

11209
101
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL REGIONAL 1° DE OCTUBRE

I.S.S.S.T.E.

LAS DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS
¿ SON REALMENTE DE UTILIDAD ?

TESIS RECEPCIONAL
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANO GENERAL
PRESENTA :
MARÍA DE LOURDES RAMÍREZ RAMÍREZ.

MÉXICO, D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



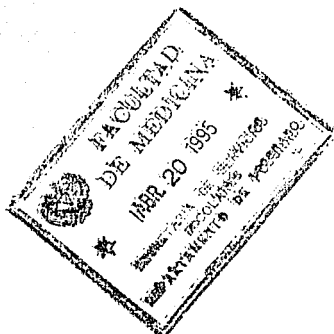
UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

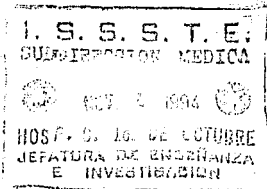
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

Vo Bo. R. Oropeza
Dr. Ramón Oropeza Martínez.
Prof. Titular del curso de Cirugía General.
Jefe del servicio.
Hosp. Reg. 1° de Octubre
I.S.S.S.T.E.



Vo Bo. H. Olivera
Dr. Horacio Olivera Hernández.
Médico Adscrito del servicio de Cirugía General.
Asesor de Tesis.
Hops. Reg. 1° de Octubre
I.S.S.S.T.E.

Vo Bo. H. Olivera
Dr. Horacio Olivera Hernández.
Jefe de Enseñanza e Investigación.
Hosp. Reg. 1° de Octubre
I.S.S.S.T.E.



"JURO POR APOLO.....Reconocer al que me enseñó este arte tan querido como mis padres.....Impartiré el conocimiento del arte a mis hijos.....No suministraré medicina mortal alguna a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré tal consejo.....en las casas donde dentre, lo haré para beneficio del enfermo y me abstendré de practicar voluntariamente acto alguno de maldad."

A mis Padres (Miguel y María)
A quienes la ilusión de su existencia
a sido verme convertida en persona
de provecho, a quienes nunca podré
pagar todos sus desvelos ni con todas
las riquezas más grandes del mundo.
GRACIAS POR SER COMO SON.

A mis Hermanos (Imelda, Araceli, Gerardo)
Por todo el apoyo y palabras de aliento, siendo
uno de mis grandes incentivos a continuar.
GRACIAS POR TODO .

A mi Tía Tére
Aunque ya no estés entre nosotros
siempre te recordaré
Con todo mi cariño.

A mis Amigas (Teté, Marby, Pilar, Bety, Carmen)
Gracias por honrarme con su amistad.
(En especial a Teté por su gran ayuda en la reali_
zación de este trabajo, sin el cuál no hubiera sido
posible).

A la Dra. Patricia Grajeda
Con agradecimiento y cariño
por sus enseñanzas y amistad.

Al Dr. Horacio Olivera Hernández
Agradeciendo infinitamente sus enseñanzas,
paciencia y ayuda para la realización de este
trabajo. CON TODO MI RESPETO Y CARIÑO.

A todos mis Maestros del Hospital Reg. 1º de Octubre
por sus enseñanzas, GRACIAS.

A MI " ALMA MATER: Universidad Nacional Autónoma de México".

INDICE

RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
MATERIAL Y MÉTODOS.....	5
RESULTADOS.....	8
DISCUSIÓN.....	10
CONCLUSIONES.....	12
BIBLIOGRAFÍA.....	13

RESUMEN

Estudio retrospectivo, realizado en el Hospital Regional 1º de Octubre del I.S.S.S.T.E., durante un período comprendido de Enero de 1989 a Enero de 1994. Se tomaron en cuenta un total de 24 pacientes sometidos a derivación biliodigestiva de un total de 38 pacientes, 10 del sexo masculino y 14 del sexo femenino, en un rango de edad de 16 a 82 años de edad, con media de 48.5 años de edad; incluyéndose a pacientes mayores de 15 años de edad, con lesiones de la vía biliar de tipo maligno y/o benigno. Fueron excluidos los pacientes en edades pediátricas; así como también los pacientes con padecimientos congénitos (agenesia de la vía biliar), pacientes con múltiples cirugías las cuales interfirieran en la adecuada funcionalidad de la derivación, y pacientes con colocación de endoprótesis.

Las variantes del estudio comprendieron los días de estancia intrahospitalaria, diagnóstico de ingreso y motivo por el cuál se les realizó la derivación biliodigestiva, tipo de cirugía realizada, sintomatología clínica previa a la cirugía y posterior a la cirugía, medición de pruebas de funcionamiento hepático, así como la morbi-mortalidad del padecimiento.

En base a la investigación realizada observamos que el promedio de estancia intrahospitalaria fué de 37.5 días, con predominio de lesiones de la vía biliar postcolecistectomía y en menor grado las secundarias a coledocolitiasis con exploración de la vía biliar. La sintomatología clínica predominante fué: pérdida de peso, dolor tipo cólico y ataque al estado general. Se confirmó que posterior a la cirugía(derivación biliodigestiva) existió una disminución importante de la sintomatología antes mencionada.

Los tipos de derivaciones biliodigestivas realizadas en el estudio fueron: coledocoduodenoanastomosis,hepatoyeyunoanastomosis,y coledoco - yeyuno - anastomosis, obteniendo mejores resultados con la coledocoduodenoanastomosis que con los otros dos grupos.

Las complicaciones encontradas fueron: tempranas (pulmonares, infección de las vías urinarias y sobrecarga de volumen) ; tardías (la más importante fué la cirrosis biliar, insuficiencia hepática y falla orgánica múltiple). La mortalidad fue secundaria a complicaciones médicas y no quirúrgicas.

Se demuestra que las derivaciones biliodigestivas son de gran utilidad en padecimientos neoplásicos avanzados de vesícula, vía biliar y páncreas, de lesiones iatrogénicas en dichas regiones anatómicas y sobre todo en pacientes entre la 6 y 7 ª década de la vida.

