

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



Ciudad de México
Servicios DIDIF
Médicos

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL DEPARTAMENTO
DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

SUBDIRECCION DE ENSEÑANZA

DEPARTAMENTO DE POSGRADO

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN:

CIRUGIA GENERAL

ASOCIACION DE MANOMETRIA Y
COLANGIOGRAFIA TRANSCISTICA
TRANSOPERATORIA EN PATOLOGIA BILIAR

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

P R E S E N T A :

DR. CARLOS BOMBELA TORRES

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN:

C I R U G I A G E N E R A L

DIRECTOR DE TESIS:

DR. SERGIO LUIS UGARTE BURCK

1991

FALLA DE ORIGEN

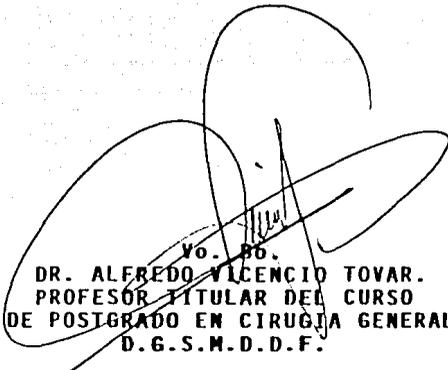


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

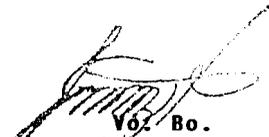
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



Vo. Bo.
DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO
DE POSTGRADO EN CIRUGIA GENERAL
D.G.S.M.D.D.F.



Vo. Bo.
DR. BENJAMIN SOTO DE LEON
DIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
D.G.S.M.D.D.F.



SECRETARIA DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS
DIRECCION GENERAL DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
DIRECCION DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
D. G. S. M. D. D. F.

ASOCIACION DE MANOMETRIA Y COLANGIOGRAFIA TRANSCISTICA
TRANSOPERATORIA EN PATOLOGIA BILIAR

DR. CARLOS BOMBELA TORRES
RESIDENTE DE TERCER AÑO
CIRUGIA GENERAL

ASESOR DE TESIS

DR. SERGIO LUIS UGARTE BURCK
CIRUJANO GENERAL

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS MEDICOS DEL
DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

INDICE

	Página
INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	19
DISCUSION	21
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAFIA	30

DEFINICION DEL PROBLEMA

El presente estudio propone un modelo humano en el cual se utilice la monometría y la colangiografía transcística transoperatoria en pacientes que presenten patología biliar; comprobada tanto clínicamente como por estudios de laboratorio y gabinete, en los que es necesario poder descartar obstrucción del árbol biliar, ya que en un número considerable de casos, se ha reportado obstrucción residual comprobada.

Considerando sus beneficios y ventajas proponemos que es necesario emplear estos dos estudios transoperatorios de rutina.

ANTECEDENTES

Mirizzi en 1931 introdujo la colangiografía transoperatoria modificando la forma en que muchos cirujanos abordaban la patología biliar, y fué hasta 20 años después que esta técnica se aplicó en forma rutinaria.

El uso de la colangiografía transoperatoria ha bastado para mejorar los resultados en la exploración del conducto biliar común reduciendo el número de exploraciones negativas.

La controversia en relación al uso rutinario de esta,

en contra de la colangiografía transoperatoria selectiva se ha centrado en la incidencia de litiasis del conducto biliar común no sospechada.

Se ha realizado un estudio prospectivo diseñado para examinar tanto los datos clínicos preoperatorios y la información anatómica transoperatoria para determinar el criterio que podría identificar a los pacientes que no requieran la colangiografía.

Se incluyen 100 pacientes colecistectomizados en este estudio cuando se consideraron datos clínicos preoperatorios, sin sospecha para litiasis ductal común, se identificaron las condiciones anatómicas en las cuales la litiasis del conducto común no se presentaría: Cístico de menos de 3mm; litos mayores de 6mm, lito único. Utilizando el criterio transoperatorio como base para la colangiografía, 44% de los pacientes sin sospecha clínica de litiasis ductal común podrían ser candidatos a colangiograma transoperatorio. Es opinión de los autores que la adición de los hallazgos transoperatorios a los datos clínicos preoperatorios pueden reducir importante-mente o eliminar el riesgo de litiasis no sospechada. (I).

Ferris y Weber en 1956 comunicaron que el uso de este exámen en una serie de 185 pacientes sometidos a colecistectomía simple reveló litiasis coledociana en 7 enfermos que no

hubiesen sido sometidos a exploración de no haberse practicado la colangiografía. 7 (2).

Hutchinson y Blake en 1957 informaron que antes de emplear la colangiografía exploraban el colédoco en el 65% de los pacientes durante la colecistectomía, pero que solo detectaban litiasis coledocal en un 25%. tras incorporar la colangiografía a su práctica, operaron a 192 pacientes por litiasis biliar en un período de 4 años y exploraron el colédoco sólo en 56 de ellos (29%), en 37 (66%) de los cuales existía litiasis coledociana.

Mc Evedy en 1970 registró una tasa de exploración quirúrgica del 22% en 150 pacientes y halló litiasis en 73% de los coledocos explorados; en un 3.3% descubrió cálculos insospechados que habrían pasado inadvertidos basándose en criterios puramente clínicos. (2)

Havard en 1970 estudió 300 pacientes, exploró el colédoco en el 20% de éstos y obtuvo un 91% de resultados positivos. (2).

Burnett y Bolton en 1972 exploraron el colédoco de un 20% de 216 pacientes y detectaron cálculos en el 82% de los examinados, además, observaron que la colangiografía transoperatoria tuvo valor positivo en 38 pacientes (17%).

de éstos, 27 se ahorraron una coledocotomía innecesaria y II (5%) presentaron cálculos insospechados: (2)

Kakos y cols. en 1972 estudiaron 3012 pacientes durante un período de 20 años y observaron que con el uso creciente de la colangiografía transoperatoria la tasa de coledocotomía descendió desde el 41% durante los primeros 5 años hasta el 25% durante los 5 últimos, y que la tasa de exploraciones positivas aumentó en los mismos períodos desde el 25% hasta el 62%. También detectaron cálculos coledocianos en un 4% de los pacientes en los que no existía sospecha clínica y observaron que no se podía atribuir a la técnica empleada ninguna morbilidad ni mortalidad definidas. (2)

Saltztein y col. en 1973 llevaron a cabo colangiografías a través del cístico en 423 pacientes sometidos a colecistectomía; 79 de éstos tenían evidencias clínicas que hubieran llevado a exploración del colédoco, pero 39 tenían una colangiografía normal, obviándose la exploración del colédoco en 50% de éstos casos. en 8 pacientes sin evidencias clínicas sugestivas para una exploración se hallaron cálculos en la colangiografía. (2,3)

Faris y col. En 1975 demostraron un beneficio positivo en la colangiografía preeexploradora en el 19% de sus 400 pacientes consecutivos.

