectomía y cirugía de la vía biliar.
- 4.- Analizar las complicaciones más frecuentes en el transoperatorio y postoperatorio.
- 5.- Comparar resultados con la literatura mundial.

MATERIAL Y MÉTODOS:

En el Hospital Regional " Gral. Ignacio Zaragoza", en el período comprendido del 1ro. de Junio de 1987 al 30 de Junio de 1989, se efectuó un estudio retrospectivo de pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica de vesícula y vía biliares.

Se realizaron un total de 3,478 cirugía del tubo digestivo, de los cuales 2,080 se efectuaron en forma electiva y 2,398 de urgencia. De este total, 472 (13.57%) correspondieron a operaciones de vesícula y vías biliares por patología diversa. En el 74.36% se efectuaron en forma electiva y el 25.64 % de urgencia.

Se incluyeron en el estudio todos los pacientes operados de la vesícula y vías biliares sin importar sexo, edad o patología agregada.

La fuente de información fué obtenida de los libros de registro quirúrgico y del archivo clínico.

Se revisaron un total de 472 expedientes de pacientes operados de colecistectomía simple, colecistectomía más exploración de la vía biliar, papiloesfinteroplastia y derivaciones biliodigestivas por patología diversa de la vía biliar.

Para el estudio se analizaron los siguientes parámetros: indicación quirúrgica, edad, sexo, procedimientos quirúrgicos realizados, otros procedimientos quirúrgicos asociados, complicaciones postoperatoria, diagnóstico histopatológico, antecedentes quirúrgicos y enfermedades asociadas y días de estancia hospitalaria.

No se incluyeron en el estudio a pacientes colecistectomizados como cirugía agregada a un procedimiento primario, ni en aquellos que se realizó derivación biliodigestiva con cáncer de cabeza de páncreas o periampular.

RESULTADOS:**EDAD:**

En nuestro estudio de los 472 pacientes operados, la edad osciló de 7 a 82 años de edad, con un promedio de edad de 35; la mayor frecuencia por grupos de edad se observó entre la cuarta y quinta década de la vida. Gráfica 1.

En cuanto al sexo se observó que el 79.87% de pacientes operados son femeninos y el 20.13% del masculino. Gráfica 2.

TIPO DE CIRUGIA:

De los 472 pacientes operados el 74.36% fueron en forma electiva y el 25.64% de urgencia. Gráfica 3.

INDICACIONES QUIRURGICAS:

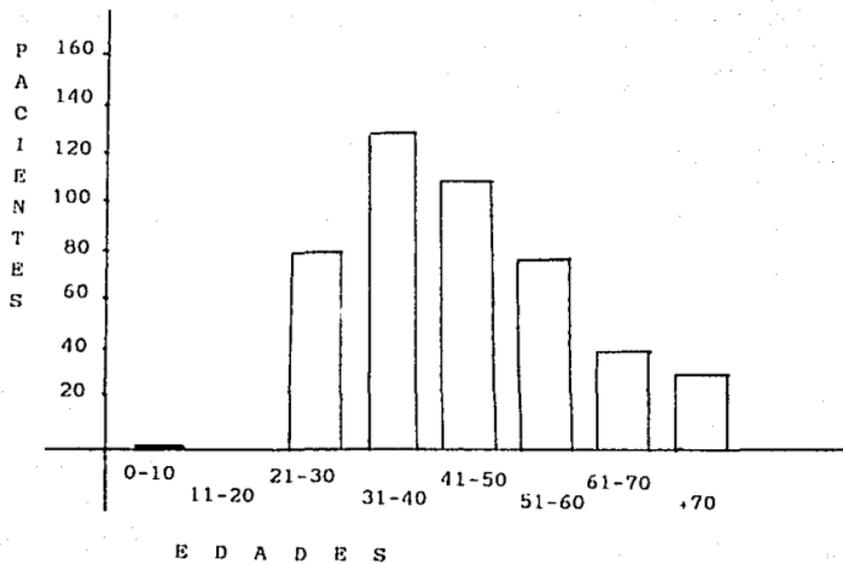
Las principales causas por la que se operaron los pacientes de vesícula y vías biliares fué por litiasis vesicular en el 61.02%, por coledocolitiasis correspondió al 11.65%, hidrocolecisto el 10.18%, piocolecisto el 6.15%, colecistitis alitiásica representó el 5.09% y el resto de patología representó menos del 5% como: pancreatitis biliar, litiasis residual, carcinoma vesicular, litiasis recidivante, perforación vesicular como complicación de proceso agudo, estenosis del ampula de Water, lesión por PAF de la vesícula y ascariis de la vía biliar.