SUMMARY

Retrospective study carried out in the Regional Hospital 1° of October ISSSTE institution, in a period from January 1989 to January 1994, with a total of 24 patients submitted to a biliodigestive derivation from a total of 38 patients, 10 male and 14 female in an age ranking of 16 to 82 years old, with media of 48.5 years old; including patients older than 15 years old with injuries in the biliary via of malignat and /or benignant style. The patients with pediatric ages were excluded, as well as patients with congenital sufferings, agenesy of the biliar via, patients with multiple surgeries which interfiere with the adecuate functionability of the derivation, and patients with location of endoprothesis.

In the study differences the stay days diagnostic admission and reason for which it was carried out the biliodigestive derivation, kind of surgery carried out, clinical symptomatology previous to surgery and subsequent to the surgery test measurement of hepatic functions as well as morbi-mortality of the suffer.

According to the research carried out, it was observed an average of Hospital staying was 37.5 days, on biliary postcholecystectomy predominated of choledocolithiasis, with exploration on biliary vias. The clinical symptomatology predominaling was loss of weight, pain like a colic and general attac. It was confirmed that subsequent to an a surgery (biliodigestive derivation) it was an important disminution of the symptomalogys mentioned above.

In regard with the several kind of biliodigestive derivations carried out in the research were: Choledocoduodenostomy, hepaticojejunostomy, choledoco - yeyunostomy.

The complication that were found were early: pulmonaries, urinary tract and overload of volume, late. (the most important was biliary cirrhotic, hepatic isufficiency and multiple organic failure the mortality was secondary as of medical complications and not surgeries.

It is show that the biliodigestive derivations are of usefulness on neoplastic advanced of vesicle suffering, biliary via and pancreas of iatrogenics injuries on such anatomic regions and above all on patients between that 6 th and 7 th life decade.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción al flujo de salida biliar desde el hígado es una situación potencialmente letal, tal obstrucción es ocasionada por diversas causas tanto malignas como benignas. Para la corrección de dicha patología existe como alternativa el procedimiento quirúrgico denominado derivación biliodigestiva.

Al abordar el tema sobre derivaciones biliodigestivas, nos enfrentamos con el problema de que es un tema con poca literatura, debido a que actualmente dicha cirugía se realiza con menor frecuencia, puesto que existen técnicas no quirúrgicas las cuales pueden utilizarse para derivar la vía biliar.

Existen diversas técnicas quirúrgicas para la realización de las derivaciones biliodigestivas, teniendo cuatro técnicas primarias:

- a) Coledocoduodenoanastomosis.
- b) Hepatoduodenoanastomosis.
- c) Coledocoyeyunoanastomosis.
- d) Hepatoyeyunoanastomosis.

Siendo realizado en omega de Brown o en Y de Roux.

En 1888 Riedel fué el primero en realizar una coledocoduodenostomía por cálculos en el colédoco; el paciente murió nueve horas después de la cirugía y en la necropsia halló una disrupción de la anastomosis. En 1890 Sprengel efectuó la primera duodenostomía con éxito, dando su nombre a tal procedimiento.(1) En 1913 Sesse informó la realización del procedimiento con coledocolitiasis.(2) En 1945 Alle reveló el primer caso de colangitis en pacientes a los que se les había sometido a coledocoduodenoanastomosis al tener estómas menores de 2.5 cm. (1,2,5)

Una vez evaluada la efectividad y utilidad de la coledocoduodenostomía, conllevó a nuevas formas de anastomosis biliodigestivas como las antes mencionadas.(3) Actualmente se cuenta con derivaciones biliodigestivas no quirúrgicas apoyadas por medio de endoscopia (papilotomía endoscópica). (4)

En la actualidad existen un sin fin de padecimientos en los cuales se encuentra indicado realizar una derivación biliodigestiva; tales como lesiones iatrogénicas de la vía biliar, estenosis, quistes de colédoco,coledocolitiasis, obstrucciones de origen maligno (cáncer de la cabeza de páncreas, carcinoma del ámpula de vater, de la encrucijada biliopancreática).(3,4,7,8)

En un estudio realizado por Davidoff, Murray y cols, en 1992; en el departamento de cirugía de la Universidad del Centro Médico de Duke en Durham en 11 pacientes con lesión de la vía biliar posterior a colecistectomía laparoscópica, teniendo como lesiones estricturas de la vía biliar por abuso de electrocautério, ligadura y corte del conducto hepático común y fugas del muñon

del cístico con presencia de colecciones y dilatación de la vía biliar. A diez de los once pacientes se les realizó como tratamiento definitivo hepatoyeyunostomía en Y de Roux, teniendo una evolución satisfactoria a largo plazo hasta en el 95% de los pacientes, no se refieren cuadros clínicos que revelen complicaciones hasta el momento.(6)

En diversas revisiones concluyen que la mortalidad varía del 1 al 8 %, la cuál ha disminuido conforme se han perfeccionado las técnicas quirúrgicas.(1,2,5,6,8)

Así mismo las complicaciones reportadas en series importantes como la informada por Madden, McSherry y Akiyama son cálculos residuales, colangitis, síndrome del sumidero y restos alimentarios en la anastomosis: siendo la más común la colangitis presentandose en un 0.9% de los casos. (7,9,10)

En la presente investigación, se tomarán en cuenta los principales tipos de derivaciones biliodigestivas con las variaciones omega de Brown y Y de Roux, cabe mencionar que uno de los objetivos del presente estudio es verificar el beneficio-riesgo de dichos procedimientos en padecimientos de origen benigno y/o maligno que lo amerite, así como la morbi-mortalidad de las derivaciones biliodigestivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO.

La presente investigación retrospectiva y longitudinal se llevó a cabo en el Hospital Regional 1º de Octubre del I.S.S.S.T.E., tomando la información de pacientes derechohabientes de la institución que acudieron al servicio de cirugía general con padecimientos de tipo obstructivo de la encrucijada pancreatocobiliar de origen benigno y/o maligno, los cuales se sometieron a derivación biliodigestiva en sus cuatro variedades quirúrgicas primarias :

- a) Coledocoduodenoanastomosis
- b) Coledocoyeyunoanastomosis
- c) Hepatoduodenoanastomosis
- d) Hepatoyeyunoanastomosis

En omega de Brown y Y de Roux.