Si se hubieran usado solo criterios clínicos y quirúrgicos en 16 pacientes (4%), se hubieran pasado por alto cálculos coledocianos y en 48 pacientes (15%) se hubieran efectuado exploraciones innecesarias del colédoco.

Sobre la base de las evidencias colangiográficas, se exploró el colédoco en el 27% de los pacientes y se hallaron cálculos en el 71% de éstos. (2,3).

Rashmae Chardavoyne en 1987 refiere que la exploración del conducto biliar común, se realiza en un 10-15% de todas las colecistectomías. La incidencia de litiasis del conducto biliar común insospechada varía de un 4-10%, aún en ausencia de las indicaciones clínicas absolutas y relativas para explorar la vía biliar.

El uso rutinario de la colangiografía transoperatoria permite una reducción del 50% en el número de exploraciones de la vía biliar. (4,3,2).

Robert Gregg en 1988 compara la utilización de la colangiografía de rutina y la colangiografía selectiva. Rolfsmeyer valora el empleo de la colangiografía transoperatoria refiriendo no presentar dificultades en su realización. (20).

En 1989 Michael Pasquale comenta que la colangiografía operatoria de rutina se propone como un procedimiento efectivo, y relativamente inocuo para el diagnóstico de litiasis del conducto biliar común y anomalías del mismo. (6,3,2)

Andrew Fenton y cols. en 1989; refiere que la colangiografía desde su introducción substancial de las exploraciones del colédoco innecesarias disminuyendo la morbilidad y la mortalidad.

La colangiografía transcística transoperatoria durante la colecistectomía electiva ha sido analizada por muchos estudios recientes. Pocos autores han examinado la utilidad de la colangiografía transoperatoria para la colecistitis aguda. (7,4,3,2)

En 1989 Greg Van Stiegman y col. refieren que la colecistectomía, la colangiografía transoperatoria y la exploración del conducto biliar común es el tratamiento estándar para pacientes con colelitiasis sintomática, en quienes presentaron litiasis del conducto biliar común. Posteriormente el autor comenta sobre la colangiografía retrograda endoscópica en pacientes de alto riesgo. (8).

Harry Bogokowsky menciona que el empleo de la colangiografía transoperatoria como rutina es tomada como algo

obligatorio para algunos cirujanos. (9).

El colédoco se solía explorar con extraordinaria frecuencia porque no se contaba con la colangiografía y porque la colecistectomía se hacía en un segundo tiempo operatorio. Por lo tanto, la incidencia de pacientes sometidos a exploración del colédoco, además de colecistectomía, ha disminuido desde el 45% en 1974 hasta el 9% en la actualidad.

Los criterios originales para explorar el colédoco eran cálculos palpables dilatación coledociana, antecedentes de ictericia o de fosfatasa alcalina alta, pancreatitis o múltiples cálculos pequeños. En la actualidad a estos criterios se les considera indicación para realizar la colangiografía intraoperatoria porque muchos autores opinan que la detección de sólo el 4% de los cálculos retenidos con esta técnica no justifica que se haga como procedimiento de rutina. S

Sin embargo Nyhus discrepa con este punto de vista y prefiere hacer una colangiografía sistemática porque en la actualidad la incidencia de cálculos retenidos se acercaría más de 8 al 10% que del 3 al 4% que se ve en la mayoría de los hospitales.

Además de comprobarse que con la colangiografía se detectan varios estados patológicos, como deformidades de los conduc-

tos biliares encima y debajo del conducto cístico por tumores, procesos inflamatorios y malformaciones congénitas. (10)

Para evitar las exploraciones negativas del colédoco se ha utilizado un colangiograma transoperatorio con el cateter insertado en el conducto cístico. Este estudio demostrará el calibre del conducto, y un diámetro mayor de 12 mm deberá considerarse como patológico. La técnica también indicará la presencia o ausencia de defectos de llenado, en cuyo caso deberán diferenciarse las burbujas de aire dentro del sistema de conductos antes de aplicar el diagnóstico de colédoecolitis. Con esta técnica, la frecuencia de exploraciones concomitantes del colédoco ha disminuido de 65 a 29%, en tanto que la frecuencia de exploración positiva ha aumentado de 23 a 66%. (II,10,3,2).

Sabiston refiere que la colangiografía operatoria ha reducido el número de pacientes que se someten a coledocotomía, de 41 a 25%, y ha aumentado grandemente el número de exploraciones positivas, de 28 a 62%, además, ha confirmado la presencia de cálculos en colédoco en 4 a 5% de los pacientes en que no se sospechaba su presencia. Se sabe que aproximadamente la mitad de los pacientes en los que hay indicación clínica preoperatoria para exploración del colédoco, habrá colangiogramas normales y por lo tanto, puede dejar de hacerseles la exploración. (I,2,II,10,3,2).

Caroli en 1946 propuso un aparato consistente en un manómetro conectado con un frasco de Marriott y montado en una corredera, que contiene un material radio opaco y se puede ajustar a un determinado nivel sobre el colédoco. El frasco de Marriott se eleva gradualmente hasta que se produce un burbujeo continuo en su interior, indicando flujo hacia el duodeno; esto corresponde a la presión de apertura del esfínter de Oddi.

También se puede seguir la entrada de material patioopaco con un intensificador de imágenes para demostrar el sitio donde ocurre el flujo hacia el duodeno.

Con este aparato se detectaron múltiples cálculos coledocianos pequeños que ni siquiera se pudieron descubrir retrospectivamente en los colangiogramas operatorios. Se considera que toda presión de apertura del esfínter de Oddi mayor de 16 cms de agua significa obstrucción.