Cuadro No. 1.

ENFERMEDADES ASOCIADAS:

Las enfermedades asociadas a la patología vesicular y vías biliares fueron diversas, sin embargo las más frecuentes fueron: Hipertensión Arterial en 30 pacientes lo que representa el 6.35% del total de pacientes operados. Diabetes Mellitus en 25 pacientes, Enfermedad degenerativa e -

GRAFICA No. 1 GRUPOS DE EDAD.

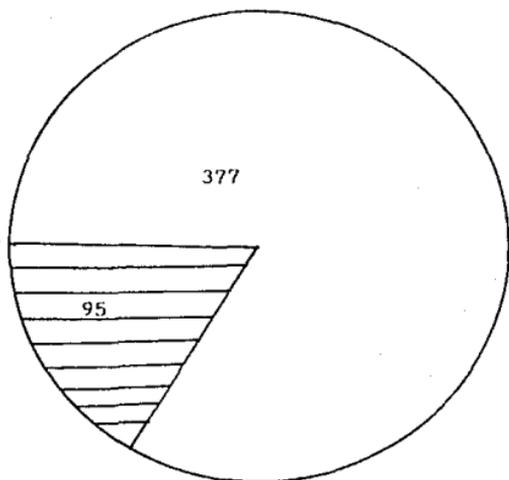


GRUPOS DE EDADES

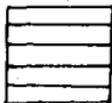
| EDADES | No. PACIENTES |
|---------|---------------|
| 0 - 10 | 1 |
| 11 - 20 | 0 |
| 21 - 30 | 81 |
| 31 - 40 | 129 |
| 41 - 50 | 110 |
| 51 - 60 | 79 |
| 61 - 70 | 42 |
| + 70 | 30 |

| | |
|-------|-----|
| TOTAL | 472 |
|-------|-----|

GRAFICA No. 2 DISTRIBUCION DE ACUERDO AL SEXO.

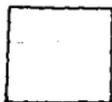
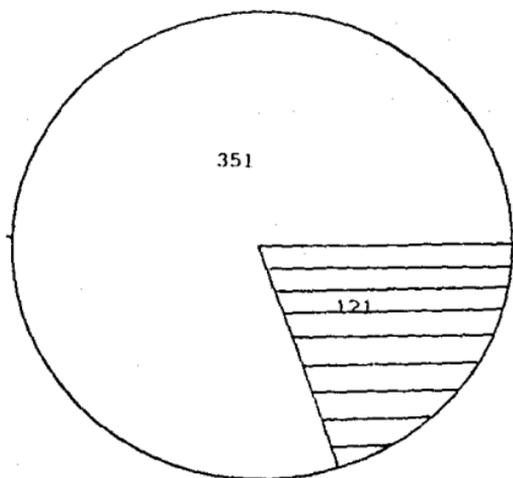


PACIENTES OPERADOS DEL SEXO FEMENINO.
79.87 %

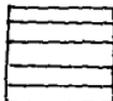


PACIENTES OPERADOS DEL SEXO MASCULINO.
20.13 %

GRAFICA No. 3 TIPO DE CIRUGIA.