Se tomaron en cuenta un total de 38 pacientes en un período de cinco años comprendido del 1º de Enero de 1989 al 1º de Enero de 1994. Dentro del estudio se eliminaron 14 pacientes debido a la depuración de expedientes por razones administrativas, por dejar de recibir los servicios del instituto, así como por abandono del estudio. Por lo tanto sólo se realizó esta investigación en 24 pacientes.

Se incluyeron pacientes mayores de 15 años del sexo masculino y femenino, con padecimiento obstructivo de la encrucijada pancreatocobiliar, y dilatación de la vía biliar mayor o igual a 2.5 cm y no menor de 1.5 cm .

Las variantes del estudio comprendieron:

A) Previos a la cirugía:

- a) edad en años.
- b) sexo.
- c) estado civil.
- d) estancia hospitalaria.
- e) diagnóstico de ingreso y motivo de la cirugía.
- f) procedimientos primarios o secundarios.
- g) estados previos de salud.
- h) sintomatología clínica.
- i) pruebas de función hepática (bilirrubinas, fosfatasa alcalina, y transaminasas: TGO, TGP).

B) Posteriores a la cirugía: Mismas variables y complicaciones tempranas y tardías.

Fueron excluidos los pacientes en edades pediátricas (menores de 15 años), pacientes sometidos a múltiples cirugías que intervengan en el adecuado funcionamiento de la derivación, así como en pacientes que se les haya colocado endoprótesis por vía endoscópica, y / o se les haya realizado cualquier drenaje de tipo endoscópico (esfinteroplastía).

TECNICA QUIRURGICA .

a)COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS:

Bajo anestesia general inhalatoria se procede a realizar incisión media supraumbilical realizandose diéresis por planos hasta abordar cavidad abdominal, se aísla el campo identificando la vía biliar y el segmento intestinal deseado. Debe movilizarse la segunda y tercera porción del duodeno y la cabeza del páncreas de modo de poder llevar el duodeno posbulbar hacia el hilio hepático. Esto asegura que no haya tensión sobre la anastomosis.

Se hace una coledocotomía longitudinal hasta el punto donde el colédoco se hace retroduodenal, asegurandose que la coledocotomía sea no menor de 2.5 cm de longitud. El duodeno se incide hacia su borde externo en dirección peristáltica. Esta incisión puede ser 2 a 3 mm más corta que la longitud de la coledocotomía; en este punto debe palpase cuidadosamente la ampolla para asegurar que no se está pasando por alto un tumor.

Se recomienda la sutura en un sólo plano con puntos separados con material absorbible (catgut crómico 3-0, déxon 3-0, vicril 3-0).

Se hace una anastomosis triangulada, los puntos de los ángulos se colocan inicialmente y se usan para tracción para alinear apropiadamente la anastomosis. Estos se pasan de afuera hacia adentro, luego de adentro hacia afuera, con los nudos atados afuera. Luego se coloca la hilera posterior de puntos, separados cada dos a tres milímetros, con los nudos atados en el interior de la luz. Como opción, puede colocarse un punto medio para ayudar a alinear. Los puntos en los ángulos se dejan largos y se usan para tracción al colocar la hilera anterior, no se intenta invertir la anastomosis.

Debe tenerse en cuenta que se utilizan dos técnicas quirúrgicas en caso de hepatoyeyunoanastomosis, asas desfuncionalizadas ya sea mediante la omega de Brown o la Y de Roux.

b) HEPATOEYUNOANASTOMOSIS:

El proceso quirúrgico se inicia de la misma manera que el procedimiento anteriormente citado.

Se elige una asa adecuada de yeyuno proximal (son 40 cm del asa fija), que permita que la serosa de ésta asa llegue al conducto biliar proximal aislado. Se hace una incisión de aproximadamente la mitad del diámetro del conducto biliar aislado en la pared antimesentérica del yeyuno. Esta puede estirarse con más manipulaciones y debe mantenerse pequeña en este tiempo, la anastomosis es exactamente igual a la coledocoduodenoanastomosis en un plano.

Una vez realizada la anastomosis latero-lateral entre las asas aferente y eferente del yeyuno, aproximadamente a 30 cm de la anastomosis.

RESULTADOS

Se realizó el estudio retrospectivo, en 24 pacientes de 38 pacientes durante un período de cinco años comprendido del 1° de Enero de 1989 al 1° de Enero de 1994.

De los 24 pacientes, 10 correspondieron al sexo masculino (41.6%), 14 al sexo femenino (58.3%) en un rango de edad de 16-82 años de edad, con una media de 48.5 años de edad. (figura 1).

Las causas que originaron la obstrucción de la encrucijada pancreatocobiliar por lo cual se realizó la derivación biliodigestiva en el grupo estudiado fueron: ocho pacientes con lesión de la vía biliar secundaria a colecistectomía (33.3%), seis pacientes presentaron quiste de colédoco (25%), procesos malignos (cáncer de la cabeza de páncreas en tres pacientes -12.5%-, tumor de Kistking en dos pacientes-8.3%-, cáncer de vesícula y del conducto hepático común en un paciente-4.16%-), cuatro pacientes con coledocolitiasis (16.6%). (figura 2)

Las cirugías realizadas fueron las siguientes: coledocoduodeno - anastomosis en 10 pacientes (41.6%), hepatoyeyuno - anastomosis en ocho pacientes (33.3%), coledocoyeyuno - anastomosis en seis pacientes (25%). En el 42.0% de los pacientes se utilizó la Y de Roux en combinación con hepatoyeyunostomía o coledocoyeyunostomía. (figura 3)

La sintomatología más frecuente referida, previa a la cirugía, sin importar la causa de la derivación fué: pérdida de peso en el 96.4% de los pacientes, ictericia en el 72.2%, anorexia en el 75%, ataque al estado general en el 67.9%, dolor tipo cólico en el 67.2%, fiebre en el 52.9%, vómito en el 32.9%, así como falla orgánica múltiple en el 20.7% de los casos.