Los resultados de las mediciones del flujo y presión que da este aparato son tan similares a los que se obtienen con la calangiografía operatoria, y que este método se le podría emplear como rutina para seleccionar pacientes que tienen un cálculo en el extremo distal del colédoco, a los efectos de hacerles una colangiografía si la presión es alta y el flujo es demasiado lento. (10,2).

La manometría Operatoria combinada con colangiografía se basa en que los cálculos alojados en el extremo distal del colédoco y el espasmo o estenosis de la unión coledocoduodenal obstruye en parte el tracto de salida coledociano, acrecentando así la presión intrabiliar y reduciendo el flujo de bilis en toda esta área. (13,10). Este procedimiento, que a menudo combina la medición de la presión de las vías biliares (Normal 12+3 cms de agua). y circulación de una solución introducida (normal 23+7 ml/min.) se utiliza ampliamente en Europa pero poco en Norteamérica.

Los que proponen este método sugieren que los 5 minutos adicionales del tiempo quirúrgico aumentan los diagnósticos de anomalías en el colédoco, cálculos en el extremo distal del conducto, y en particular, cambios orgánicos en el esfínter que producen alteraciones funcionales. (II,14).

Sleisenger y cols. mencionan que la presión normal en el colédoco es de 10 a 15 cms de agua y en casos de obstrucción completa puede elevarse hasta 25-40 cms de agua, mencionando que cuando la presión excede a los 15 cms de agua el flujo biliar disminuye y al alcanzar los 30 cms de agua cesa el flujo biliar. (15,16,17,18).

Julio Ponce y cols. en Marzo del 89 comentaron que la presión basal del esfínter de Oddi fué de 8 ± 5 mmHg.

y las ondas de contracción fásica tuvieron una amplitud de 94 ± 45 mmHg. y una frecuencia de 4 ± 2 mim. El parámetro que mejor diferencio a los pacientes con sospecha de disfunción de sujetos control fue el incremento en la presión basal esfíntérica. Muchas causas de alteraciones motoras en pacientes con disfunción del esfínter de Oddi dañan el llenado diastólico con problemas adicionales en el paso de la bilis. (19).

JUSTIFICACION

Debido a la alta incidencia en la actualidad de la patología biliar documentada ya con anterioridad y revisando estadísticas actuales en las cuales se reporta que es un padecimiento que se presenta con alta frecuencia y considerando que es una de las intervenciones quirúrgicas más realizadas y presetandose día a día con más frecuencia se considera necesario utilizar medidas transoperatorias para el rango que se encuentra reportado del 4 al 10% de obstrucción residual, lo que nos hace pensar en emplear medidas transoperatorias que traten de modificar dicho rango; por lo que se debe establecerse como rutina el empleo de la colangiografía asociado con la monometría transcística transoperatoria; además de que no se eleva con importancia el tiempo quirúrgico y si ver las ventajas y los beneficios obtenidos ya que se evitan nuevas intervenciones quirúrgicas y/o de endoscopia y radiología intervencionista, obteniendo más éxito en la realización de operaciones del árbol Biliar.

OBJETIVOS GENERALES

Demostrar que utilizar la calangiografía y la manometría transcística transoperatoria, eleva la precisión del diagnóstico transoperatorio de obstrucción del árbol biliar, ya que presenta casi 100% de sensibilidad el empleo de ambas

técnicas; así como evitar dejar patología obstructiva, que conduciría a nuevas reintervenciones; además de ser técnicas simples y accesibles a cualquier cirujano, de relativo bajo costo y que no eleva el tiempo quirúrgico ni la morbi-mortalidad transoperatoria.

OBJETIVOS INTERMEDIOS

- La asociación de la colangiografía y la manometría transcístico transoperatoria dan casi un 100% de sensibilidad en la valoración del árbol biliar.

- Estos métodos reducen importantemente las exploraciones innecesarias del árbol biliar.

- El tiempo quirúrgico empleado en la aplicación de estas técnicas es de 15 minutos transoperatorios sin repercusiones ni elevación de la morbi-mortalidad transoperatoria.

- El mínimo costo requerido para la realización de estos Métodos Diagnósticos.

- La accesibilidad y facilidad en su realización.

- Implantar como rutina transoperatoria la realización de estas técnicas.

- Evitar intervenciones quirúrgicas posteriores.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en 25 pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General del Hospital General y de Urgencias Ruben leñero perteneciente a la Dirección General de servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, durante un período comprendido entre el I de Enero al 30 de Noviembre de 1990, quienes a su ingreso presentaron cuadro de: Colecistitis aguda, colecistitis crónica agudizada, colecistitis litiasica y alitiasica y coledocolitiasis, para colecistectomía programada.

CRITERIOS DE INCLUSION

A. Pacientes con Diagnóstico de colecistitis aguda, colecistitis crónica agudizada, colecistitis litiasica y alitiasica y coledocolitiasis.

B. Pacientes con Obstrucción del árbol biliar.

C. Pacientes con sospecha de pancreatitis por reflujo biliar.

CRITERIOS DE EXCLUSION

A. Pacientes con procesos malignos.

B. Pacientes con colecistectomía previa.

C. Pacientes con obstrucción residual.

D. Pacientes con procesos supurativos agudos del árbol biliar.

E. Pacientes que ingirieron derivados opiáceos.

F. Pacientes sometidos previamente a cirugía del árbol biliar.

Los datos de los pacientes investigados se recolectaron en hojas especiales las cuales incluyeron:

Sexo, edad, cuadro clínico, estudios de laboratorio y gabinete, días de estancia hospitalaria y evolución.

De los 25 pacientes estudiados, 24 fueron femeninos (96%). y un masculino (4%). Gráfica I.

Las edades de los pacientes varió entre los 18 y 70 años con una \bar{x} = 44 años con mayor incidencia entre la tercera y cuarta década como demuestra la gráfica 2.