PACIENTES OPERADOS EN FORMA ELECTIVA.
74.36 %



PACIENTES OPERADOS DE URGENCIA.
25.64 %

Cuadro No. 1 INDICACIONES QUIRURGICAS

| DIAGNOSTICO | No. PACIENTE | PORCENTAJE |
|----------------------------------|--------------|----------------|
| LITIASIS VESICULAR | 288 | 61.02% |
| COLEDOCOLITIASIS | 55 | 11.65% |
| HIDROCOLECISTO | 48 | 10.18% |
| PICOLECISTO | 29 | 6.15% |
| COLECISTITIS ALITIASICA | 24 | 5.09% |
| PANCREATITIS BILIAR | 6 | 1.27% |
| LITIASIS RESIDUAL | 6 | 1.27% |
| CARCINOMA VESICULAR | 6 | 1.27% |
| LITIASIS RECIDIVANTE | 3 | 0.63% |
| PERFORACION VESICULAR | 2 | 0.42% |
| ESTENOSIS DEL AMPULA DE VATER | 2 | 0.42% |
| LESION VESICULAR POR PAF. | 2 | 0.42% |
| ASCARIS DE LA VIA BILIAR | 1 | 0.21% |
| TOTAL | 472 | 100.00% |

Cuadro No. 2 ENFERMEDADES ASOCIADAS A PATOLOGIA DE
VESICULA Y VIAS BILIARES

| ENFERMEDAD | No. PACIENTE | % |
|--------------------------------------|--------------|----------------|
| HIPERTENSION ARTERIAL | 30 | 6.35 |
| DIABETES MELLITUS | 25 | 5.29 |
| ENFERMEDAD DEGENERATIVA | 5 | 1.05 |
| INSUFICIENCIA VASCULAR PERIFERICA | 5 | 1.05 |
| HERNIA HIATAL | 5 | 1.05 |
| LITIASIS RENAL | 2 | 0.42 |
| MIOMATOSIS UTERINA | 1 | 0.01 |
| CRISIS CONVULSIVAS | 1 | 0.01 |
| TOTAL | 74 | 15.23 % |

insuficiencia vascular periférica en 5 pacientes.

Cuadro No. 2.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO.

El método diagnóstico más utilizado fué el Ultrasonido que representa el 76.39 % de los casos, la colecistografía oral se realizó en el 16.67%, la TAC y la ERCP en el 2.08%, los demás estudios representaron menos del 2% y fueron colangiografía por sonda en T, panendoscopia y colangiopyelografía con IDA marcado con Tc 99. Cuadro No. 3.

PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS.

De los 472 operados (13.57%), 353 (74.79%) fueron colecistectomía simple; al 20.76% además se le realizó exploración de la vía biliar. A 7 pacientes (1.48%) únicamente se les realizó exploración de la vía biliar, a 6 de los pacientes se les realizó derivación biliodigestiva y a 8 pacientes se les realizó papiloesfinteroplastía. Cuadro No. 4.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO AGREGADO.

Son varios los procedimientos quirúrgicos que se agregan a la cirugía de la vesícula y vía biliar, las cinco primeras causas fueron: plastía umbilical en 6 pacientes, biopsia hepática en 7 pacientes y apendicectomía profiláctica, biopsia de páncreas, lavado de cavidad cada uno con cuatro pacientes. Cuadro No. 5.

INDICACIONES DE EXPLORACION DE LA VIA BILIAR.

La principal causa de exploración instrumental de la vía biliar en cirugía electiva fué la coledocolitiasis, la cual se realizó en 51 pa-

Cuadro No. 3 METODOS DE DIAGNOSTICO

| METODO | PORCENTAJE |
|--|------------|
| ULTRASONIDO | 76.39 % |
| COLECISTOGRAFIA ORAL | 16.67 % |
| TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA | 2.08 % |
| COLANGIOGRAFIA RETROGRADA | |
| ENDOSCOPICA | 2.08 % |
| COLANGIOGRAFIA POR SONDA EN T | 1.40 % |
| PANENDOSCOPIA | 0.69 % |
| COLANGIOVEYUNOGRAFIA CON HIDA Tc 99 | 0.69 % |
| | |
| | 100.00 % |