La sintomatología más frecuente referida, posterior a la cirugía, fué: pérdida de peso en el 55.7% de los pacientes, anorexia en el 43.0%, ictericia en el 22.2%, ataque al estado general en el 21.4%, falla orgánica múltiple en el 21.4%, fiebre en el 17.1%, así como dolor tipo cólico en el 8.55% de los casos. Dentro de los pacientes con falla orgánica múltiple, una paciente se recuperó al 100%; teniendo en cuenta que los datos anteriormente anotados corresponden al postoperatorio mediato, cabe mencionar que en tres meses el 70% de los pacientes presentaron remisión de la sintomatología. (figura 4)

En base a los resultados cuantitativos obtenidos, haciendo referencia de las pruebas de función hepática, los resultados preoperatorios encontrados durante la investigación fueron: elevación de las bilirrubinas en el 83.0% de los pacientes, las transaminasas (TGO, TGP) en el 78.8% de los casos y la fosfatasa alcalina se encontró elevada en el 100% de los pacientes; durante el postoperatorio permanecieron elevadas las bilirrubinas en el 25.0% de los pacientes, con disminución de las mismas en el 7.0% de los paciente tardíamente (a los tres

meses), la TGO disminuyó en el 29.2% de los casos y la TGP en el 20.8% de los casos, la fosfatasa alcalina disminuyó en el 62.5% de los pacientes en el postoperatorio inmediato y tardío en un 37.5%.(figura 5)

Las complicaciones presentadas en los pacientes del estudio, las dividimos en tempranas y tardías.hay que tomar en cuenta que las complicaciones tempranas son las presentadas en las primeras horas posteriores a la cirugía hasta la primer semana del postoperatorio, y las complicaciones tardías son las presentadas después de la primer semana hasta la fecha de finalización del estudio. Las complicaciones tempranas fueron: infección de vías urinarias en el 4.2% de los pacientes, pulmonares (atelectasia) en el 16.7% de los casos, insuficiencia cardíaca congestiva (agudización) en el 4.2%. En cuanto a las complicaciones tardías encontramos colangitis en cinco pacientes (20.8%),cirrosis biliar en cuatro pacientes (16.7%), estenosis de la anastomosis en siete pacientes (29.2%), e insuficiencia hepática en cinco pacientes (20.8%); dichas complicaciones son atribuidas a la cirugía.(figura 6)

En lo referente a la mortalidad dentro del grupo estudiado hubo cinco defunciones: dos pacientes fallecieron por discrasia sanguínea, un paciente presentó infarto agudo al miocardio, uno presentó cor pulmonale agudo y un paciente se catalogó como falla orgánica múltiple secundaria a coma hiperosmolar.(figura 7,8)

Asimismo, la estancia intrahospitalaria en promedio fué de 37.5 días con un rango de 6 a 65 días; una paciente se reintervino quirúrgicamente por la presencia de fuga biliar a las 48 hrs del postoperatorio y sépsis, realizandole ferulización de la vía biliar (anastomosis). Todos los pacientes fueron cubiertos con antibiótico durante su estancia hospitalaria y en el 20.8% de los pacientes se utilizó el ácido ursodesoxicólico en forma permanente, con el cuál se ha disminuído la incidencia de colangitis.

DISCUSIÓN

En el estudio retrospectivo, realizado en el Hospital Regional 1º de Octubre sobre derivaciones biliodigestivas debemos considerar que es importante realizar la comparación pre y postquirúrgica, así como el análisis de los resultados recabados, con la finalidad de obtener las causas que conllevan a la realización de derivaciones biliodigestivas y valorar posteriormente los resultados obtenidos.

En los pacientes estudiados se observa que las principales indicaciones para la realización de derivaciones biliodigestivas, son en primer lugar la lesión de la vía biliar secundaria a colecistectomía ya que la vía biliar es una porción anatómica con un número considerable de variaciones "LO ANORMAL ES LO NORMAL"; cabe mencionar la importancia del conducto cístico sumamente corto, que al realizar tracción de la vesícula, tanto el conducto hepático común como el conducto colédoco son sacados de su sitio de ubicación usual, dando la imagen de cístico doble, ocasionando accidentes fatales (corte del conducto hepático común). Otra entidad que condiciona este tipo de accidentes es la colecistitis aguda con inflamación importante de la vesícula y la vía biliar en la cuál la anatomía se encuentra virtualmente perdida; siendo reportado en la literatura mundial que el 95% de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar son secundarias a colecistectomía. En nuestro estudio encontramos que en el 33.3% (ocho pacientes), la derivación se realizó por lesión de la vía biliar postcolecistectomía, correspondiendo a lo reportado en la literatura mundial. El segundo lugar lo ocupan los quistes de colédoco, con predominio del tipo I, de acuerdo a la clasificación de Todani, los cuales se definen como una dilatación del conducto considerados de origen congénito, aunque el mecanismo de su formación es dudoso. En este estudio, la coledocoduodenostomía fué la única técnica quirúrgica utilizada en este tipo de patología, con resultados favorables para los pacientes, los cuales hasta el momento actual no han presentado complicaciones tardías. En tercer lugar observamos a la obstrucción de origen maligno (cáncer de la cabeza de páncreas, tumor de Klastking, cáncer de la vesícula y del conducto hepático común), la literatura mundial reporta una investigación comparativa con respecto a la mortalidad en pacientes a los cuales se les realizó derivación biliodigestiva y a los que no se les realizó dicho procedimiento quirúrgico, presentando una mortalidad del 33.0% en los pacientes derivados en comparación con los no derivados en un 18.0% de los casos; asimismo la sobrevida media de los no derivados es de 8.5 meses y en los derivados es de 3.5 meses. En el presente estudio la sobrevida media de los pacientes con derivación biliodigestiva hasta el momento actual es de 2.5 años, con aproximadamente el 10% de mortalidad; por lo tanto se observan excelentes resultados en comparación a lo reportado en la literatura mundial. En cuarto lugar encontramos a la coledocolitiasis, siendo esta una cirugía primaria en la cual la dilatación fué mayor de 2.0 cm. Debemos

mencionar que la incidencia de cálculos primarios, de acuerdo a la literatura, varía de un 4% al 54.5%, teniendo resultados favorables en cerca del 90% de los pacientes. En el presente estudio se observó en los pacientes, una evolución satisfactoria postquirúrgica temprana; únicamente dos pacientes presentaron colangitis, lo que nos habla de que la morbilidad aumenta con respecto a la exploración de las vías biliares.