Dentro del cuadro clínico, el dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho con irradiación a la región

interescapulovertebral, fué el síntoma más frecuente presentándose en los 25 pacientes (100%)., siguiendole en frecuencia las nauseas y el vómito de contenido gastrobiliares con 88% en 15 pacientes se encontró intolerancia a los alimentos colecistoquineticos (60%), la ictericia se presentó en 6 pacientes (24%), la acolia y la coluria en 5 (20%), 5 refirieron escalos frios (20%), la fiebre se encontró en 2 pacientes siendo está de 38 y 38.5 oC respectivamente (8%), se presentaron 2 casos de diarrea (8%). la pirosis y regurgitación en dos pacientes (8%), se encontró masa palpable en un caso (4%), una paciente curso con un embarazo de 26 semanas el momento de su exploración. cuadro I

A la totalidad de los pacientes se les realizaron estudios de laboratorios y gabinete; presentandose 8 pacientes con leucocitosis desde 10, 700 hasta 16, 600 con una $\bar{X}=12,300$; se reportaron cifras de amilasa en tres casos que comprendía desde 400 hasta 880 u/lt con una $\bar{X}=610$ u/lt, y, en 4 pacientes se encontraron cifras elevadas de bilirrubina directa desde 1.2 hasta 2.2 con una $\bar{X}=1.8$.

En la valoración clínica se solicitaron radiografías de torax y abdomen, las cuales a su interpretación demostraron en un solo caso de la teleradiografía de torax cardiomegalia grado III: las radiografías simples de abdomen revelaron en dos casos, ASA centinela y niveles hidroaereos. A los 25 pa-

cientes se les realizó USG de hígado y vías biliares, reportando en 4 casos lodo biliar, y en dos pacientes se reportaron normales en los 19 restantes se demostró litiasis vesicular, se tomaron 20 colecistografías únicamente de las cuales en 10 se demostró litiasis vesicular y en el resto no se encontró patología.

A los 25 pacientes se les realizó manometría y colangiografía transcística transoperatoria, con los resultados demostrados en el cuadro 2.

Los pacientes presentaron una estancia hospitalaria que abarcaba desde 2 días como permanencia mínima hasta 19 días como permanencia máxima, con una $\bar{x}=6.7$ días. Gráfica 3.

A los 25 pacientes se les realizó colecistectomía con las técnicas habituales.

Se preserva el muñón del cístico 1 cm, colocando dos riendas de seda del 00 lateralmente, para mejor manejo, se procedió a introducir sonda de alimentación de 8 f. transcística hacia el colédoco, se fijó con lazada de seda del 00 para evitar su desinsertación o su introducción en más de lo deseado, se conectó un manómetro ya preparado previamente con una llave de 3 vías con la escala de cristal de 30 cms

llena con solución y conectada a frasco de solución; se purgó la sonda para evitar burbujas de aire que alteraran el estudio, ya hecho esto, se abrió la llave hacia la sonda de alimentación y se observó el descenso en la columna de cristal hasta marcar una presión constante, que se consideró como presión de apertura del esfínter de Oddi, tomando como presión normal hasta 15 cms de agua.

Posteriormente se desconectó la sonda de alimentación del manómetro y se procedió a realizar colangiografía transcística: para ello se preparó jeringa con 16 cms de material radiopaco hidrosoluble, se volvió a pulsar la sonda de alimentación para evitar falsas imágenes ocasionadas por burbujas de aire y ya hecho esto se introdujeron 6 cms del material radioopaco hidrosoluble y al momento de la introducción del material se tomó la primer impresión radiológica, para posteriormente introducir 10 cms del material y tomar la segunda impresión. Se valoraron los parámetros de la manometría y la colangiografía y de acuerdo a los resultados se decidió si se explorara la vía biliar o no.

De no explorarse la vía biliar se procedió a retirar la sonda de alimentación y las riendas colocadas con anterioridad para enseguida cerrar el muñon del cístico con los medios habituales. De explorarse la vía biliar se realizó coledocostomía y la técnica quirúrgica que se requirió según el caso.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos del presente estudio fué de acuerdo a los parámetros valorados.

De los 25 pacientes del estudio a los cuales se les realizó manometría y colangiografía transcística transoperatoria, se encontró que 7 de ellos había alteraciones tanto a la manometría como a la colangiografía, como se describe a continuación:

Pacientes

I	20 cms de agua.
2	20 cms de agua
3	20 cms de agua
4	18 cms de agua
5	18 cms de agua
6	16 cms de agua.
7	20 cms de agua.

Los 7 pacientes presentaron a la colangiografía imágenes de obstrucción del árbol biliar distal, por lo que se les realizó coledocostomía, encontrando en 6 casos múltiples litos, y en un paciente, fibrosis de la papila de Oddi, la cual fué comprobada por estudio histopatológico.

Fué necesario efectuar en 3 casos duodenostomía con esfinteroplastia por haberse encontrado litos enclavados a nivel de la ampula de vater. en un caso que se realizó duodenostomía y esfinterotomía.

A los 7 pacientes se les colocó sonda en T.

2 pacientes cursaron con pancreatitis uno edematosa y el otro necrotico-hemorrágica, falleciendo este último a los 18 días de posoperado.

A los 6 pacientes restantes se les realizó colangiografía trans-sonda no presentando alteraciones en el flujo del material de contraste hidrosoluble, egresándose entre el 9 y 15 avo. día de posoperatorio; con una $\bar{X}=11.8$ días de estancia hospitalaria, estos pacientes presentaron seguimiento durante 6 meses encontrándose asintomaticos al momento de concluir este estudio.

la morbilidad encontrada en los pacientes estudiados fué de 2 casos que representa un 28%, y una mortalidad de 4%: Gráfica 4,5.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los pacientes del estudio fueron valorados preoperatoriamente tanto por clínica como por estudios de laboratorio y gabinete para posteriormente llevarlos a cirugía.

Dentro de la valoración por laboratorio se encontraron 8 pacientes que cursaron con leucocitosis la cual oscilaba entre 10,700 hasta 16,600 con una $\bar{X}=12,300$, se reportaron cifras de amilasa elevada en 3 casos que comprendía entre 400 y 880 u/lt con una $\bar{X}=610$ u/lt y en 4 pacientes se reportaron cifras de bilirrubina directa de 1.2 hasta 2.2 mg/dl. con una $\bar{X}=1.8$ mg/dl.

