

6. 11200
Lej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

SERVICIOS DE SALUD PUBLICA DEL ESTADO DE SONORA
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

COLANGIO PANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICO
COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN
PATOLOGÍA DE VÍAS BILIARES EN H.G.E.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA:

DR. FREDDY OSWALDO ALVAREZ VILLAZANTE

267171



Hermosillo, Sonora, Febrero de [REDACTED]

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1998



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

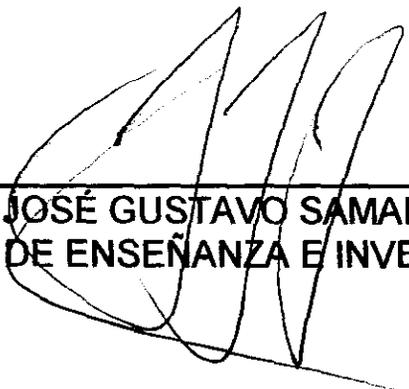
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

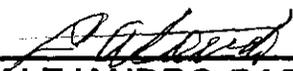
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

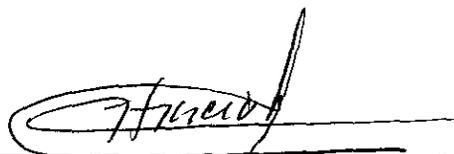




DR. JOSÉ GUSTAVO SAMANO TIRADO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN.



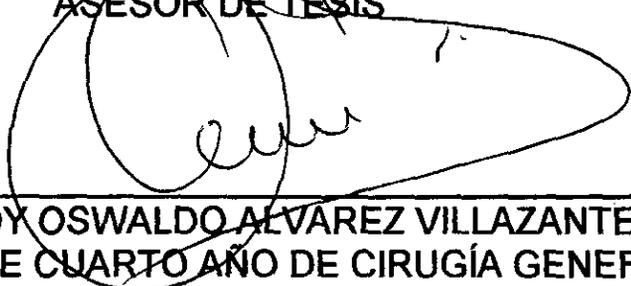
DR. ALEJANDRO GARCÍA ATONDO
JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



DR. FRANCISCO CESAR GRACIA GÓMEZ
TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL



DR. LUIS ROBERTO DE LEÓN ZAMORA
ASESOR DE TESIS



DR. FREDDY OSWALDO ALVAREZ VILLAZANTE
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO 1999.

Agradecimientos.

“A Dios. A mis padres que sin su ayuda no hubiera logrado terminar mi carrera, especialmente a mi madre Serafina por su apoyo constante e incondicional, a mis hermanos Mery y Antonio por sus palabras de aliento, a mis familiares por sus consejos , a mis maestros Dr. Marcos José Serrato Felix y Dr. Luis Roberto De León Zamora por sus enseñanza durante mi residencia medica, a mis amigos por brindarme su amistad durante mi estancia en este bonito país”

INDICE.

Problema.....	1
Hipotesis.....	1
Introducción.....	2
Objetivos	6
Justificación.....	7
Diseño.....	8
Recursos.....	10
Resumen.....	11
Material y Métodos.....	12
Resultados.....	13
Discusión.....	15
Conclusión.....	16
Bibliografía.....	17

PROBLEMA.

¿ Es útil y benéfico el uso de la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) mas Esfinterotomía Endoscópica (E.E.) para el manejo de pacientes con patología de la vía biliar y el tratamiento de la litiasis de la vía biliar en pacientes antes y después de la cirugía biliar ?

HIPÓTESIS.

La CPRE. mas EE es un método invasivo que nos ayuda en el diagnóstico y manejo de patologías de la vía biliar antes y después de una cirugía.

INTRODUCCIÓN.

Todo el aparato digestivo puede explorarse por endoscopia solo o en relación con la radiología, cirugía, histopatología y/o citología, hecho que hace evidente su valor diagnóstico. La sensibilidad y especificidad de todo método diagnóstico en medicina obedece a la experiencia de quien lo practica y a la calidad de equipo, pero también a la indicación precisa, conjunto que ofrece la utilidad optima(1).

