



75-11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez"
I. S. S. S. T. E.

CIRUGIA DE VIAS BILIARES
ESTUDIO COMPARATIVO EN EL HOSPITAL
"DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
ENTRE LOS PERIODOS
1980 A 1990 Y 1969 A 1980.
REPORTE ACTUAL DE 1706 CASOS

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. JUAN JESUS PEREZ CAMPOS

ASESOR DE TESIS:
DRA. MA. TERESA SALINAS ZAMORA



ISSSTE

México, 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.

-INDICE-

INTRODUCCION	1
MATERIAL Y METODO	3
RESULTADOS:	
EDAD Y SEXO	5
DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS	9
TIPOS DE OPERACION	12
ACCIDENTES TRANSOPERATORIOS	16
COMPLICACIONES INMEDIATAS	19
DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO	20
LESIONES TUMORALES	22
CAUSAS DE MUERTE	23
CONCLUSIONES	25
RECOMENDACIONES	30
TEXTOS REVISADOS Y FUENTE	
INFORMATICA	31

INTRODUCCION

Si consideramos que después de la apendicectomía y las diferentes plastias de la pared abdominal, las intervenciones de las vías biliares son las que con mayor frecuencia se practican por cirujanos generales o del aparato digestivo y que las enfermedades que las indican, según opinión de autores tanto del país como extranjeros, se presenta en un 20% de la población adulta y según datos de necropsias el 9% de la población padece de colecistitis o colelitiasis o ambas, tenemos que existe gran frecuencia de presentar dicho padecimiento en nuestro país.

En el Área en que realizamos el presente estudio, el Distrito Federal, con una población calculada en 15 millones de habitantes, tendremos que aproximadamente unos 3 millones de habitantes presentara este tipo de patología durante alguna etapa de su vida y si sabemos que el 50% de estos presentara sintomatología, que corresponde a 1.5 millones, siendo esto una elevada frecuencia del tipo de padecimiento debemos conocer la experiencia al caso que está manejando actualmente el Hospital "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez", del I.S.S.S.T.E. en dicho tipo de problemas.

El presente estudio tiene ya un precedente, un estudio similar llevado a cabo en la década anterior, iniciándose el 17 de febrero de 1969 y terminándose el 24 de abril de 1980, habiendo encontrado un total de 1750 casos ya descritos. En el presente estudio tratamos los mismos puntos de estudio mencionados y realizamos la comparación porcentual al respecto para revisar si existen diferencias significativas en algún punto del estudio, lo cual fue factible.

Cabe mencionar que el esfuerzo fue grande ya que revisar todos los expedientes involucrados no es tarea fácil y de antemano agradecemos a quienes nos dieron la oportunidad para el presente estudio.

A partir de la fecha de terminación del presente estudio, se inicia una nueva época en la medicina al respecto, con el tratamiento de la enfermedad de las vías biliares, como es la reciente introducción de la colecistectomía por laparoscopia, de la cual nuestro hospital orgullosamente se encuentra como PIONERO en nuestro país con buenos resultados. Esto será en un futuro un motivo importante de estudio que pudiera ser comparativo entre ambas modalidades, la laparoscópica y la técnica a cielo abierto. Creemos que la educación quirúrgica que se imparte en nuestro hospital es correcta y adecuada para el caso en que estudiamos dicha patología y por los porcentajes encontrados en ambos estudios existen algunas diferencias en ambas casuísticas realizadas las cuales son causa de comentarios al final de dicho trabajo. El tipo de estudio realizado aunque de tipo retrospectivo longitudinal cerrado es de gran importancia actual.

Agregamos gráficas comparativas de ambos tipos de estudio con la finalidad de que sea más objetivo y valorable las comparaciones realizadas para ello.

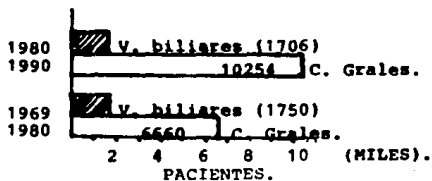
MATERIAL Y METODO:

Para efectuar el presente estudio, retrospectivo -- longitudinal cerrado, se revisaron todos los expedientes de los pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Fernando Quiroz Gutiérrez, del I.S.S.S.T.E., así como el archivo de quirofono de la misma institución, abarcando desde el 1o. de mayo de 1980, fecha de terminación de el estudio precedente y comparativo del actual, hasta el 30 de abril de 1990, -- cumpliendo con ello 10 años de analisis que incluye nuetra estadística, encontrando un total de 1706 operacio-- nes sobre las vías biliares, 44 casos menos que el estu-- dio comparativo previo, de un total de 10254 procedimien-- tos quirurgicos realizados.

Durante estos 10 años, el servicio de cirugía general, ha efectuado un total de 10254 procedimientos qui-- rurgicos, comparado con 6660 operaciones efectuadas en - el estudio previo, un incremento de 46.04%.

En las vías biliares el total mencionado de 1706 in-- tervenciones del total de 10254 procedimientos quirurgi-- gicos equivale a un 16.63%, cifra menor a la reportada - en el estudio previo de un 26.27%, todos los procedimien-- tos realizados por cirujanos del hospital. (Figura # 1).

OPERACIONES REALIZADAS DE CIRUGA GRAL.
Y CIRUGIA DE VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE



FUENTE:

ARCHIVO HOSP.

Los datos obtenidos en la revisión de los expedientes y de las hojas quirúrgicas respectivas, han servido de base para analizar diversos aspectos de este tipo de cirugía y han sido los siguientes:

1.- La distribución por edad y sexo.

2.- Los diagnósticos preoperatorios. Para el logro de ello, se usó la historia clínica completa y a partir de ella se indicaron estudios de laboratorio que señalan el estado general del paciente y los encaminados a la -- confirmación de la patología sospechada, evaluando cada caso en particular e involucrando desde la BH, QS, etc.-- hasta la colangiografía oral, i.v., percutánea, retrograda endoscópica, ultrasonografía hepática y de v. biliares, T.A.C. evaluando cada caso en particular.

Dentro de los estudios de gabinete, se inició con la placa simple de abdomen, continuando con colecistografía oral; si esta no es concluyente proseguimos con colangiografía i.v., por perfusión, transduodenal o percutánea hepática, ecnografía y si el caso lo requiere se utilizó TAC y gamagrama hepáticos.

Confirmado el diagnóstico, si el paciente tiene más de 40 años de edad, se procede a la evaluación de manera sistemática del aparato cardiopulmonar, incluyendo para ello la realización de electrocardiograma, telerradiografía de tórax y espirometría con historia clínica completa y evaluado por médicos especialistas de dichas disciplinas, para la opinión y cuidados que deban tenerse antes, durante y después de la operación. Es importante comentar que, solo en 8 ocasiones reportadas por defectos en aparato de rayos X portátil o de energía eléctrica en el mismo no se realizó la colangiografía transoperatoria comparada con 15 en el estudio previo. El tipo de colangiografía fue transcística por punción con aguja fina, - por la introducción de una sonda de pequeño calibre o a través de sonda en T colocada en v. biliar.