Cuadro No. 4 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

| PROCEDIMIENTO | No. PACIENTE | PORCENTAJE |
|---------------------------|--------------|------------|
| COLECISTECTOMIA SIMPLE | 353 | 74.79 % |
| COLECISTECTOMIA + EVB | 98 | 20.76 % |
| SOLO EVB | 7 | 1.48 % |
| DERIVACION BILIODIGESTIVA | 6 | 1.27 % |
| COLECISTECTOMIA + EVB + | | |
| PAPILOESFINTEROPLASTIA | 5 | 1.06 % |
| PAPILOESFINTEROPLASTIA | 3 | 0.64 % |
| TOTAL | 472 | 100.00 % |

Cuadro No. 5 PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS AGREGADOS

| PROCEDIMIENTO | No. PACIENTE |
|-----------------------------|--------------|
| PLASTIA UMBILICAL | 6 |
| APENDICECTOMIA PROFILACTICA | 4 |
| BIOPSIA HEPATICA | 7 |
| BIOPSIA DE PANCREAS | 4 |
| LAVADO DE CAVIDAD | 4 |
| SALPINGOCLASIA | 2 |
| GASTROSTOMIA | 2 |
| OTROS | 5 |
| TOTAL | 34 |

cientes , lo que representa el 48.57% del total de exploraciones de --
la vía biliar realizadas. Y la principal causa de la cirugía de urgen-
cia fué la dilatación del colédoco en 11 pacientes (10.48%); las demás
indicaciones de la cirugía electiva fueron colédoco dilatado, cáncer de
vesícula, litiasis residual, pancreatitis biliar, ascaris en la vía --
biliar y estenosis distal de colédoco. Cuadro No. 6.

INDICACIONES DE PAPILOESFINTEROPLASTIA:

En total se realizaron a 8 pacientes papiloesfinteroplastia, la --
causa en estos casos, en tres se realizó por coledocolitiasis. Los ---
demás casos fueron por cálculo impactado en colédoco, estenosis distal
del colédoco y litiasis recidivante. Cuadro No. 7.

INDICACIONES DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS:

En total se realizaron a 6 pacientes derivación biliodigestiva. A -
3 pacientes se les realizó coledocoyunoanastomosis T-L en Y de Roux
por litiasis residual, una hepaticoyunoanastomosis en Y de Roux por
estenosis distal del colédoco, una Técnica de Rodney-Smith por liga -
dura alta del hepático común y una coledocoyunoanastomosis en Y de
Roux por coledocolitiasis. Cuadro No. 8.

ESTUDIOS TRASOPERATORIOS:

Del total de pacientes operados a 89 (18.85%) pacientes se les -
realizó colangiografía durante la cirugía, a 75 pacientes fué durante
cirugía electiva y en 14 pacientes de urgencia. Cuadro No. 9.

Cuadro No. 6 INDICACIONES DE EXPLORACION DE LA VIA BILIAR EN CIRUGIA ELECTIVA

| DIAGNOSTICO | No. PACIENTE | % |
|-------------------------------|--------------|--------|
| COLEDOCOLITIASIS | 51 | 48.57 |
| COLEDOCO DILATADO | 18 | 17.14 |
| CANCER DE VESICULA | 5 | 4.77 |
| LITIASIS RESIDUAL | 3 | 2.86 |
| PANCREATITIS BILIAR | 1 | 0.95 |
| ASCARIS EN VIA BILIAR | 1 | 0.95 |
| ESTENOSIS DISTAL DEL COLEDOCO | 1 | 0.95 |
| TOTAL | 80 | 76.19* |

INDICACIONES DE EXPLORACION DE LA VIA BILIAR EN CIRUGIA DE URGENCIA

| DIAGNOSTICO | No. PACIENTE | PORCENTAJE |
|------------------------------|--------------|------------|
| DILATACION DEL COLEDOCO | 11 | 10.48 % |
| COLEDOCOLITIASIS | 8 | 7.61 % |
| PANCREATITIS BILIAR | 5 | 4.77 % |
| ESTENOSIS DISTAL DE COLEDOCO | 1 | 0.95 % |
| TOTAL | 25 | 23.81 %* |