Se les realizó USG de hígado y vías biliares encontrando en 17 casos litiasis vesicular en 5 pacientes se reportó lodo biliar y en 3 casos el reporte fue normal, en este estudio en ningún paciente se demostró o reporte patología obstructiva del árbol biliar.

La colecistografía oral se realizó en 20 pacientes, de los cuales únicamente en 10 se reportó litiasis vesicular.

En 3 pacientes no se encontraron tanto por clínica como por estudios de laboratorio y gabinete datos que sugirieran patología obstructiva, y que en el trasoperatorio no se

revelaron litos y obstrucción a la palpación del árbol biliar, presentándose en 2 de ellos coledocolitiasis y en el tercero fibrosis de la papila de Oddi.

Por lo anterior se concluye:

A. Que la asociación de la manometría y la colangiografía transcística transoperatoria poseen un alto grado de sensibilidad y efectividad en el diagnóstico de patología obstructiva del árbol biliar distal.

B. la realización de ambas técnicas es simple y sencilla.

C. Son de bajo costo.

D. No elevan la morbi-mortalidad transoperatoria.

E. Dada su alta sensibilidad y efectividad evitan exploraciones innecesarias.

F. No requieren material sofisticado.

G. Están al alcance de cualquier cirujano

H. Reducen como consecuencia los días de estancia hospitalaria.

CUADRO I

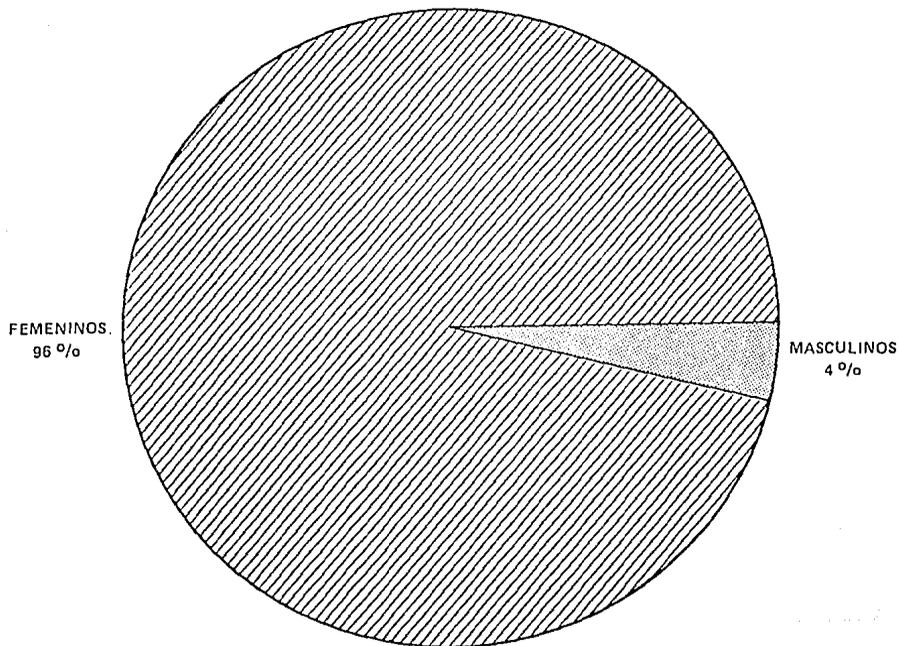
SIGNOS

SINTOMAS	# DE PACIENTES	%
Dolor en epigastrio e Hipocondrio der.	25	100
Nauseas y vómito	22	88
Int. a Colecistoqui- neticos.	15	60
Ictericia.	6	24
Acolia y coluria.	5	20
Escalofrios.	5	20
Fiebre.	2	8
Diarrea.	2	8
Pirosis y Regurgitación	2	8
Masa palpable en hipoc. Der.	1	4

CUADRO # 2

# Pacientes.	Manometría.	Colangiografía
1	8 Cms de agua.	Normal
2	6 Cms de agua.	Normal
3	10 Cms de agua.	Normal
4	6 Cms de agua.	Normal
5	8 Cms de agua.	Normal
6	7 Cms de agua.	Normal
7	9 Cms de agua.	Normal
8	6 Cms de agua.	Normal
9	20 Cms de agua.	Coledocolitiasis
10	9 Cms de agua.	Normal
11	7 Cms de agua.	Normal
12	20 Cms de agua.	Coledocolitiasis
13	9 Cms de agua.	Normal
14	9 Cms de agua.	Normal
15	20 Cms de agua.	Fibrosis Pap. Oddi.
16	18 Cms de agua.	Coledocolitiasis
17	9 Cms de agua.	Normal
18	11 Cms de agua.	Normal
19	16 Cms de agua.	Coledocolitiasis
20	7 Cms de agua.	Normal
21	18 Cms de agua.	Coledocolitiasis
22	9 Cms de agua.	Normal
23	12 Cms de agua.	Normal
24	10 Cms de agua.	Normal
25	20 Cms de agua.	Coledocolitiasis