La técnica de endoscopia gastrointestinal se ha incrementado en forma rápida desde el desarrollo de instrumentos fibro ópticos en 1962.(1) Por lo general la endoscopia se realiza a través de un orificio natural y por regla general se utiliza anestesia local, como resultado de esto muchos pacientes son ambulatorios y de corta estancia hospitalaria, lo cual disminuye considerablemente la ansiedad, sufrimiento, tiempo y dinero del paciente.

La endoscopia de la vía biliar y páncreas es quizá el campo de mayor desarrollo tecnológico. Muchos años después de que Langenbuch en 1882, realizara la primera colecistectomía y McBurney en 1889, la primera esfinterotomía de la ampula de vater por vía quirúrgica, en el año 1974 Kawai en Japón y Classen en Alemania realizaron las primeras esfinterotomías endoscópicas con extracción de cálculos coledocianos. Hoy en día la esfinterotomía endoscópica es un procedimiento casi rutinario en el manejo de patologías del árbol biliar y pancreático (1).

La introducción del cateter en la papila de vater fue iniciada por McCune y cols. en la Universidad George Washington de los Estados Unidos de Norteamérica en el año 1968 (2). La CPRE. es un estudio desarrollado inicialmente por gastroenterólogos y que fue extendiéndose a la práctica del Cirujano General (3).

La endoscopia terapéutica del tubo digestivo es uno de los grandes avances en los últimos años que modificó el tratamiento de algunos padecimiento. Con el advenimiento de nuevos equipos endoscópicos se tiene ahora la posibilidad de resolver algunos problemas que hace no muchos años tenían sólo solución quirúrgica, de hecho hay indicaciones precisas de tratamiento endoscópico en ciertas patologías, como coledocolitiasis y/o para descompresión en

obstrucción o infección de la vía biliar, quedando la cirugía como segunda elección. (4).

La posibilidad de llegar a la segunda porción del duodeno y ámpula de vater hizo posible la canulación del orificio ampular y la inyección de medio de contraste a través de un catéter hizo que se observara radiográficamente las vía biliar y pancreática como: forma, contorno, dimensiones, defecto de llenado y velocidad de vaciamiento. Esto nos da una información muy precisa en el diagnóstico de patología a este nivel (1).

A pesar de los enormes avances en el estudio con técnicas no invasivas de patología del árbol biliar, la (CPRE) sigue siendo un procedimiento importante para el estudio de los pacientes con afecciones pancreático biliares, generalmente resulta necesario efectuar la colangiografía directa para definir sitio y la causa de una obstrucción de la vía biliar o para excluirla con seguridad. La cirugía necesaria puede ser evitada en un 10 a 15%, de los pacientes con ictericias cuando se realiza CPRE en el prequirúrgico. (5)

Con la exploración endoscópica inicial, el cirujano endoscopista obtiene definición anatómica y patológica precisas del problema y la oportunidad de obtener biopsia, citología y cultivos o descompresión preliminar, si es necesario. La facilidad del acceso endoscópico permite practicar múltiples procedimientos en etapas cuando así lo requieran el padecimiento o el estado del paciente como ictericia, colangitis y pancreatitis; se puede ganar tiempo en situaciones de urgencias como descompresión de los conductos biliares y pancreático a través del ámpula de vater, después de la CPRE. (5)

Para la realización de CPRE existen ciertas indicaciones que son precisas para un adecuado empleo de este procedimiento, entre los más comunes son: ictericia obstructiva, litiasis en la vía biliar antes o después de cirugía biliar, pancreatitis y otros, como lesiones iatrogenas de árbol biliar.(6)

La presencia de litiasis residual diagnosticado en un colangiograma por sonda en "T" en el posquirúrgico es poco común después de la colecistectomía más exploración de la vía biliar (EVB). La incidencia de litiasis residual en conducto biliar común varía entre 15% de los pacientes operados, ya que muchos litos (<10mm) pasan espontáneamente hacia duodeno, después de realizar irrigación con solución heparinizada o solución fisiológica normal a través del tubo en

"T" con la administración de ceruletide o glucagon para relajar el esfínter de Oddi (7).