* 76.19 % + 23.81 % = 100 %

Cuadro No. 7 INDICACIONES DE PAPILOESFINTEROPLASTIA

| DIANOGTICO | No. PACIENTE |
|-------------------------------|--------------|
| COLEDOCOLITIASIS | 3 |
| CALCULO IMPACTADO EN COLEDOCO | 2 |
| ESTENOSIS DISTAL DEL COLEDOCO | 2 |
| LITIASIS RECIDIVANTE | 1 |
| TOTAL. | 8 |

Cuadro No. 8 INDICACIONES DE DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

| DIANOGTICO | PROCEDIMIENTO REALIZADO | No. PACIENTE |
|--------------------------------------|--|--------------|
| LITIASIS RESIDUAL | COLEDOCOVEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX | 3 |
| ESTENOSIS DISTAL DEL COLEDOCO | HEPATICOVEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX | 1 |
| COLEDOCOLITIASIS | COLEDOCOVEYUNOANASTOMOSIS EN Y DE ROUX | 1 |
| ESTENOSIS PROXIMAL DE HEPATICO COMUN | TECNICA DE RODNEY-SMITH | 1 |
| TOTAL | | 6 |

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS:

La principal causa de complicación fué el absceso de herida quirúrgica en 5 pacientes posterior a cirugía electiva y un paciente en cirugía de urgencia. Las demás causas fueron fístula biliar externa, evisceración, sangrado postoperatorio, granuloma, hernia de pared, litiasis residual y lesión yatrogena de la vía biliar. Cuadro No. 10.

LESION YATROGENA DE LA VIA BILIAR:

La vía biliar se lesionó en 4 pacientes operados en forma electiva y un paciente por cirugía de urgencia. El hepático común fué el más lesionado en 2 casos. Cuadro No. 11.

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

Cabe aclarar que en la mayoría de los expedientes no se encontraron resultados de patología, unicamente se encontró en 138 pacientes operados de vesícula y vías biliares lo que representa el 29.24% del total de cirugía realizadas. En el 50.73% de las piezas quirúrgicas se reportó colecistitis crónica litiasica, en el 29.71% se reportó colecistitis crónica inespecifica y el 8.70% colecistitis crónica y aguda con microabscesos. los demás resultados fueron: Colesterolosis, colecistitis crónica folicularis, colecistitis aguda perforada con absceso, colecistitis aguda y crónica salmonelósica. Cuadro No. 12.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

En promedio los pacientes operados de vesícula y vías biliares permanece en el hospital con un rango de dias de 2 hasta 90 dias. En promedio de estancia hospitalaria es de 5 dias.

Cuadro No. 9 ESTUDIOS REALIZADOS EN EL TRANSOPERATORIO

| METODO | CIRUGIA ELECTIVA | URGENCIA |
|------------------------------|------------------|----------|
| COLANGIOGRAFIA | 75 | 14 |
| TOTAL: 75 + 14 = 89 - 18.85% | | |

Cuadro No. 10 COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

| COMPLICACION | CIRUGIA ELECTIVA | CIRUGIA URGENCIA |
|----------------------------------|------------------|------------------|
| ABSCESO DE PARED | 5 | 1 |
| FISTULA BILIAR EXTERNA | 2 | |
| EVISCERACION | 1 | |
| SANGRADO POSTOPERATORIO | 1 | |
| GRANULOMA | 1 | |
| HERNIA DE PARED | 1 | |
| LITIASIS RESIDUAL | 1 | |
| LESION VATROGENICA DE VIA BILIAR | 4 | 1 |
| TOTAL | 16 | 2 |

Cuadro No. 11 LESION YATROGENICA DE LA VIA BILIAR

| SITIO DE LESION | CIRUGIA ELECTIVA | URGENCIA |
|--|------------------|----------|
| HEPATICO COMUN | 1 | - |
| HEPATICO COMUN Y COLEDOCO | 2 | - |
| LIGADURA DE HEPATICO COMUN | 1 | - |
| SECCION DE HEPATICO DERECHO, COMUN Y COLEDOCO | - | 1 |
| TOTAL | 4 | 1 |