Por otro lado, podemos mencionar que en los diferentes tipos de derivaciones biliodigestivas realizadas, la coledocoduodenostomosis fue en la que se obtuvo mejores resultados, debido a que las complicaciones presentadas fueron médicas y no quirúrgicas; asimismo, la hepatoyeyunoanastomosis presentó complicaciones mayores del tipo de la cirrosis biliar e insuficiencia hepática secundario a colestasis.

Dentro de la fisiopatología del daño hepatocelular, tenemos en un inicio la formación de estenosis, estómas pequeños, bilis litógena, etc; teniendo como consecuencia colestasis, daño hepatocelular y a largo plazo fibrosis con la formación subsecuente de cirrosis biliar y presencia de datos de insuficiencia hepática, teniendo una relación directa la edad del paciente con el tipo de anastomosis realizada, ya que a menor edad existe una gran probabilidad de manifestar complicaciones mayores por el tiempo de evolución quirúrgico.

Con lo anteriormente citado podemos verificar y confirmar que las derivaciones biliodigestivas son una buena opción como tratamiento paliativo y curativo de la obstrucción benigna y/o maligna de la encrucijada pancreaticobiliar, debido a que la evolución clínica de los pacientes ha sido favorable y benéfica en la mayoría de los casos, teniendo en cuenta que las complicaciones presentadas corresponden a las citadas en la literatura actual.

CONCLUSIONES.

1.- Efectivamente las derivaciones biliodigestivas pueden considerarse una buena alternativa en el tratamiento de la obstrucción de la encrucijada pancreatobiliar.

2.- El grupo etario mayormente afectado es el económicamente productivo, influyendo directamente en la economía y dinámica familiar. Asimismo afecta directamente en la infraestructura económica de la institución, debido a la estancia hospitalaria prolongada.

3.- La poca experiencia del cirujano aunado a las variantes anatómicas conlleva a la principal causa de las derivaciones biliodigestivas (lesión de la vía biliar postcolecistectomía).

4.- Las derivaciones biliodigestivas son la primera opción quirúrgica en lesiones iatrogénicas de la vía biliar.

5.- En los procesos obstructivos de origen maligno, aumenta la morbi-mortalidad en pacientes con derivación biliodigestiva con respecto a los pacientes no derivados.

6.- La coledocoduodenoanastomosis es la mejor opción en procesos obstructivos benignos a nivel del colédoco distal.

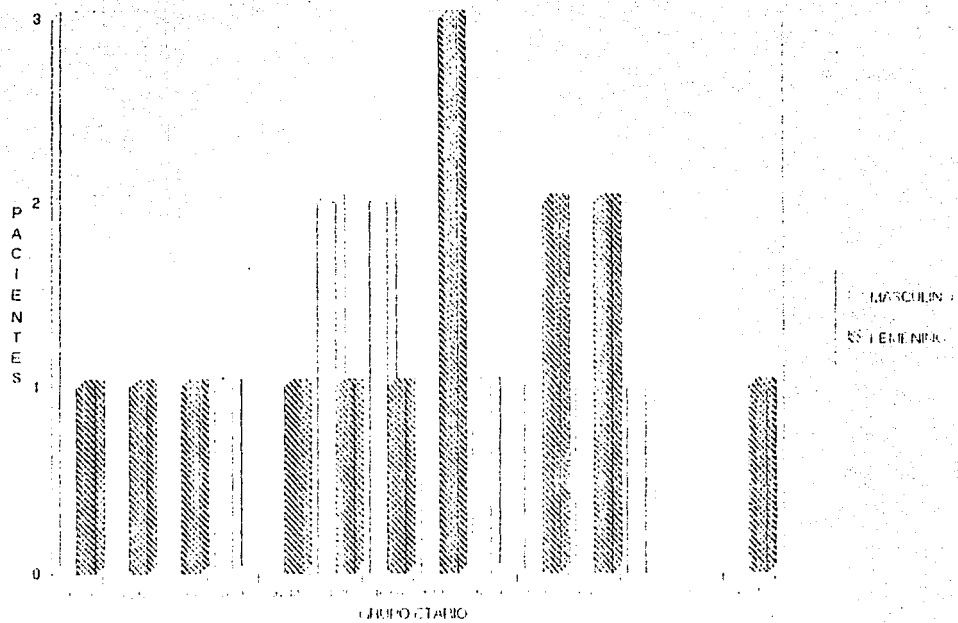
7.- Las derivaciones biliodigestivas presentan como desventaja la formación de estenosis a nivel de la anastomosis en el 20% de los casos, ocasionando colestasis y a largo plazo complicaciones tales como daño hepatocelular (insuficiencia hepática y cirrosis biliar).

8.- La morbi-mortalidad aumenta entre más manipulación quirúrgica se realice de la vía biliar, con tendencia a un pronóstico más sombrío a corto plazo.

9.- Se comprueba que a menor edad el pronóstico en los pacientes con derivación biliodigestiva es más desfavorable a corto plazo.

10.- El uso del ácido ursodesoxicólico disminuye la incidencia de colangitis postoperatoria.