GRAFICA No. 1



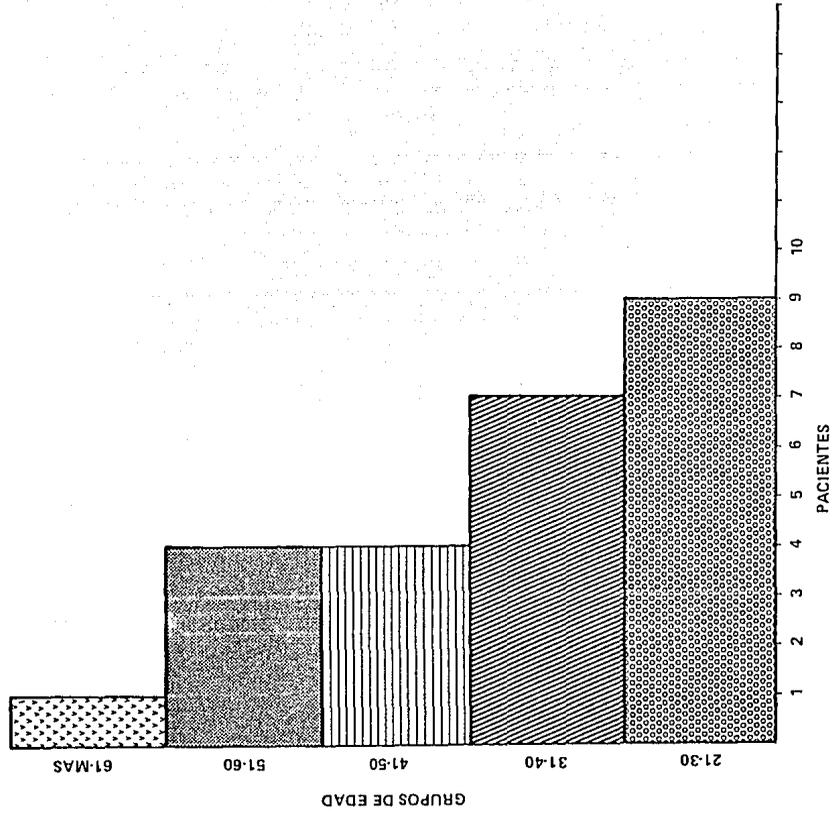
FEMENINOS 96 %



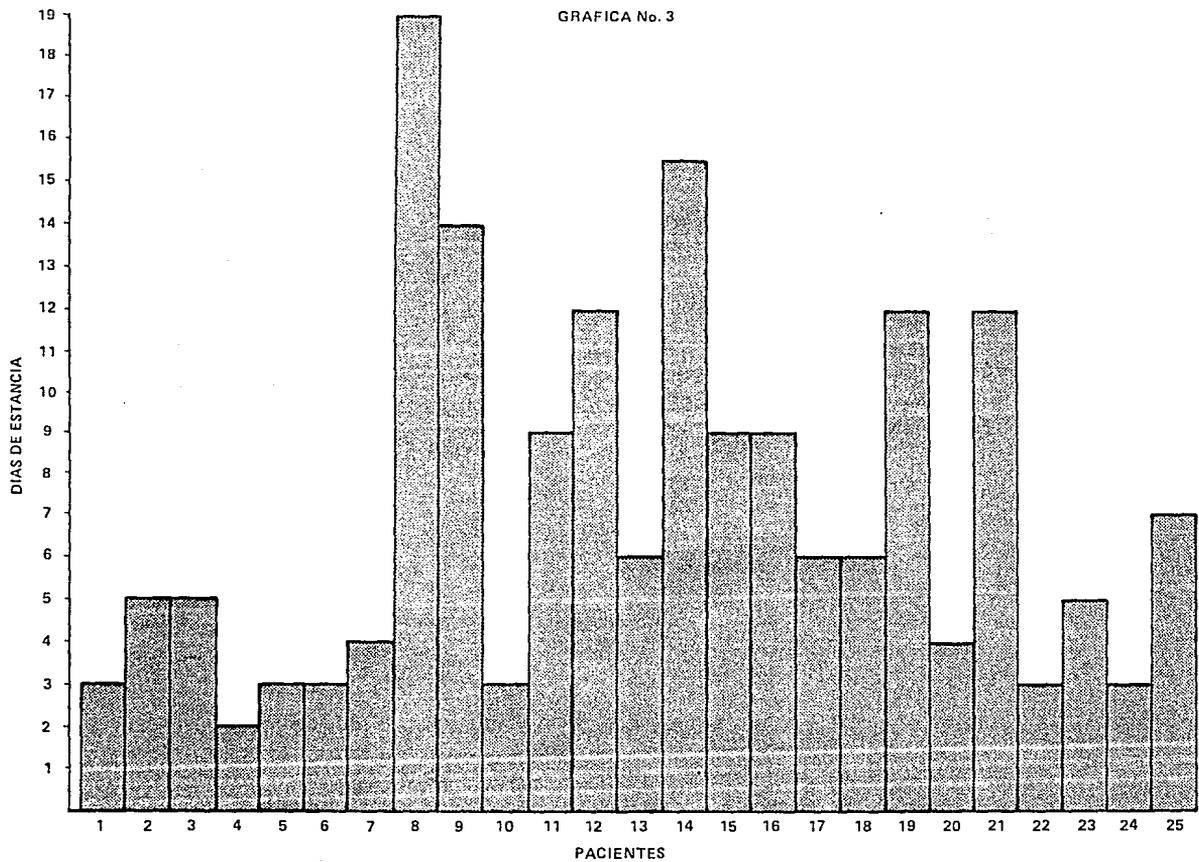
MASCULINOS 4 %



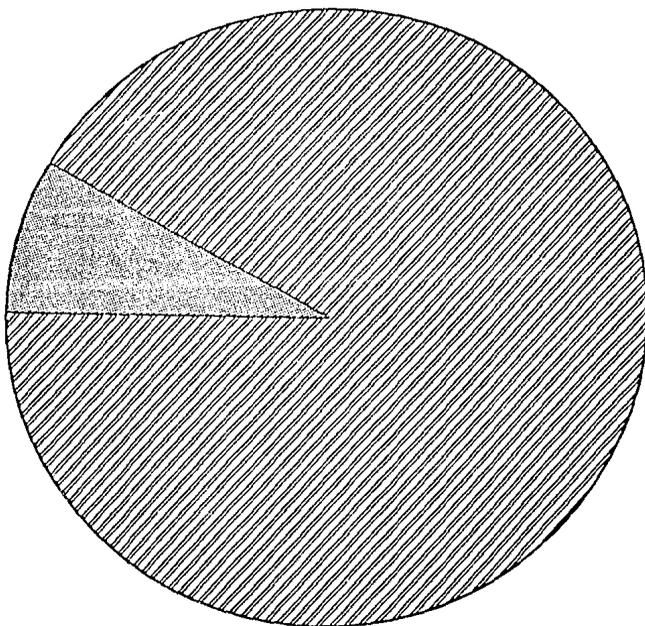
GRAFICA No. 2
INCIDENCIA POR GRUPOS DE EDAD



GRAFICA No. 3



GRAFICA No. 4