Cuadro No. 12 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

| DIAGNOSTICO | PORCENTAJE |
|---|------------|
| COLECISTITIS CRONICA LITIASICA | 50.73 |
| COLECISTITIS CRONICA INESPECIFICA | 29.71 |
| COLECISTITIS CRONICA Y AGUDA CON MICROABSCESOS | 8.70 |
| COLESTEROLOSIS | 6.52 |
| COLECISTITIS CRONICA FOLICULARIS | 2.17 |
| COLECISTITIS AGUDA PERFORADA CON ABSCESO | 1.45 |
| COLECISTITIS AGUDA Y CRONICA SALMONELOSICA | 0.72 |
| TOTAL | 100.00% |

MORTALIDAD:

De los pacientes operados solo dos se reportaron fallecidos -
en el Hospital lo que representa una mortalidad global del 0.42%.

DISCUSION:

La vesícula biliar se puede ver afectada por diversa patología, sin embargo la litiasis vesicular representa el 95 % de las cuales es mucho más frecuente en sexo femenino entre la cuarta y quinta década de la vida, los resultados en este estudio es similar y comparable con lo que se reporta en la literatura mundial.

En un reporte de 711 pacientes sometidos a cirugía biliar, en Hospital de Coroamo de la ciudad de Maracaibo entre 1960 a 1983 se reporta que la colecistectomía se realizó en un 99.85 % de los casos y la EVB en un 18.14 % y la Colangiografía transoperatoria se realizó en un 78.47 %. Este reporte es semejante al obtenido en este estudio donde la colecistectomía simple se realizó en el 74.79 % de los casos y la EVB se realizó en un 20.76%. La colangiografía transoperatoria se realizó en un 18.85 %. Este último estudio es importante ya que será necesario aumentar el número de estudios, ya que en la literatura se menciona que de todos los pacientes que presenten litiasis vesicular un 4 % presentará litos en colédoco y hasta un 30% en personas mayores de 60 años por lo que es importante realizar este estudio.

En varias referencias de la literatura mundial revisada se insiste de no abusar de los procedimientos quirúrgicos y únicamente realizar la cirugía indicada para no incrementar la morbimortalidad. En nuestro estudio se reporta haber realizado a 6 pacientes plastía umbilical y en 4 pacientes apendicectomía profiláctica, se reportan otros procedimientos como biopsia de páncreas y de hígado que en un momento

dado complementan un diagnóstico por lo que está justificado realizarlos..

La causa principal de lesión de la vía biliar ocurre principalmente durante la colecistectomía, debido principalmente a que el cirujano desconoce las variantes anatómicas que pueden presentarse en esta región y otros factores que pueden intervenir como: dificultad técnica, exposición inadecuada, mala iluminación del campo quirúrgico. Se menciona que aproximadamente en el 2-7 % de la vía biliar es lesionada durante el acto quirúrgico. En nuestro estudio la vía biliar se lesionó en el 1.05% principalmente a nivel del hepático común como lo refiere también la literatura mundial.

La reconstrucción de las vías biliares es necesaria en diversas situaciones clínicas como, litiasis residual, estenosis distal de colédoco, coledocolitiasis o lesión yatrógena de la vía biliar.

Son posibles varias opciones en la técnica de reconstrucción. Es probable que el emplear el yeyuno o emplear duodeno no afecte el resultado final de la intervención. Sin embargo en la experiencia de otros autores, el yeyuno resulta fácil de emplear porque puede desplazarse con facilidad hacia el hilio hepático. Es importante en las derivaciones biliodigestivas tomar en cuenta si el colédoco está o no dilatado lo cual facilita la anastomosis. En la literatura se mencionan buenos resultados de hasta un 80% la utilización de diversas técnicas de derivación biliodigestiva. En nuestro estudio la técnica más utilizada fue la coledocoyeyunoanastomosis en Y de Roux por litiasis residual, las demás técnicas utilizadas fueron hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux y Técnica de Rodney-Smith, esta última tiene su indicación precisa en aquellos ---

casos de lesión alta de los hepáticos. Los resultados de nuestros pacientes fueron buenos, sin embargo es una serie pequeña para normar una conducta y decidir que técnica realizar para cada caso.