- 3.- Los tipos de operación quirúrgica realizada.
- 4.- Los accidentes ocurridos durante el transoperatorio.
- 5.- Las complicaciones inmediatas a la cirugía.
- 6.- Los diagnósticos histopatológicos.
- 7.- Las lesiones tumorales.
- 8.- Las causas de muerte.

****RESULTADOS****

I- EDAD Y SEXO:

En la casuística previa al estudio actual, se menciona que las operaciones practicadas, sin distinción de sexo ni patología, se efectúan desde la primera década de la vida hasta la novena. El estudio actual no encuentra reportadas intervenciones en la primera década de la vida, pero si una intervención sobre las vías biliares en una paciente de 108 años de edad en 1981.

Las etapas de menor frecuencia son la primera, segunda, séptima, octava y novena décadas de la vida, concuerda con lo reportado anteriormente en cuanto al menor porcentaje de patología.

Las décadas donde la frecuencia es mayor, corresponden de actualmente al sexo femenino, a la cuarta, quinta, tercera y sexta décadas de la vida, con las frecuencias encontradas actualmente de un 20% para la cuarta década con 300 casos; de un 18.57% para la quinta década con un total de 280 casos; de un 22.12% para la tercera década de la vida con 332 casos y de 19.2% de la sexta década de la vida con un total de 288 casos.

Los porcentajes se basan en el total de casos del sexo femenino reportados con un total de 1504 operaciones sobre el total de 1706, con un porcentaje de 88.15% para el sexo femenino.

Comparado con el estudio previo, apreciamos que de manera similar a lo reportado, la mayor frecuencia continúa siendo en el sexo femenino, con la misma relación de 7:1, ya que de dicho estudio de 1750 intervenciones, --- 1534 que corresponden al 87.7% fue en mujeres y solo en 216 varones o sea el 12.3%

Nuestro estudio revela que el 88.5% de intervenciones se realizaron en mujeres y solo 11.85% en varones, - que equivale a 200 personas.

Las décadas donde la frecuencia es mayor, corresponden en el caso del sexo femenino a la tercera, cuarta, -- sexta y quinta décadas con porcentajes de 22.1%; 20.0%; - 19.2% y 18.57% respectivamente. A ello encontramos algunos cambios, ya que el estudio precedente refiere la mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas con porcentajes de 22.91% y 22.33% respectivamente. De igual manera, casi involucran la mitad de todos los casos encontrados.

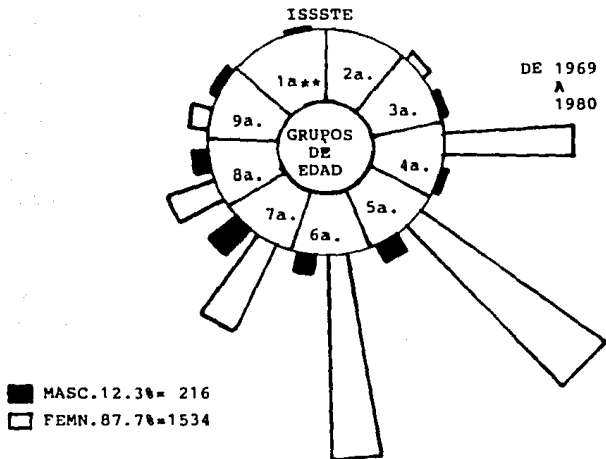
En nuestro estudio en las décadas mencionadas abarcan un total de 79.87% de casos.

Respecto a los pacientes del sexo masculino, en el estudio anterior representan el 12.3% del total de casos y nuestro estudio reporta una frecuencia de 11.85%, siendo esta un poco menor. La década donde la frecuencia es mayor es la séptima en el estudio previo que con 70 intervenciones indica el 4%. En nuestro estudio la década más involucrada es la quinta con un total de 84 casos equivale a el 4.92% de el total de cirugías.

En la figura No. 2 se describe en forma comparativa las gráficas por distribución por edad y sexo de ambos - estudios; de igual forma el cuadro No.1.

DISTRIBUCION DE OPERACIONES DE LA CIRUGIA DE
LAS VIAS BILIARES SEGUN EDAD Y SEXO.

H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."



**=DECADAS DE
LA VIDA.

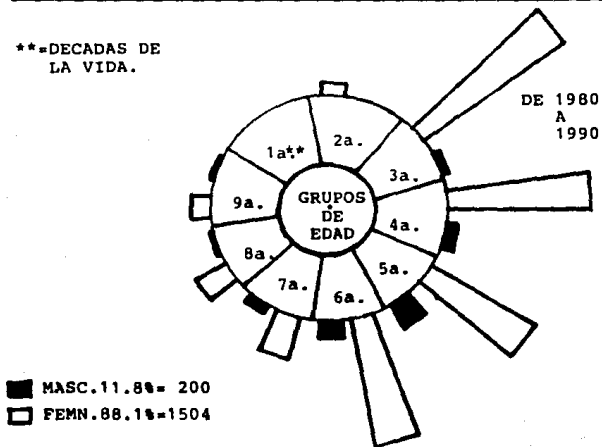


FIGURA 2.

CUADRO No. 1

1969--1980

DECADA	FEM	MAS
0-09		1
10-19		
20-29	12	3
30-39	288	4
40-49	401	31
50-59	391	37
60-69	250	70
70-79	144	38
80-89	47	23
TOTAL	533	207

1980--1990

DECADA	FEM	MAS
0-09		
10-19	32	
20-29	332	8
30-39	300	31
40-49	279	84
50-59	288	52
60-69	118	21
70-79	98	2
80-89	57	2
TOTAL	1504	200

** Explicación de figura No. 2 por decadas:

1a.=0 a 9 años

2a.=10 a 19 a., etc.

II- DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS:

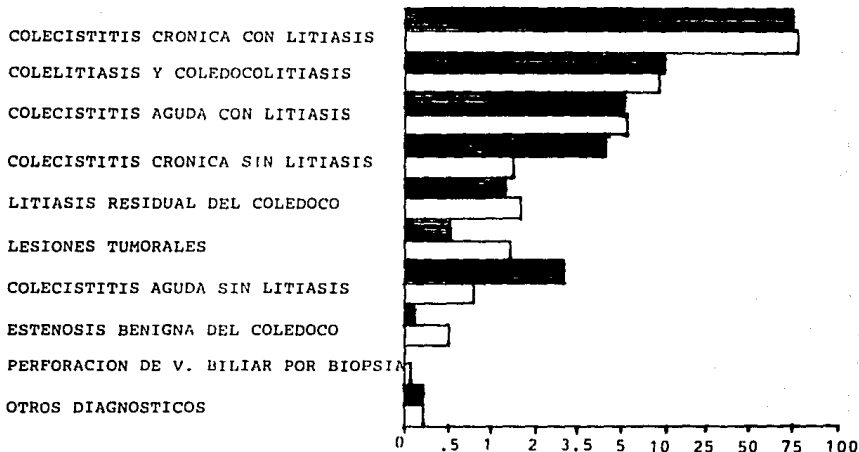
La enfermedad mas frecuente observada es la colecistitis crónica litiasica o calculosa; de ella se reportaron 1,362 pacientes, que representa el 77.88% en el estudio anterior. Nuestra estadística actual reporta un total de 1,285 pacientes, con un porcentaje del 75.32%. Le sigue en cantidad la coledocolitiasis que agregada a la colecistitis corresponde al 9.49% con 166 pacientes en la estadística previa. La estadística actual con un total de 170 pacientes involucra el 9.96%; casi no existe diferencia significativa estadística entre ambos estudios al respecto.

Continúan en orden decreciente otras seis entidades cuya cantidad y porcentajes se anotan en la figura No.3, que en forma estadística consigna también accidentes ocurridos en la práctica de punción de biopsia hepática, como la perforación de la vesícula biliar, que al ser detectada se resolvió en forma inmediata mediante colecistomía.

En la última barra y con el título de otros diagnósticos se engloban cuatro padecimientos que por su rareza corresponde en el estudio previo al 0.20% y que fueron:-

- a)- atresia de cond. biliares extrahepáticos
- b)- quiste de coledoco
- c)- enfermedad de Caroli (dilatación sacular de conductos intrahepáticos).
- d)- fístula biliar interna espontánea.

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LA CIRUGIA
 DE LAS VIAS BILIARES
 H.G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
 ISSSTE



FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL.
 ARCHIVO QUIROFANOS.

■ Estad. 1980-1990
 □ Estad. 1969-1980

FIGURA No. 3.

CUADRO No. 2

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO DE LA CIRUGIA
DE LAS VIAS BILIARES.

H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."

DIAGNOSTICO	%	#
1- COLECISTITIS CRONICA CON LITIASIS	75.32	1,285
2- COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS	9.96	170
3- COLECISTITIS AGUDA CON LITIASIS	5.15	88
4- COLECISTITIS CRONICA SIN LITIASIS	4.10	70
5- LITIASIS RESIDUAL DEL COLEDOCO	1.46	25
6- LESIONES TUMORALES	.52	9
7- COLECISTITIS AGUDA SIN LITIASIS	3.04	52
8- ESTENOSIS BENIGNA DEL COLEDOCO	.17	3
9- PERFORACION V. BILIAR POR BIOPSIA	.00	0
10 OTROS DIAGNOSTICOS	.23	4

ESTADISTICA DE 1980-1990.

DIAGNOSTICO	%	#
1- COLECISTITIS CRONICA CON LITIASIS	77.82	1,362
2- COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS	9.49	166
3- COLECISTITIS AGUDA CON LITIASIS	6.05	106
4- COLECISTITIS CRONICA SIN LITIASIS	1.76	31
5- LITIASIS RESIDUAL DEL COLEDOCO	1.71	30
6- LESIONES TUMORALES	1.43	25
7- COLECISTITIS AGUDA SIN LITIASIS	.86	15
8- ESTENOSIS BENIGNA DEL COLEDOCO	.51	9
9- PERFORACION V. BILIAR POR BIOPSIA	.11	2
10 OTROS DIAGNOSTICOS	.23	4

ESTADISTICA DE 1969-1980.

FUENTE: Archivo Hospital
Archivo Quirofano.

III- TIPOS DE OPERACION:

En la estadística actual encontramos lo siguiente:

Se realizaron 1,438 colecistectomías con colangiografía transoperatoria que equivale a un 84.3%; 200 colecistectomías con coledocotomía que equivale a un 11.75%; 25 colecistectomías con coledocotomía y esfinteroplastia transduodenal que equivale a 1.51%; 13 derivaciones biliodigestivas en "Y" de Roux que equivale al 0.8%; 10 procedimientos de coledocotomía y esfinteroplastia por litiasis residual o recidivante en coledoco que equivale al 0.6%; 9 procedimientos de coledocotomía simple que equivale al 0.58%; 4 colecistectomías y anastomosis terminal del coledoco siendo un 0.26% y en 3 ocasiones una coledoco-duodeno anastomosis que es el 0.2%.

Comparandola con los resultados del estudio anterioro existe gran diferencia estadística al respecto, a excepción de frecuencia del 0.51% mayor en la casuística actual en el procedimiento de colecistectomía con coledocotomía y esfinteroplastia que se reporta solo el 1.0% con 17 casos.

Las causas de la cirugía respecto a colecistectomía (1,438 casos= 84.3%), corresponde a colecistitis crónica calculosa reportada de 1285 pacientes, con 75.32%; 58 casos (3.39%) a colecistitis aguda litiasica; 27 casos --- (1.58%) a la crónica alitiasica; 30 casos (1.75%) a la aguda sin litiasis y 39 casos reportados como vesículas sanas macroscopicamente que equivale al 2.28% de casos.

La colecistectomía unida a la coledocotomía con colocación de sonda en "T" se realizó en 200 casos, que representa el 11.75%. Esto es, un 1.16% menos en la estadística actual a la reportada en el estudio previo con una frecuencia de 226 ocasiones, siendo un 12.91%. En un 68% de casos se tuvo conocimiento previo de la enfermedad siendo de 136 pacientes; los restantes 64 pacientes el diagnóstico se efectuó por la colangiografía transoperatoria o por maniobras de palpación del trayecto del coledoco.

Se realizaron 25 cirugías de colecistectomías con -
coledocotomía y esfinteroplastia, que corresponde a un -
1.51% de nuestra casuística. Se llevo a cabo debido a el
hallazgo de colelitiasis con coledocolitiasis múltiple -
en su mayoría de pequeños elementos o de enclavamiento -
en el ampulla de Vater. Aquí existe diferencia respecto a
a la estadística antigua, ya que reportan dicho procedi-
miento en un 0.97% con 17 casos y debido a las mismas --
circunstancias.

De las técnicas de derivación biliodigestivas, la -
"y" de Roux ha sido la única utilizada (13 casos, con un
0.8%), en casos de estenosis benigna de la porción termi-
nal del coledoco, en quiste de coledoco y fistula biliar
interna (10, 1 y 2 casos respectivamente).

Con la técnica de coledocotomía y esfinteroplastia-
que reportamos actualmente a 10 casos con un 0.6% (misma
estadística que el estudio anterior), se utilizó para tra-
tar la enfermedad de Caroli y litiasis residuales que o-
casionaban síndrome icterico obstructivo benigno.