La disolución química con monoctanoín o methyl-tertiary-butyl-ether es usualmente innecesario particularmente en paciente con tubo en "T" in situ; la reexploración acarrea morbilidad y mortalidad y es menor si se realizó con éxito en la primera exploración y más después del aclaramiento del conductos biliares, en muchos pacientes la extracción de las cálculos por la sonda en "T" o por EE. con canastilla de alambre es el tratamiento de elección.(8).

El abordaje percutaneo a través del trayecto del tubo en "T" usando un catéter de extracción es un procedimiento con baja morbilidad aunque el trayecto deber ser recto y maduro, para esto se requiere 4 a 6 semanas y son relativamente mas invasivos, como más paciente o cirujanos no pueden esperar 4 a 6 semanas de tiempo sugieren que la EE es el mejor método de manejo.

La EE es un buen método para remover cálculos en vía biliar en pacientes poscolecistectomizados y/o los que tiene vesícula biliar in situ. Recientes publicaciones reportan baja morbilidad por EE en paciente posoperado de colecistectomía mas exploración de vías biliares con colocación de tubo en "T" más litiasis de la vía biliar (7).

La contribución endoscópica de mayor importancia en el tratamiento de coledocolitiasis es a la CPRE, duodenoscopia y a los nuevos instrumentos, como el coledoscopio que se utilizan durante la cirugía o que se efectúa por la sonda en "T" en el posquirúrgico o por vía oral con endoscopios (madre-hijo), estos ultimos han proporcionado una nueva dimensión en la investigación y el tratamiento de pacientes con problema pancreático y biliar (4).

Las complicaciones por CPRE y EE más frecuentes e importantes son la pancreatitis, colangitis, perforación de vía biliar y sangrado; el índice total de complicaciones varia de 0.38 a 12%. La frecuencia general debe ser entre 3 a 5% (4).

En relación al costo - beneficio, en cuanto a exactitud diagnostica por la CPRE, es superior al ultrasonido y TAC. El índice de complicaciones es menor a otro procedimiento invasivo de la vía biliar. por estas razones la CPRE permiten obtener diagnósticos más certeros que las técnicas diagnosticas no invasivas además su factor terapéutico potencial permite realizar estudios simultáneos del esófago, estómago, duodeno y toma de biopsias y citologías.

En síntesis la CPRE, consiste en opacificación de las vías biliares y el conducto pancreático por inyección de medio de contraste a través de un catéter bajo control endoscópico, el procedimiento puede realizarse a través de la ámpula de vater u orificios creados durante la cirugía, fístulas o coledoduodenostomía.

OBJETIVOS.

PRIMARIOS.

1. Mostrar que la CPRE más EE es buen método para diagnóstico de patología de vías biliares.
2. Mostrar que por este método se puede dar tratamiento a pacientes con litiasis de la vía biliar antes o después de la cirugía biliar.

SECUNDARIOS

1. Indicaciones más frecuentes de CPRE.
2. Indicaciones y realización de EE.
3. Complicaciones de este método de estudio, CPRE y EE.
4. Comparar nuestra experiencia con reportes de la literatura mundial.

JUSTIFICACIÓN.

En el Hospital General del Estado, en Hermosillo Sonora, la gran mayoría de los pacientes quirúrgicos que ingresan por Consulta Externa o Urgencias, casi un 50 % son por patología biliar, de las cuales la más común es por litiasis de vesícula biliar y una pequeña parte de estos pacientes presentan litiasis en vía biliar antes o después del tratamiento quirúrgico c/s ictericia obstructiva

La CPRE es un procedimiento que se realiza con más frecuencia en pacientes para el diagnóstico de patología de vías biliares, de éstas la más frecuente es por litiasis de vías biliares, ictericia obstructiva y en pacientes con alteración de la vía pancreato-biliar, y además, se pueden extraer cálculos de la vía biliar por este método

Por eso consideramos demostrar la importancia de realizar este procedimiento y lo útil que resulta para el diagnóstico y manejo en pacientes con patología de vía biliar y observar si estamos realizando CPRE y EE en forma adecuada.

DISEÑO.

a) Tipo de investigación.

1. Retrospectiva.
2. Observacional.
3. Comparativa.
4. Abierto.

b) Grupo de estudio.