Otra de las técnicas que se utiliza en la vía biliar es la papiloesfinteroplastia transduodenal, la cual tiene indicaciones precisas como en casos de litiasis recidivante, litos intrahepáticos, estenosis benigna de ampula de Vater. La literatura menciona como complicación con esta técnica más frecuente la pancreatitis postoperatoria en aproximadamente el 7%, otras complicaciones que se pueden presentar pero menos frecuentes son la fístula biliar y colangitis. En nuestro estudio la indicación más frecuente de realizar papiloesfinteroplastia transduodenal fué la coledocolitiasis en 3 pacientes de un total de 8 pacientes; las complicaciones no se mencionaron. Esta técnica además mejora el drenaje biliar. La esfinterotomiotomía actualmente está en desuso.

Las complicaciones que se presentaron en nuestro estudio fueron en 5 pacientes absceso de pared en cirugía electiva y un paciente en cirugía de urgencia, esto difiere de lo que se reporta de la literatura, ya que la mayor frecuencia de complicaciones se presenta en la cirugía de urgencia, sin embargo en este estudio es importante tomar en cuenta que los pacientes de cirugía electiva son mayores y también se realizaron en mayor número EVB con lo que aumenta la morbilidad.

La tasa global de mortalidad que se menciona por los autores es del 0.2%, en colecistectomías simples, aumentando al 2.6% cuando se realiza exploración de la vía biliar; aumenta también en pacientes con enfer-

medades asociadas. En nuestro estudio la mortalidad global fué del -
0.42%. Esto sin embargo es poco valorable ya que se manejaron ----
diferentes grupos de pacientes.

CONCLUSIONES.

De acuerdo al estudio efectuado en el Hospital Regional ----
" Gral. Ignacio Zaragoza" del 1ro. de Junio de 1987 al 30 de Junio
de 1989 se obtuvieron los siguientes resultados:

- 1.- La litiasis vesicular es la más frecuente indicación quirúrgica de colecistectomía (61.02 %) y más frecuente en el sexo femenino entre la cuarta y quinta década de la vida.
- 2.- La principal indicación de exploración instrumental de la vía biliar es la coledocolitiasis en cirugía electiva y en cirugía de urgencia es la dilatación del colédoco.
- 3.- En presencia de coledocolitiasis, la decisión de efectuar papiloesfinteroplastia ó derivación biliodigestiva se encuentra dividida por igual entre los cirujanos.
- 4.- El estudio más utilizado durante la cirugía fué la colangiografía en un 18.85% de pacientes operados.
- 5.- La complicación quirúrgica más frecuente fué el absceso de herida quirúrgica en el 1.05% de cirugía electiva y del 0.21 % en cirugía de urgencia.
- 6.- La lesión patológica de la vía biliar representó en nuestro estudio en 1.05 % siendo la más frecuente a nivel del hepático común.
- 7.- El diagnóstico histopatológico postoperatorio más frecuente reportado es de colecistitis crónica litiásica en el 50.73% de los casos.

8.- Los días de estancia hospitalaria en cirugía de vesícula y vías biliares en promedio es de 5 días.

9.- La mortalidad global es del 0.42 % en cirugía de la vesícula y vías biliares.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

B I B L I O G R A F I A :