Para el tratamiento de las lesiones malignas avanza-
das de la encrucijada bilio-pancreatico-duodenal en ca-
sos solamente paliativos y cuando las circunstancias lo-
permitieron, se practico la coledocotomía con la coloca-
ción de la sonda en T (Kerr o Katell), siendo un total de
9 casos, que equivale al 0.58%, para tratar el síndrome -
icterico, repetimos solo en forma paliativa.

La colecistectomía con la anastomosis termino-termi-
nal del coledoco, se realizo solamente en 4 ocasiones en
nuestra serie que equivale al 0.26%; comparado contra 7-
pacientes con un 0.4% de la serie previa, ello debido a
accidentes transoperatorios en cirugías de urgencia, las
4, por sección del coledoco al ser confundido con el con-
ducto cístico.

Al ser reconocida en el acto se procedio a su reparación inmediata; 3 de ellos el mismo dia y 1 al siguiente por presentar biliiperitoneo.

El procedimiento de coledocoduodenoanastomosis se reporta que ha sido utilizado en nuestra serie en 3 ocasiones, con un 0.2%. Dos pacientes por estenosis de coledoco tercio inferior maligna y en uno por estenosis benigna con franca dilatacion de coledoco que permitió realizar dicho procedimiento.

Como podemos apreciar, no existe notoria diferencia en lo que respecta a la serie de procedimientos que se realizaron en los pacientes y para ello comparamos las estadisticas al respecto. Figura No.4.y Cuadro No. 3.

TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS
EN LAS VIAS BILIARES

H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."

ISSSTE

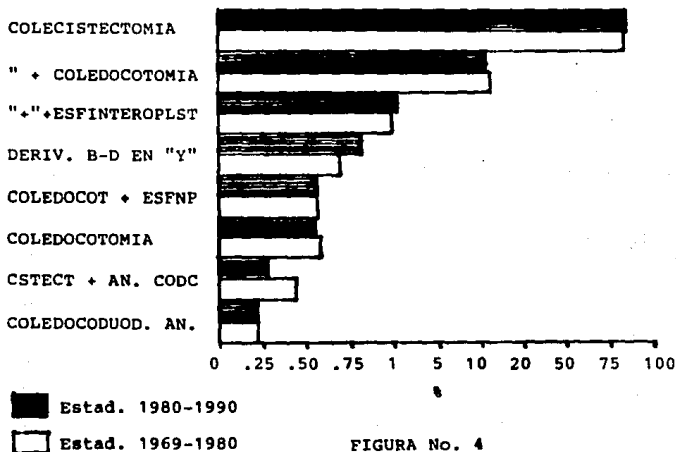


FIGURA No. 4

FUENTE: ARCHIVO QUIROFANO
ARCHIVO HOSPITAL.

TIPOS DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS
EN LAS VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE

PROCEDIMIENTO	#	%
COLECISTECTOMIA	1438	84.3
COLECISTECTOMIA + COLEDOCOTOMIA	200	11.75
COLECIS.+ COLEDOC.+ ESFINTEROPLASTIA	25	1.51
DERIVACION BILIO-DIG. EN "Y" DE ROUX	13	0.8
COLEDOCOTOMIA + ESFINTEROPLASTIA	10	0.6
COLEDOCOTOMIA	9	0.58
COLECISTECTOMIA-ANASTOMOSIS COLEDOC	4	0.26
COLEDOC-DUODENOANASTOMOSIS	3	0.2
**PERIODO 1980-1990		

PROCEDIMIENTO	#	%
COLECISTECTOMIA	1464	83.6
COLECISTECTOMIA + COLEDOCOTOMIA	226	12.9
COLECIS.+ COLEDOC.+ ESFINTEROPLASTIA	17	1.0
DERIVACION BILIO-DIG. EN "Y" DE ROUX	12	0.7
COLEDOCOTOMIA + ESFINTEROPLASTIA	10	0.6
COLEDOCOTOMIA	10	0.6
COLECISTECTOMIA-ANASTOMOSIS COLEDOC	7	0.4
COLEDOC-DUODENOANASTOMOSIS	4	0.2
**PERIODO 1969-1980		

CUADRO No. 3

FUENTE: ARCHIVO HOSPITAL
ARCHIVO QUIROFANO.

NOTA: Las abreviaturas de la fig. 4 son en el mismo orden descendente que el cuadro No. 3.

IV- ACCIDENTES TRANSOPERATORIOS:

Los accidentes que ocurrieron en nuestra serie en el curso de la practica de este tipo de cirugía han sido solamente de 41 que en relacion a las 1706 intervenciones realizadas corresponde a un 2.40%. La estadística anterior reporta 38 accidentes de 1750 intervenciones que equivale a un 2.17%.

De igual forma, el accidente mas frecuente reportado fue la lesión hepática, que con 22 casos representa el 53.65 de la totalidad de los ocurridos y ello debido al uso inadecuado de los separadores de Deavers, con extensiones variables de 1 a 3 cms y de igual profundidad, lo cual provocó hemorragia de regular cantidad, siendo tratada con taponamiento de la lesión con espuma de celulosa (GELFOAM) y cuando era mayor con sutura del tejido lesionado con aguja atraumática absorbible (CATGUT).

En orden decreciente y por fortuna se mencionan dos tipos de accidentes que al hacer este tipo de cirugía to dos estamos expuestos a ellos o haberlos realizado ya; e ellos son la sección total del coledoco o la ligadura del mismo. Por fortuna son pocos los reportados, 4 y dos de ellos identificados en forma inmediata durante la cirugía, siendo tratados mediante anastomosis término-terminal, y su porcentaje es de 9.75%. En nuestra serie no se menciona ligadura del conducto. La serie anterior a la actual reporta una frecuencia del 13.1% con 5 casos y ellos tratados mediante coledocotomía y colocación de son da en "T".

Las lesiones ocasionadas a vísceras huecas fueron un total de 10 casos que equivale al 24.39% de el total de accidentes. Los órganos afectados fueron: estomago en 3 ocasiones (7.31%), colon transverso en 4 ocasiones --- (9.75%), duodeno 2 ocasiones (4.87%) y asas de yeyuno en 1 ocasión (2.43%). Ello debido a iatrogenias por el mane jo poco cuidadoso de las adherencias o por el estado general al momento de la cirugía, por procesos inflamato--

rios crónicos establecidos entre los diversos órganos y se resolvieron por medio de la sutura adecuada de dichas estructuras afectadas. Ver figura No. 5, y grafica No. 4

FIGURA No. 5

ACCIDENTES OCURRIDOS EN EL TRANSOPERATORIO
EN LA CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE

TIPO ACCIDENTE:

LESION HEPATICA

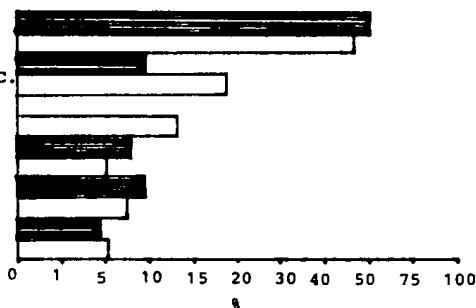
SECCION TOTAL COLEDOC.