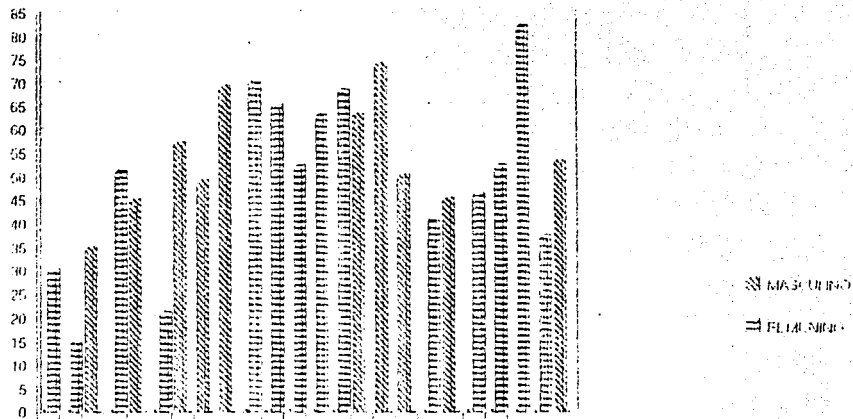
FIGURA 1
 NUMERO DE PACIENTES DE ACUERDO A GRUPOS DE EDAD Y SEXO CON DIVISIONES
 BILIOGESTIVAS



FUENTE: FORMATO DE REGISTRO DE DATOS DE ESTUDIO LAS DIVISIONES BILIOGESTIVAS CON CONTENIMIENTO DE ESTUDIOS DE ENERO DE 1989 - ENERO DE 1994, HOSPITAL REGIONAL DE OBTUBRE

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 2
 RELACION DE PACIENTES DE ACUERDO A LA EDAD, SEXO, DIAGNOSTICO INGRESO Y CIRUGIA REALIZADA EN EL
 ESTUDIO: LAS DERIVACIONES BUROCRATICAS ASOCIADAS ALMENTE DE LA EDAD EN EL HOSPITAL REGIONAL 1°
 OCTUBRE DE ENERO DE 1993 A ENERO DE 1994

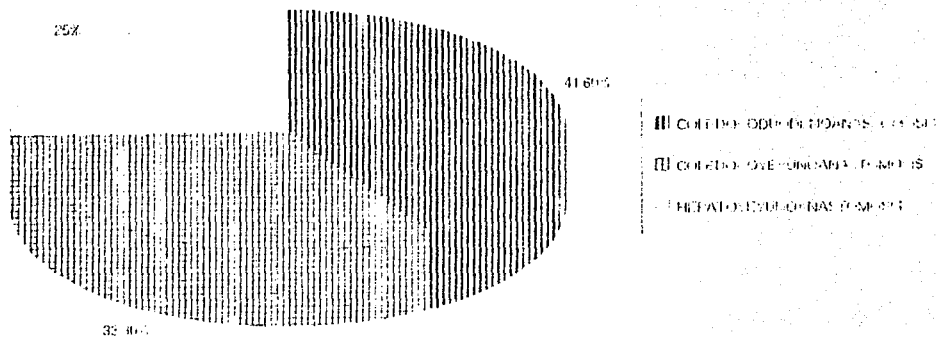


DI = DIAGNOSTICO INGRESO - CRL = CIRUGIA REALIZADA

FUENTE: ARCHIVO CLINICO, EXISTENTES DE ENERO DE 1993, ENERO DE 1994 EN EL HOSPITAL REGIONAL 1° OCTUBRE

FALLA DE ORIGEN

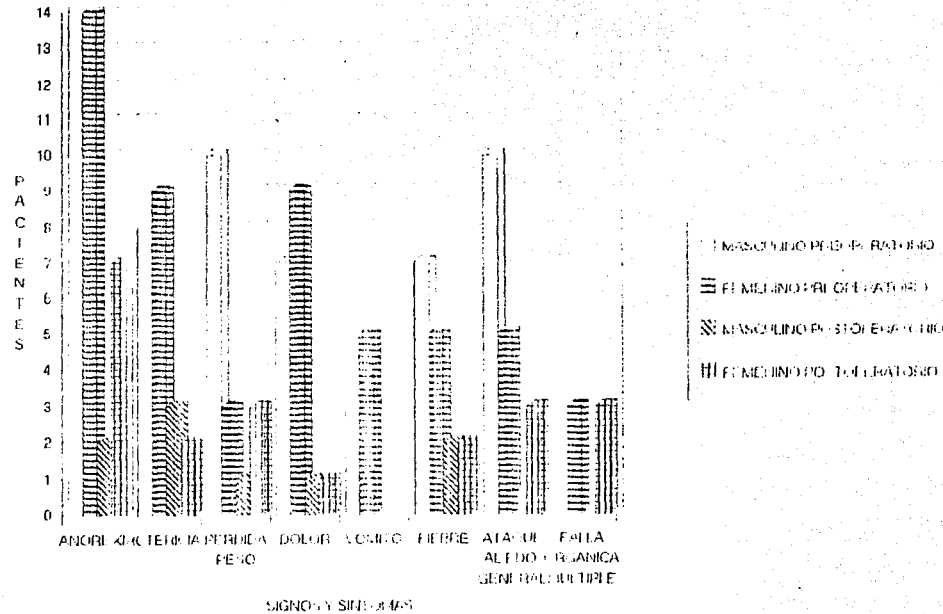
FIGURA 3
 TIPO DE DERIVACIONES ENLIDIGESTIVAS REALIZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
 OCTUBRE DE ENERO DE 1989 A ENERO DE 1994