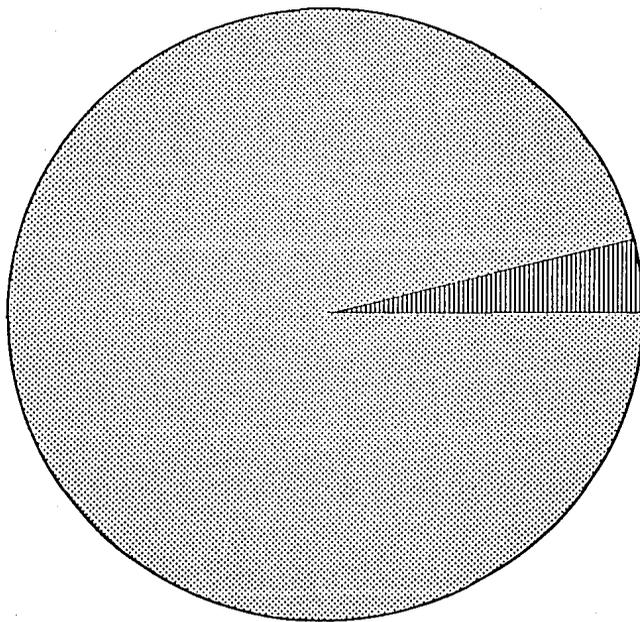
PACIENTES NO COMPLICADOS 92 %



PACIENTES COMPLICADOS 8 %



GRAFICA No. 5



PACIENTES FALLECIDOS 4 %



PACIENTES VIVOS 96 %



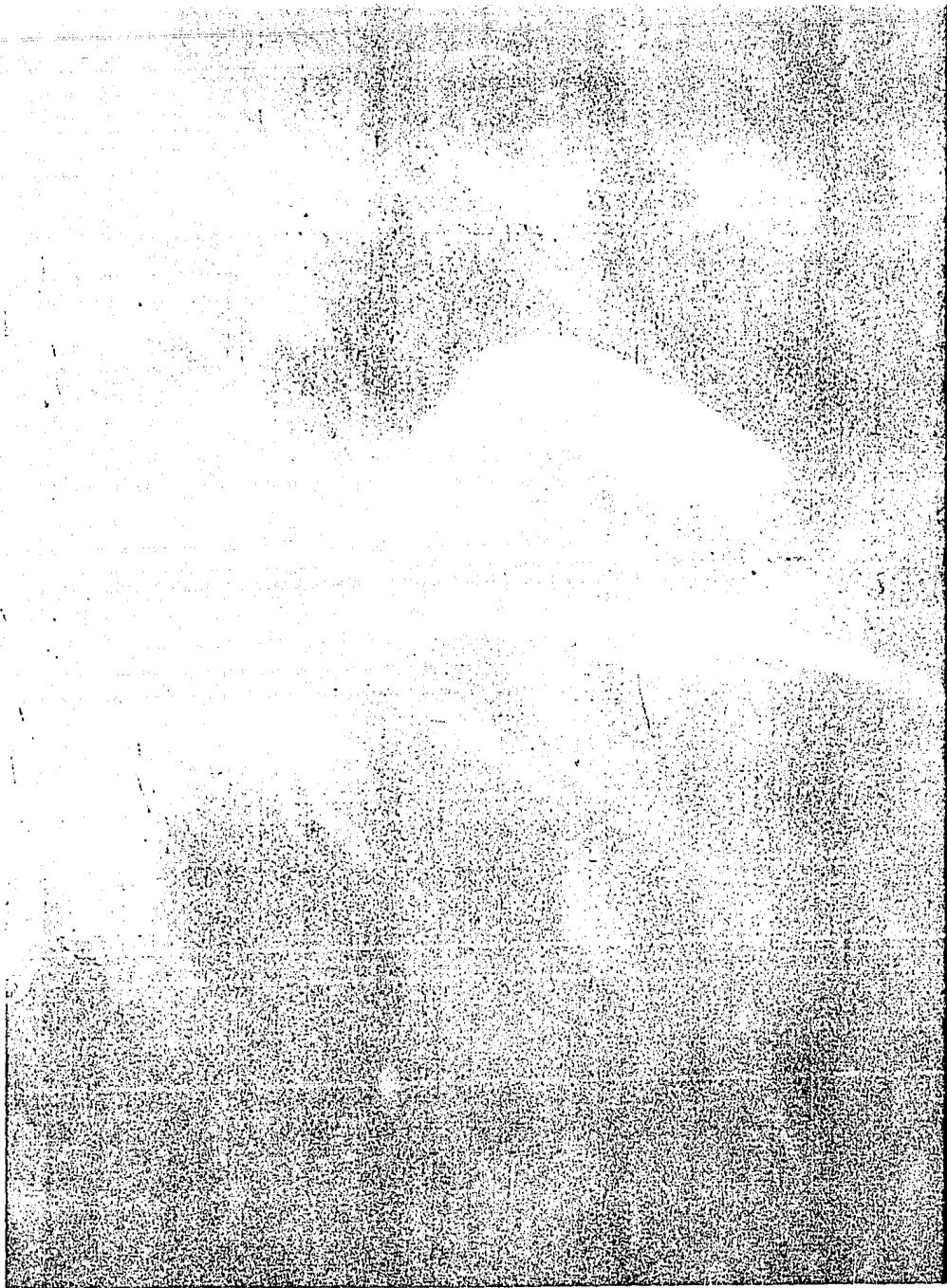
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