LIGADURA COLEDOCO

PERFORACION GASTRICA

PERFORACION COLON

PERFORACION DUODENO



■ Estad. 1980-1990

□ Estad. 1969-1980

FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL
ARCHIVO QUIROFANOS.

CUADRO No. 4ACCIDENTES OCURRIDOS EN EL TRANSOPERATORIO
EN LA CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARESH. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE

TIPO DE ACCIDENTE:	#	%
LESION HEPATICA	22	53.65
SECCION TOTAL COLEDOCO	4	9.75
LIGADURA COLEDOCO	0	0.
PERFORACION GASTRICA	3	7.31
PERFORACION COLON	4	9.75
PERFORACION DUODENO	2	4.87
Estad. 1980-1990**		

TIPO DE ACCIDENTE:	#	%
LESION HEPATICA	18	47.4
SECCION TOTAL COLEDOCO	7	18.4
LIGADURA COLEDOCO	5	13.1
PERFORACION GASTRICA	3	7.9
PERFORACION COLON	3	7.9
PERFORACION DUODENO	2	5.3
Estad. 1969-1980**		

FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL

ARCHIVO QUIROFANOS.

V- COMPLICACIONES INMEDIATAS

En el presente apartado involucramos a padecimientos que ocurrieron tempranamente posterior a la cirugía (hasta el 5o. día de posoperados) y que en número total de 23 forma un 1.34% de 1706 operaciones.

Todos los pacientes requirieron de nueva intervención; la que con mayor frecuencia en nuestra estadística se presentó fue el bili o hemoperitoneo con un total de 10 casos (43.47%), comparado contra 14 casos de la estadística previa (36.8%), siendo su causa debido a defec-tuosa ligadura tanto de el conducto cístico como la arteria misma.

En segundo lugar, por orden de frecuencia tenemos a el absceso subfrenico que aparecio en igual número de casos que la estadística anterior de 9 con 39.13%, resolviéndose mediante la desbridación y adecuada canalización de la cavidad peritoneal.

Y, en tercer lugar por orden de frecuencia tenemos actualmente a la evisceración posquirúrgica con solamente 4 casos reportados que dan un 17.39% del total de complicaciones, contra 15 reportados en la estadística anterior con 39.5%, siendo ellos tratados con nuevo cierre de la pared abdominal utilizando puntos subtotales o total.

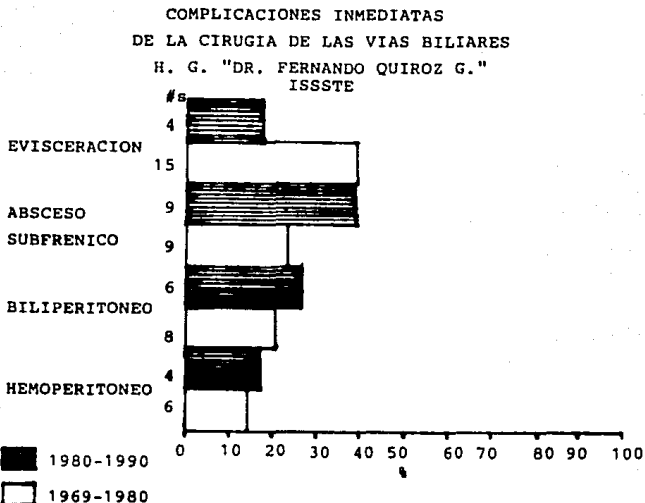
Esta diferencia notoria puede ser debido a la introducción de mejores materiales de sutura con que disponemos en la actualidad. Además creemos que es probable que los casos actuales al ser encontrados en pacientes en mal estado general pudiera estar aunado a mala técnica en el cierre de la pared abdominal. Figura No. 6 y cuadro No. 5.

CUADRO No. 5

COMPLICACIONES	[%]	%
EVISGERACION	17.39	39.5
ABSCESO SUBFRE- NICO	39.13	23.7
BILIPERITONEO	26.08	21.0
HEMOPERITONEO	17.38	15.8

[%]= Estadística actual: 1980-1990

FIGURA No. 6



VI- DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

En nuestro estudio se resecaron un total de 1670 vesículas biliares, de las cuales encontramos reporte de estudio histopatológico de 1556 (93.17%), el resto, 114 no se encuentra reporte en el expediente, ignoramos la causa.

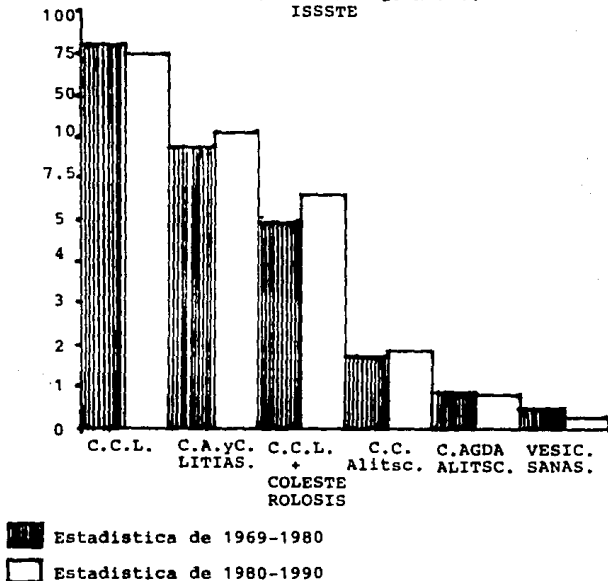
Los principales diagnósticos histopatológicos, como era de esperarse fueron: la colecistitis crónica y litiasica en 1186 especímenes (76.22%), siendo la de mayor frecuencia, seguida de la inflamación aguda y crónica con un total de 215 piezas (13.81%), comparado contra solo un 9.2% del estudio previo. La colestasis y la inflamación crónica en 97 piezas (6.23%); la colecistitis tanto aguda como la crónica sin litiasis se observó en 42 -

estudios (2.69%), siendo 29 casos (1.85%) de la primera y 13 (0.83%) de la segunda causa. 10 casos (0.64%) se reportan como lesiones tumorales solamente, comparado con 11 casos en el estudio previo con 0.7%. Solamente 5 casos en nuestro estudio se reportan como vesículas sanas (0.32%), contra 2 ocasiones del estudio previo (0.5%). - Ver figura No. 7 al respecto.

FIGURA No. 7

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE VESICULAS
BILIARES EXTIRPADAS

H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE



FUENTE: ARCHIVO GRAL HOSP.
ARCHIVO QUIROF.