FUENTE: EXPEDIENTES CLÍNICOS DEL ARCHIVO DEL H. R. 1.º OCTUBRE ENERO 1989 - ENERO 1994

FALLA DE ORIGEN

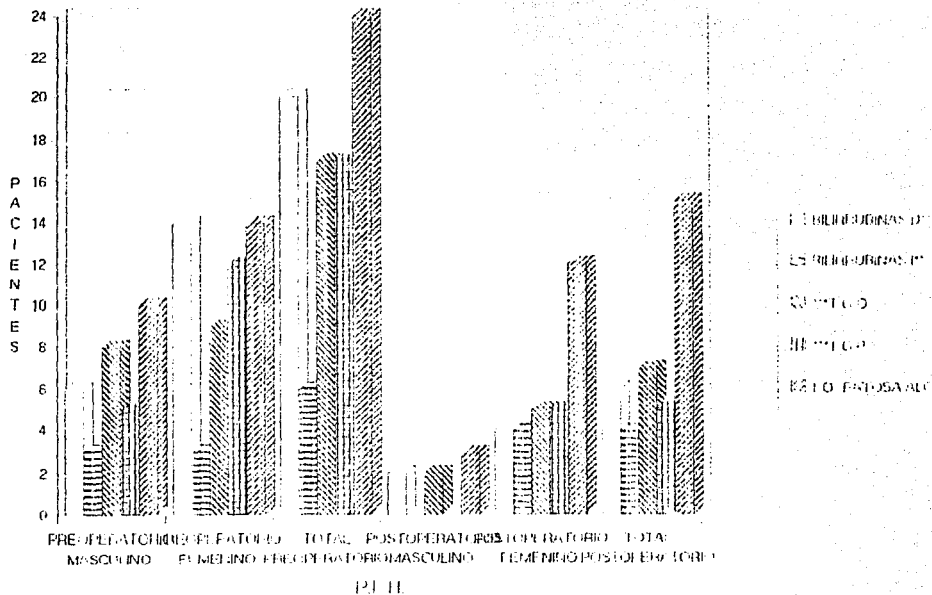
FIGURA 4
 RELACION DE SIGNOS Y SINTOMAS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS EN
 PACIENTES CON DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS



FUENTE: ARCHIVO CLINICO EXPLIMENTES CLINICOS DE ENERO DE 1989 A ENERO DE 1994, EN EL HOSPITAL DE CONGRESOS DE BOGOTÁ

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 5
 No. DE PACIENTES CON ALT. PACION EN P.T.H. CON DIFERENCIACION ETIOLÓGICA EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º OCTUBRE DE ENERO 1989 A ENERO DE 1994

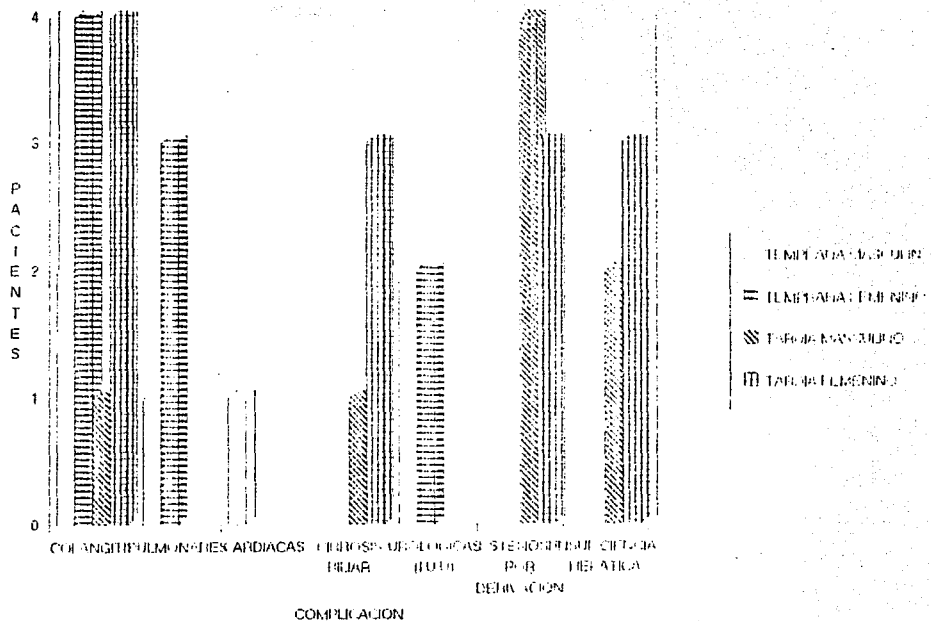


FUENTES: EXFOLIANTES DEL ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE DE ENERO 1989 A ENERO DE 1994

- * PRUEBAS DE FUNCIÓN HEPÁTICA
- ** DIRECTA E INDIRECTA
- *** TRANSAMINASAS GLUTAMÍCA PIRUVICA Y OXALACÉTICA

FALLA DE ORIGEN

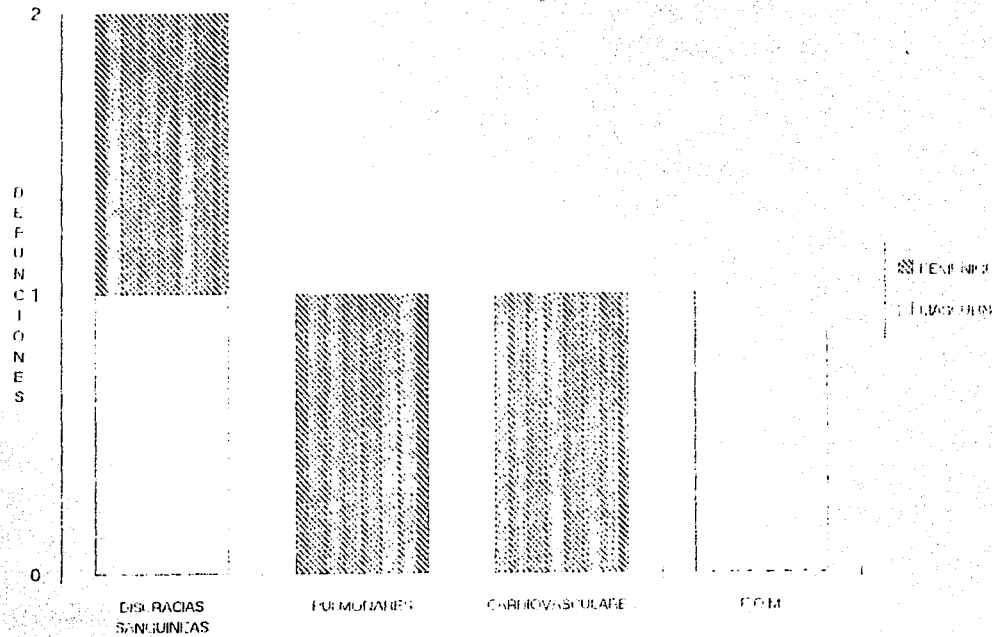
FIGURA 1
 COMPLICACIONES POST OPERATORIAS, DE ACUERDO A EDAD Y SEXO EN DERIVACIONES
 PERIODICAS EN EL HOSPITAL REGIONAL 1º OCTUBRE DE ENERO 1965 - ENERO 1974



FUENTE: ARCHIVO CLINICO, EXISTENTES DE ENERO 1965 A ENERO 1974 HOSPITAL REGIONAL 1º OCTUBRE LT. S. S. S.