- 1.- Testud L. Latarget A., Anatomía Humana, Ed. Salvat. España 1980.
- 2.- Skandalakis John E. Gray S., Complicaciones Anatómicas en Cirugía General. Ed. Mc Graw Hill, México, D.F. 1986.
- 3.- Schwarts Seymour I., G. Tom Shires, Principios de Cirugía. - Ed. Mc. Graw Hill, México, D.F. 1987.
- 4.- Arthur C. Guyton., Tratado de Fisiología Médica. Ed. Interamericana, México, D.F. 1984.
- 5.- Lord Smith of Marlow, Dame Sheila Sherlock. Cirugía de la Vesícula y Vías biliares. Ed. Salvat. España, 1985.
- 6.- John A. Shea, Evaluación Preoperatoria de Vías Biliares. Clin. - Quir. Nor. Am. 1:45-56, 1985.
- 7.- Kennet W. Sharp, Colecistitis Aguda. Clin. Quir. Nor. Am. 2:293-306, 1988. España.
- 8.- John W. Braasch y Ricardo L. Rossi. Reconstrucción de Vías Biliares. Clin. Quir. Nort. Am. 2:275-286, 1985.
- 9.- George Berci, Endoscopia Transoperatoria de Vías Biliares. Clin. Quir. Nort. Am. 6:1371-1382, 1989.
- 10.- Ruiz Salas, Gonzalo; Araujo Belloso, Alfonso. Cirugía Biliar. GEN;39 (3): 181-94, Jul-Sep. 1985.

- 11.- Bannura C., Guillermo; Plass C. Rodolfo, The Value of intraoperative Cholangiography in emergency Biliary Surgery., Rev Chil. Cir., 41 (1) : 67-70 Mar. 1989.
- 12.- Barga G., Eduardo; Valenzuela G., Rodrigo; Lecaros L., Miguel. Biliary Surgery Complications. Rev, Chil Cir., 39(2):128-32, 1987,
- 13.- F. Martínez-Rodenas, L.M. Oms, X. Carulla, M. Segura, J.J. Sancho, Medida de los Compartimientos del Agua Corporal en el Conejo después de la ligadura del Colédoco. Br. J. Surg., Vol. 76, May, -- 461-464. 1989.
- 14.- C.J. Cahill y J.A. Pain., Técnicas Actuales en Cirugía Biliar. Br. J. Surg., Vol. 75, December, 1988.
- 15.- A. Scendes, J. Carlos Díaz, P. Burdiles, Mirizzi Syndrome and - Cholecystobiliar fistula: a Unifying Clasification. Br. J. Surg. Vol. 76 November, 1989.
- 16.- C.F. Ozaki, L.F. Ridders, D.A. Burnett, and R.P. Lieberman, -- Spontaneous Closure of an end Biliary Fistula. Vol. 82, No. 900-2, 1987.
- 17.- Fritz Baumgartner, Russell A. Williams, and Samuel E. Wilson., Patient Selection and Complications of Transhepatic Cholangiography. Surgery Gynecology and Obstetrics, Vol 165;199-203, september 1987,

- 18.- Akitoshi Koga, and Fumio Nakayama. One Stage Hepaticocholecysto-
jejunostomy as an Easy and Long Term Effective Bilioenteric Bypass
For Unresectable Carcinoma The Pancreas. Surgery Gynecology and -
Obstetrics., Vol. 165,177-9, August 1987.
- 19.- M.L. Sedgwick y M.E. Denyer, Tratamiento de uan Fístula Colecisto-
cutánea posoperatoria mediante endoprotesis introducida por vía -
endoscópica. Br. J. Surg.. 76:159-160, February 1989.
- 20.- J. Makela y M.I. Kairaluoma, Reintervención por infección intra-
abdominal postoperatoria en pacientes ictericos. Br. J. Surg.,
Vol75:205-8, December 1988.
- 21.- Jack O. Haller, Virgil R. Condon, Walter E. Berdon, Spontaneous
Perforation of the Common Bile Duc in Children, Radiology, Vol 72
621-624, 1989.
- 22.- G.P. Mc Entee, D.H. Mulvin and A.L.G. Peel, Surgical audit of -
patients undergoing common bile duct exploration for stone. ---
Br. J. Surg. , Vol 76 . 1136-38, November 1989.
- 23.- James H. Thomas, Aneurisfafia de Aorta abdominal en combinación-
con cirugía de vía biliares o gastrointestinal. Clin. Qjur. Nor.
Am. 3; 879-87, 1988.
- 24.- Khalid Ayyash and Fawzi Jadallah, Choledochoduodenal Fistula:
A rare complication of duodenal ulcer. Acta Chir. Scad 155:423-425, '))
1989.