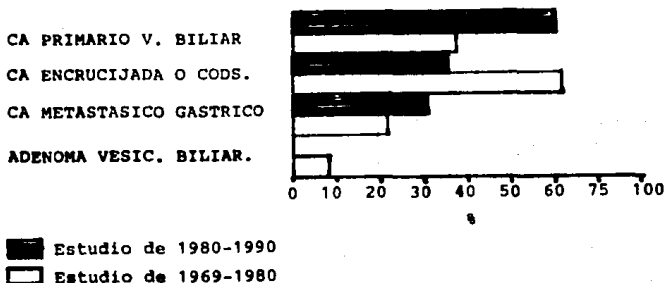
VII- LESIONES TUMORALES:

Esta fueron reportadas en numero de 19 casos, 1.11% respectivamente, con la siguiente distribución: 10 casos (52.63% del total), de carcinomas primarios de la vesícula biliar acompañados todos con litiasis vesicular. En los 9 restantes la invasión del tumor en la encrucijada-bilio-pancreatico-duodenal no permitio practicar ningún tipo de cirugía curativa.

Se reporta como carcinoma de conductos biliares (coledoco) en 5 casos, que representa el 26.31% de tumores en que solo se realizo procedimientos paliativos. Ver la figura No. 8. y Cuadro No. 6.

FIGURA No. 8

LESIONES TUMORALES OBSERVADAS
EN LA CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE



FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL
ARCHIVO QUIROFANO.

CUADRO No. 6

LESIONES TUMORALES OBSERVADAS
 EN LA CIRUGIA DE LAS VIAS BILIARES
 H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."

DIAGNOSTICO	ISSSTE			
	(%)	(#)	%	#
CA PRIMARIO V. BILIAR	52.63	10	28.0	7
CA ENCRUCIJADA O CONDS	26.31	5	56.0	14
CA METASTASICO GASTRICO	21.0	4	12.0	3
ADENOMA VESIC. BILIAR	0.0	0	4.0	1
**[%] y [#] = Estudio de 1980-1990. % y # = Estudio de 1969-1980.				

FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL
 ARCHIVO QUIROFANO.

VIII- CAUSAS DE MUERTE:

Solamente encontramos el reporte de que fallecieron 42 pacientes, lo que representa un 2.46%; comparando con el reporte previo de 57 fallecimientos de 1750 pad. globales, con un porcentaje de 3.25 de mortalidad global. - La mayoría se encontraba entre la sexta y séptima décadas de la vida.

La neumonía y la broncoaspiración se menciona como - causa principal, con 26 casos que suma un 61.9%, siendo en el sexo femenino en 23 casos.

La peritonitis séptica y generalizada con 12 casos - ocupa un 28.57% y de estos se mencionan 7 debidos a la - formación de absceso subfrenico; el resto por complicación de procesos infecciosos agudos de la vesícula, previo a la cirugía. De igual forma, las mujeres fueron mas afectadas con total de 10 casos.

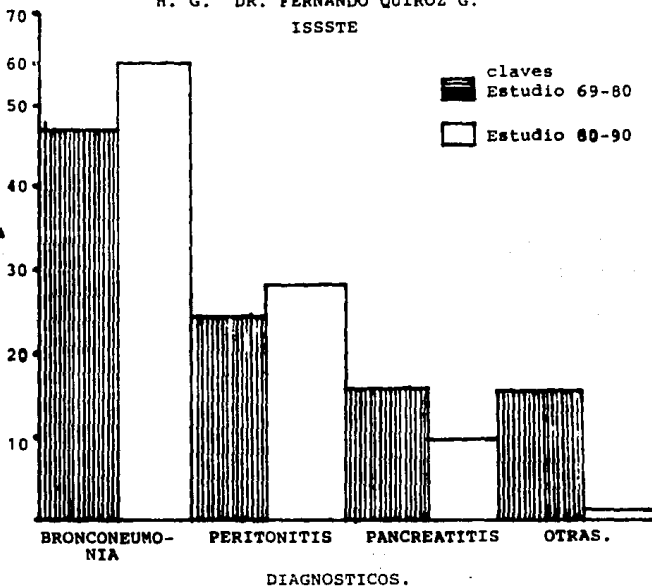
La pancreatitis como secuela o complicaciones de la cirugía practicada ocasionó la muerte a 4 pacientes ---- (9.52%), dos de cada sexo.

Se mencionan como causas adjuntas las coronariopatías, la insuficiencia aguda respiratoria fatal en los que broncoaspiraron y la asociación en un paciente con abscesos plógenos hepáticos.

Por desgracia, no existen algunos reportes de los estudios histopatológicos post-mortem para realizar una estadística más certera de la asociación de tasas de mortalidad con cada uno de los padecimientos específicos. Realizamos la comparación de las principales causas de muerte en la Figura No. 9 y cuadro No. 7.

FIGURA No. 9

CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES
SOMETIDOS A OPERACIONES DE VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE



CUADRO No. 7

CAUSAS DE MUERTE EN PACIENTES
SOMETIDOS A OPERACIONES DE VIAS BILIARES
H. G. "DR. FERNANDO QUIROZ G."
ISSSTE

CAUSA DE MUERTE	[%]	[#]	%	#
BRONCONEUMONIA	61.9		47.4	
PERITONITIS	28.57		24.3	
PANCREATITIS	9.52		14.0	
OTRAS	0.01		4.0	

[%] y [#] = Estudio actual 1980-1990

% y # = Estudio previo 1969-1980

FUENTE: ARCHIVO GRAL. HOSPITAL
ARCHIVO QUIROFANO.

IX- CONCLUSIONES:

Las conclusiones a las que podemos llegar, con la comparación de los resultados obtenidos en el estudio actual previo, han sido las siguientes en el mismo orden en que hemos presentado el estudio:

1.- La patología de las vías biliares, aparece en cualquier época de la vida, reportando su mayor frecuencia en el estudio previo entre los 40 y 49 años, un poco distinto al estudio actual, sumando un porcentaje de --- 57.7% del total de casos encontrados. Entre las diferencias más evidentes, el estudio actual señala claramente un incremento de patología de v. biliar entre los 20 y - 29 años de edad, siempre predominando en el sexo femenino con una relación de 7:1 u 8:1 según el grupo de edad analizado.

En la tercera decada encontramos un aumento actual- con un 22.1% con 332 casos. En suma, estas 4 decadas nos dan el amplio porcentaje de 79.87, mas de las 3/4 partes de el total de la patologia. No hubo variantes en lo que respecta a aumento o disminucion de la afección al sexo - femenino.

2.- La colecistitis cronica calculosa, es el padeci- miento mas frecuente de las vias biliares, con 75.32% de casuistica, siendo igual a lo reportado anteriormente. - La colecistitis acompañada de coledocolitiasis, es la se gunda causa de intervencion quirurgica en ambos estudios siendo la frecuencia mucho menor que la precedente, con- 9.96%, pero debido a que en el presente estudio hubo un- porcentaje muy elevado de cirugias totales, como es de - 10254 contra 6660 del estudio previo, lo cual bajara los promedios de cirugia. Continua siendo una relacion de -- 7:1. La colecistitis aguda y litiasica ocupa el tercer - lugar como causa de operaciones. Los demas padecimientos que se han mencionado en la figura No. 3 se encuentran - con porcentajes menores y no existe significativa dife- - rencia entre ambos estudios por lo que se comentan por i gual.