FALLA DE ORIGEN

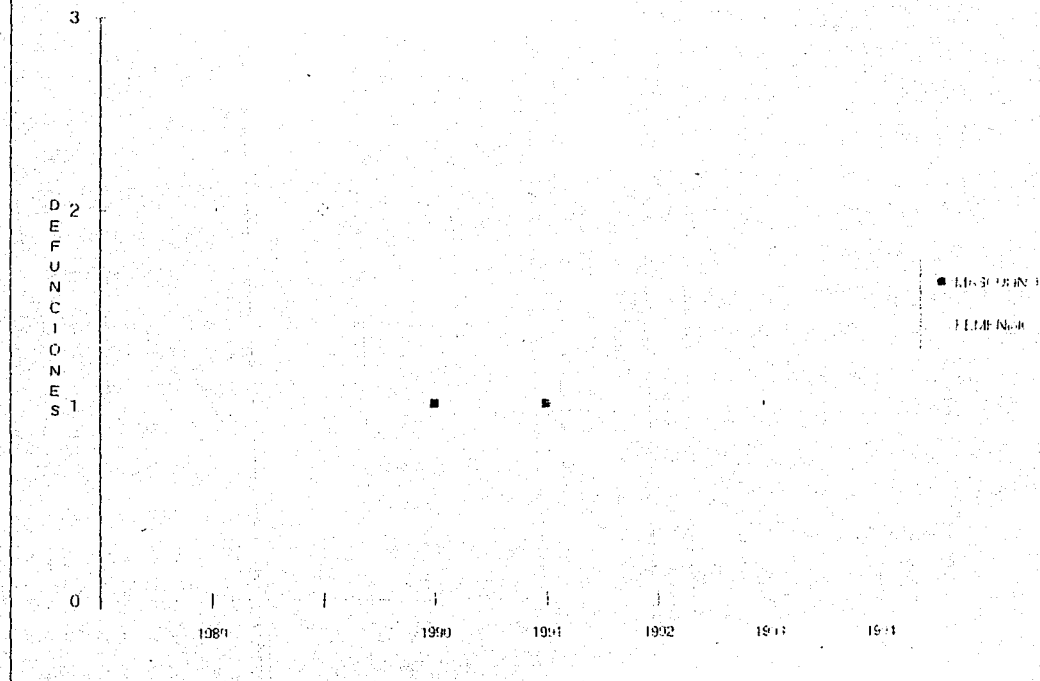
FIGURA 7.
 N° DE DEFUNCIÓNES DE ACUERDO A LA CAUSA, LUGAR DE ORIGEN Y DERIVACIÓN
 BILIODIGESTIVA, EN EL HOSPITAL REGIONAL P. C. OCTUBRE 1989-1994.



FUENTE: ARCHIVOS CLINICOS HOSPITAL REGIONAL P. C. OCTUBRE, D. S. S. T. E.

FALLA DE ORIGEN

FIGURA 8
MORTALIDAD EN PACIENTES CON DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS, EN EL HOSPITAL
REGIONAL 1º OCTUBRE, S.S.T.E. ENTRE 1989 A 1994 (ENERO)



FUENTE: EXPERIENCIAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON DERIVACION BILIODIGESTIVAS DE ENERO 1989 A ENERO 1994, S.S.T.E. HOSPITAL REGIONAL 1º DE OCTUBRE

FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Rutlesge H Robb: Sphinteroplasty and Choledocoduodenostomy for benign biliary obstruction. *Annals of surgery*. 1979; 183 (5): 479-85
- 2.- McSherry K Charles y cols: Common bile duct stones and biliary intestinal anastomosis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 1981; 153 (11): 669-71.
- 3.- Cameron L John y cols: Pancreaticogastrostomy: Preferred reconstruction for Whipple resection. *Journal of surgical research*. 1993; 160 (2) : 122-25.
- 4.- Morris M Dan y cols: Sclerosing cholangitis. *Annals of surgery*. 1984 ; 200 (1): 54-60.
- 5.- Evander A Fred y cols: Evaluation of aggressive surgery for carcinoma of the extrahepatic bile ducts. *Annals of surgery*. 1980; 191 (1): 23-29.
- 6.- Davidoff A Hilleren y cols: Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic Cholecystectomy. *Annals of surgery*. 1992; 215 (3): 196-202.
- 7.- Akiyama H Ikezawa: Unexpected problems of external choledocoduodenostomy. Fiberscopic examination in 15 patients. *American journal of surgery*. 1980; 140 (1): 160-61.
- 8.- Lygidakis N John: Surgical approaches to recurrent choledocolithiasis. Choledocoduodenostomy versus T-tube drainage after choledochotomy. *American Journal of surgery*. 1981; 145 (4) : 636-39.
- 9.- Kraus M Willson: Choledocoduodenostomy. Importance of common duct size and occurrence of cholangitis. *Arch surgery*. 1980; 115 (5) : 1212-24.
- 10.- Blumgart L Kelley : Hepaticojejunostomy in benign and malignant high bile duct stricture : Approaches to the left hepatic ducts. *Br Journal of surgery*. 1978; 71 (1) : 257-60.
- 11.- Seymour L Schwartz : Operaciones abdominales/ Tomo II. — Ed " panamericana". — 8ª edición / 4ª reimpresión.— pp. 1725-1742, 1841-1905.
- 12.- Zuidema D George y cols: Shackelford; surgery of the alimentary tract / Tomo 3.— Ed "Saunders company".— 3ª edición.— pp. 199-248.

FALLA DE ORIGEN