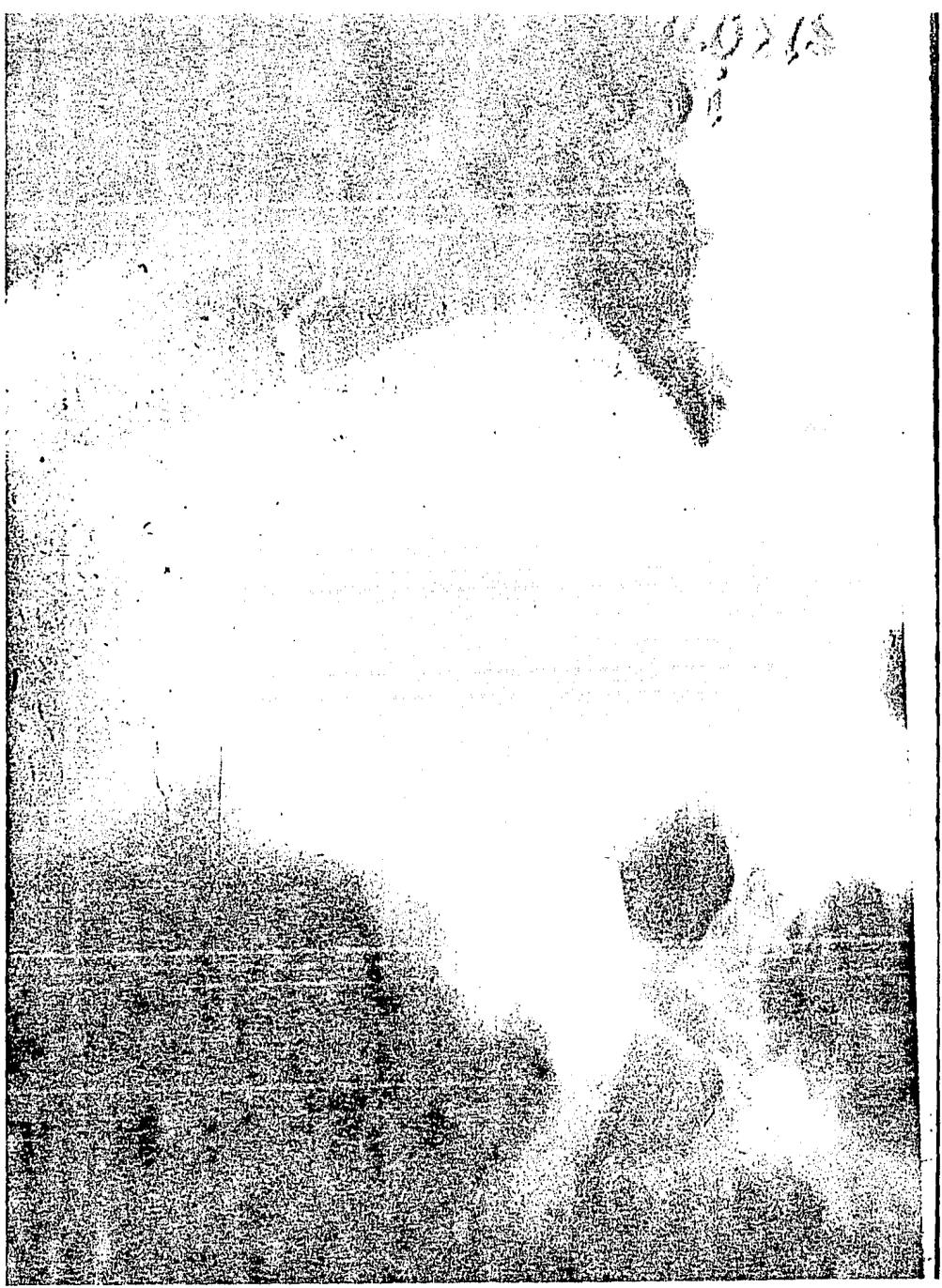
1. Mansberger MD. J.B. Davis MD et al. Selective Intraoperative Cholangiography. Vol. 54 Págs. 31-33 January 1988 American Surgeon.
2. Lord Smith of Marlow; Dame Sheila Sherlock. Cirugía de la Vesícula y Vías biliares. Págs. 160-161; 280-293; 331. Editorial Salvat 1985.
3. Schwartz-Ellis; Maingot. Operaciones Abdominales. Págs. 1798-1802; 1823-1829. Editorial Panamericana 1986.
4. Rashmae Cahdavoynne MD. Sheila Kumari et al. Comparison of intraoperative ultrasonography and cholangiography in detection of small common bile duct stones. Vol. 206 # I Págs. 53-55 July 1987. Ann. Surg.
5. Robert O. Gregg MD Et al. The case for selective cholangiography. Vol. 155 Págs. 540-544 Am. J. Surg. April 1988.
6. Michael D. Pasquale MD. Russell. J. Nauta MD. Selective VS Routine use of intraoperative Cholangiography. Vol. 124 Págs. 1041-1042 Arch. Surg. Sept. 1989.
7. Andrew H. Fenton. D.P. Guyton et val. The utility of Intraoperative cholangiography with acute cholecystitis Vol. 55 Págs. 392-394 American Surgeon June 1989.
8. Greg Van Stiegmann MD. Nathan W. Pearlman et al. Endoscopic Cholangiography and stone removal prior to Cholecystectomy. Vol. 124 Págs. 787-790 Arch. Surg. July 1989.

9. Harry Bogokowsky et al. Selective Operative Cholangiography Vol. 164 Págs. 124-126. Surg. Gynecol. Feb. 1987.
10. Nyhus-Baker. El dominio de la Cirugía-Mastery of Surgery. Págs. 891-892 1986; editorial. Panamericana 1986.
11. Shwartz, Shires, Spencer, Storer. Principios de Cirugía. Págs. 1314; 1318-1319. Editorial. Mc Graw Hill 1987.
12. Davis-Christopher-Sabinston. Tratado de patología Quirúrgica. Págs. 1221; 1250. Editorial. Interamericana 1981.
13. White T.T. Torrance B. Rimmer y et al. 1% incidence of recurrent gallstones 6-B years after manometric cholangiography. Vol. 188: 562 m Ann Surg. 1979.
14. White T.T. Waisman H. Hopton et al. Radiomanometría flow rates and cholangiography in the evaluation of common bile duct disease. 123:73 Am J. Surg. 1972.
15. Marvin H. Sleisenger. Enfermedades gastrointestinales. Tomo 2 tercera edición 1985.
16. Janson G. and Sundman et al. Bile and dry matter output at elevated liver secretion pressure. Págs. 128:153 Act. Chir. Scand. 1964.
17. Strasberg S.M. Small DM. and. Egdahl RH. The effect of biliary tract pressure on bile flow biles salt secretion and bile salt synthesis in the primate. 70:140 Surgery 1971.

18. Strasberg. SM. Dom B.C. Redinger BN. Effect of alteration of biliary pressure on bile composition a method for study primate biliary physiology. 61:357 Gastroenterology 1971.
19. Julio Ponce MD. Vicente Garrigues et al. Endoscopic biliary manometry in patient wiht suspected sphincter of Oddi dysfunction on in patient with cystic dilatation of the biles ducts. Vol. 34 # 3 Págs. 367-371 Digestive Disease and Sciences. March 1989.







1000912