3.- Se han realizado ocho tipos de procedimientos - quirurgicos para la resolución de las diferentes y varia- das patologias de nuestros pacientes. La colecistectomia con colangiografia transoperatoria ha sido la cirugia -- mas realizada, con un total de 1438 procedimientos que- nos da un 84.3% de el total. El mismo procedimiento aun- do a la coledocotomia y la colocación de sonda en "T" -- con 11.75%, de 200 casos reportados, con una relación de 8:1 respecto al procedimiento mencionado con anteriori- - dad y no existe gran diferencia entre ambos estudios. Le sigue en orden de frecuencia las colecistectomias con co ledocotomia y esfinteroplastia transduodenal con un por- centaje de 1.51 de 25 casos reportados. La relacion en- - contrada de frecuencia respecto a la primer cirugia es - de 59:1, siendo mayor el primer tipo de cirugia.

El estudio anterior reporta una frecuencia de 86:1 respecto al mismo procedimiento. Se realizaron 13 derivaciones biliodigestivas en "Y" de Roux que equivale al 0.8%, lo cual da una relación de 110 procedimientos de colecistectomias contra 1 de lo reportado. En el estudio previo se menciona una frecuencia de 123:1. Los procedimientos de coledocotomía y esfinteroplastia equivale al 0.6%, lo que da una relación de 143:1. Las técnicas de tipo paliativo para lesiones tumorales malignas, como coledocotomía con colocación de sonda en "T", encontramos una frecuencia de 0.58% con total de 9 procedimientos, que da una relación de 147:1 procedimientos, respecto a la colecistectomía simple.

4.- Respecto a los tipos de accidente cometidos, comentamos que la frecuencia en nuestro estudio encontrado fue de 41 casos, que en relación a 1706 procedimientos realizados corresponde a un 2.40%

La estadística anterior reporta 38 accidentes de un total de 1750 intervenciones que equivale a un 2.17%.

a)- Las lesiones traumáticas del tejido hepático corresponde a un 53.65%, de 22 casos, contra 47.4% de 18 casos del estudio anterior.

b)- Sección total del coledoco con 4 casos en nuestro estudio, con porcentaje de 9.75% contra un 18.4% de 7 casos del estudio previo. No encontramos en nuestra serie ligadura del coledoco, la anterior reporta una frecuencia de 13.1%, con 5 casos.

c)- Las lesiones a viscera hueca. Con un total de 10 casos, que equivale a 24.93% del total de accidentes y en el siguiente orden: colon transversal 4 casos, estómago 3 casos y duodeno 2 ocasiones, además de 1 ocasión el yeyuno. La diferencia del estudio actual al previo es que reportan en primer lugar estómago y colon en segundo lugar.

5.- Las complicaciones que se reportaron en el periodo posoperatorio inmediato fueron en nuestro estudio: bili o hemoperitoneo con un total de 10 casos (43.47%) - del total de 23 complicaciones; en segundo lugar encontramos al absceso subfrenico con 9 casos, porcentaje de 39.13%, igual que lo reportado en el estudio previo.

Y en tercer lugar encontramos en nuestro estudio la evisceracion posquirurgica con solamente 4 casos que da un porcentaje de 17.39%, contra 15 casos reportados en el estudio previo con porcentaje de 39.5%. Es aqui, donde apreciamos mayor diferencia estadistica y las causas pueden ser los mejores materiales de sutura con que disponemos en la actualidad asi como a una mejor preparacion preoperatoria posible en los pacientes, siendo evaluado cada caso en particular. El estudio previo lo menciona como primer causa de complicaciones encontradas. Todas ellas requirieron de reintervencion quirurgica temprana en los pacientes. Esto, bien puede ser el punto central de un nuevo trabajo de investigacion.

6.- Los diagnosticos histopatologicos encontrados con mayor frecuencia fueron en nuestra serie:

- a)- Colecistitis cronica y litiasica con 76.22%
- b)- Inflamacion aguda y cronica con un 13.81%
- c)- Colestasis e inflamacion cronica en 6.23%
- d)- Colecistitis aguda y cronica sin litiasis 2.69%
- e)- Lesiones tumorales con solo 0.64%
- f)- Vesiculas sanas en 0.32%

No existe diferencia significativa estadistica con lo reportado en el estudio previo.

7.- Las lesiones tumorales en nuestro estudio representan el 1.11% de la totalidad de la casuistica, comparado contra 1.42% reportado anteriormente. De este porcentaje un 52.63% se trata de carcinomas primarios de la vesicula biliar, todos acompañados de litiasis vesicular de acuerdo a lo reportado en la literatura mundial. Los-

restantes casos, que corresponden a 9, la invasión tumoral no permitió realizar ningún tipo de cirugía curativa, por encontrarse en la encrucijada biliar-pancreático-duodenal. No existe gran diferencia significativa.

B.- La mortalidad encontrada en nuestro estudio fue de solo 42 reportes que representa un 2.46% contra un -- 3.35% de el estudio previo. La mayoría se encontraba entre la sexta y séptima décadas de la vida. De igual forma se menciona como primer causa la neumonía y la bronco aspiración como causa principal con un 61.9% de el total de causas de mortalidad, con predominio del sexo femenino (23 de 26 casos).

La peritonitis con 12 casos ocupa un 28.57%, contra un 25% reportado en la estadística anterior. De igual -- forma, el sexo femenino se encontró con predominio de 10 casos.

La colecistectomía por colecistitis crónica y calculosa tiene una mortalidad global del 1.3%; este porcentaje se cuadruplica en las colecistitis aguda con litiasis y en las crónicas sin litiasis ocurre en un 6%.

La mortalidad en pacientes a los que se practicó colecistectomías y coledocotomía es semejante a los que solo se efectuó colecistectomía, por lo que se concluye -- que la coledocotomía por sí misma no aumenta de manera -- significativa la mortalidad.

La colecistectomía con coledocotomía y esfínteroplastia tiene una mortalidad del 5.8%, la misma que la -- reportada en el estudio previo.

La mortalidad cuando la patología indica el uso de derivaciones biliodigestivas como la "Y" de Roux es alta por el problema base de el paciente, aunque en el presente estudio solo se realizaron en casos benignos como son estenosis benigna de la porción terminal del coledoco, en quiste de coledoco y en fístula biliar interna, con -- 10, 1 y 2 casos respectivamente. un total de 13 casos, -- con 0.8% de frecuencia de procedimientos quirúrgicos.

Se mencionan como causas adjuntas las coronariopa--

tias, la insuficiencia aguda respiratoria fatal en casos de broncoaspiración como principales factores de riesgo para la mortalidad sobre todo en pacientes mayores de 40 años de edad, algunos identificados en la valoración preoperatoria y tratados en lo posible.

X- RECOMENDACIONES:

1- Identificar claramente los factores de riesgo en - pacientes mayores de 40 años de edad, para elegir el mejor momento para la cirugía y el mejor procedimiento según el caso en particular.

2- Continuar siempre con los principios de una buena técnica quirúrgica, base en la formación de un cirujano.

3- Evitar al máximo los accidentes transoperatorios, - al realizar la cirugía con la precaución que el caso amerite, con lo cual disminuirémos las tasas de morbi-mortalidad reportadas y las propias a nuestra persona.

4- Al haber disminuido actualmente el porcentaje de evisceración posquirúrgica, continuar con la técnica establecida para el cierre de la pared abdominal y los cuidados indicados.

5- Recabar SIEMPRE en lo posible la información histopatológica de todos los casos enviados al respecto, para tener una mayor certeza diagnóstica de todos los casos.

6- No olvidar nunca que los pacientes confían en nosotros y procurar tener todo el empeño a todos ellos.

7- Nuestro hospital es buen sitio para una residencia en cirugía y cada persona puede hacerlo mejor si se lo propone.

TEXTOS REVISADOS:

- 1- Abemathy Charles, M.D. Temas Clave en cirugía. Ed. In teramericana. Tomo unico. 1987.
- 2- Ackerman N.B. et al; Consequences of intraperitoneal-bile: bile ascites versus bile peritonitis. Am J Surg 1985;149-224.
- 3- Aldrete Joaquin S, Acad. Colelitiasis sin sintomas, - su manejo actual. Cirugia y Cirujanos. 56;1 Ene'1989.
- 4- Bateson M.C.; Gallstone disease: present and future.- Lancet 1986;2-1265.
- 5- Blumgart L.H. & Thompson J.N.; The management of ma--lignant strictures of the bile duct. Curr Probl Surg. (feb)1987;24-75.
- 6- Blumgart L.H. & Thompson J.N.; The management of be--nign strictures of the bile duct. Curr Probl Surg. -- (ene)1987;24-1.
- 7- Cahill C.J. et al; Current practice in biliary surge--ry. Br J Surg. 1988. V.75-12 p.1169-1172.
- 8- Callans, S. Linda MD et al; Fragmentation of human --- gallstones using ultrasound and electrohydraulic lito--tripsy: Experimental and clinical experience. Surg.-- 102;2 Feb'90. p.121-127.
- 9- Clinicas Quirurgicas de Norteamerica: Enfermedades -- gastrointestinales no malignas. Ed. Interamericana -- 1987 Vol. 3
- 10-Chopra S. Griffin PH: Laboratory tests and diagnostic procedures in evaluation of liver disease. Am J Med - 1985; 79-221.
- 11-Demetriou A.A. et al; Management of common duct sto--nes. Contemp Surg; 1987;30-83.
- 12-Deziel D.J. et al; Management ob bile duct cysts in - adults. Arch Surg 1986;121-410.
- 13-Foutch P.G. MD et al; Endoscopic retrograde wire-gui--ded brush cytology for diagnosis of patients with ma--lignant obstruction of the bile duct. Am J Gastroent. Jul 1990-85;7 p. 791.
- 14-Hoffmann J, Lorentzen MD: Drainage after cholecystec--tomy. Br J Surg. 1985; 146-719.
- 15-Koga A. et al; Ultrasonographic detection of early -- and curable carcinoma of the gallbladder.Br J Surg -- 1985;72-728.
- 16-Mahesh C. Mishra, M.S. et al; Biliobiliary fistula: -- preoperative diagnosis and management implications. - Surg Nov 1990; 108-5 p.835-839.

- 17-Majeski J.A: Polyps of the gallbladder. J Surg Oncol. 1986; 32-16.
- 18-Maingot. Op. abdominales. Tomo II Ed. Panamericana. - 8a. edicion.
- 19-Mauncen Martin MD et al: Surgical aspects of sclerosing cholangitis: results in 178 patients. Ann Surg.- oct 1990. 212-4.
- 20-Nakakura Satoshi MD et al: Aggressive surgery for carcinoma of the gallbladder. Surgery 106-3 Sep. 1989 -- p. 467-473.
- 21-Neoptolemos J.P. et al: Sphincter of Oddi dysfunction results of treatment by endoscopic sphincterotomy. Br J Surg.75;5. Mayo 1988 p.454-459.
- 22-Nyhus B.MD: Mastery of Surgery. Ed. Panamericana. Tomo I- 1989.
- 23-Puente S.G., Bannura GC: radiological anatomy of the biliary tract: variations and congenital abnormalities. World J Surg. 1983;7-271.
- 24-Roberts J.W., Daugherty S.F.; Primary carcinoma of -- the gallbladder. Surg Clin North Am. 1986;66-743.
- 25-Ruddell W.S.J. et al: Endoscopic retrograde cholangiography and pancreatography in investigation of post-cholecystectomy patients. Lancet 1980; 1-444.
- 26-Saenz Felix, Victoriano. Gastroenterologia de Villalobos. Padec. de vesicula biliar. Ed. Mendez Oteo. 3a.
- 27-Savoca Paul E. MD: The increasing prevalence of acalculous cholecystitis in outpatients: results of a 7 - year study. Ann Surg. Mayo 1990 V.211#4. p 433.
- 28-Schwartz MD. Principles of surgery. Ed. Mc Graw Hill. 4a. ed.Tomo unico.
- 29-Shepherd, H.A. et al: Endoscopic biliary endoprosthesis in the palliation of malignant obstruction of the distal common bile duct: a randomized trial. Br J --- Surg 75-12 Dec. 1988. p.1166-1168.
- 30-Thomas S.H.L. MD et al: Esfinterotomia endoscopica en la pancreatitis aguda por litiasis biliar. Lancet en español. Mayo 89;14-5 p.350.
- 31-Tompkins K.R. MD et al: Changing Patterns in diagnosis and management of the bile duct cancer. Ann Surg- 211-5 Mayo 1990. p. 614.
- 32-Volpi Solis Jorge, Academico. Cirugia de vias biliares. Revision de 1750 casos. Cirugia y Cirujanos.Vol. 49 No. 1, 1981. p.31-40.

- 33-Way W. Lawrence: Current surgical diagnosis and treatment. 8a. ed. 1988
- 34-Wegge C, Kjaergaard J; Evaluation of symptoms and --- signs of gallstone disease in patients admitted with upper abdominal pain. Scand J Gastroent. 1985;20-933.
- 35-ARCHIVO GENERAL DEL HOSPITAL DR. FERNANDO QUIROZ GU--TIERREZ Y DEL SERVICIO DE QUIROFANOS.