El grupo de estudio en este trabajo incluye la población que acude a Consulta Externa o por Urgencia al Hospital General de Estado, en Hermosillo Sonora, para manejo y diagnóstico de patología biliar.

El tamaño de la muestra serán pacientes a los que se les realizó CPRE durante los dos últimos años, del 1 agosto de 1996 al 31 de julio 1998.

c) Criterios de inclusión.

1. Todo pacientes con ictericia obstructiva
2. Paciente con litiasis de vía biliar sec. cirugía biliar.
3. Paciente con pancreatitis biliar.
4. Paciente con sospecha de litiasis residual.
5. Paciente con coledocolitiasis.

d) Criterio de exclusión.

1. Paciente que se realiza su seguimiento posterior a la CPRE fuera fuera del hospital.
2. Pacientes con expedientes incompletos.
3. Pacientes con expedientes perdidos.

e) Análisis de datos.

Los resultado obtenidos por medio de la recolección de datos, serán analizados y se tomaran en cuenta los porcentajes para los resultados.

RECURSOS.

Los recursos con lo que se realizará el trabajo incluye participación de médicos adscritos, personal de enfermería del servicio de endoscopia y corta estancia y personal de trabajo social del Hospital General del Estado, en Hermosillo, Sonora, México.

FINANCIAMIENTO.

El presente estudio fue financiado por el Dr. Freddy Oswaldo Alvarez Villazante. RIVCG

RESUMEN.

Objetivos: Demostrar la importancia del método para el diagnóstico y tratamiento de patologías de la vía biliar y sus complicaciones. Tener estadísticas reales de las Colangio Pancreatografía Retrograda Endoscópica (CPRE) en el HGE. En Hermosillo, Sonora, México.

Material y métodos: Se realizó este estudio en dos años del 31 de julio 1996 al 1 agosto de 1998, se revisaron expedientes y resultados de 72 CPRE. Se incluyeron 49 estudios: 35 femeninas y 14 masculinos, con edades entre 19 a 90 años, una media de 45 años.

Resultados: Se diagnosticó litiasis de vía biliar (VB) en 23/49 (47.4%), ictericia obstructiva en 11/49 (22%), pancreatitis biliar 5/49 (10%), pancreatitis de otra etiología 5/49 (10%), fístula biliocutánea 3/49 (6%). Los hallazgos fueron litiasis en VB. en 23/49 (47.4%), normales 15/49 (30.6%), en 6/49 (12.2%) procedimiento incompleto por alteraciones anatómicas y/o por fallas técnicas, 3/49 (6.1%) de fístula biliar, otros 2/49 (4%), los hallazgos patológicos durante la CPRE fuera de la VB son, 1 pólipo duodenal y 2 divertículos duodenal. En 20/23 pacientes (87%) se extrajeron litos de la VB, las complicaciones por CPRE fueron 3 (6%) con pancreatitis aguda sec. medio de contraste, (ayuno y soluciones IV), por esfinterotomía 3 (6%) con sangrado (2 líquidos IV. y 1 con transfusiones). Se realizó esfinterotomía transendoscópica de la ampulla de Vater en 40/49 (81%) y polipectomía duodenal en 1.

Conclusión: Nuestros resultados de CPRE demostraron ser un método útil para el diagnóstico de patologías biliares en un 55.7% y se trataron las litiasis de vías biliares en un 87%, en comparación con la literatura mundial que es 80-95%, el tratamiento de las complicaciones fue conservador, se puede realizar esfinterotomía de ampulla de Vater y polipectomía duodenal durante el procedimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se revisaron 72 expedientes y resultados de CPRE más EE en los dos últimos años, del 1 Agosto 1996 a 31 julio 1998 en el Hospital General del Estado, en Hermosillo, Sonora, México, se incluyeron en el estudio 49 expedientes completos, se excluyeron 23 expedientes, 17 por estar incompletos, 3 pacientes referidos a otro hospital y en 3 no se encontraron los expedientes, de los que se incluyeron en el estudio, 35 son mujeres y 14 hombres, con edades entre 19 a 90 años, con una media de 45 años. El tiempo del estudio se encuentra entre el rango de 10 minutos a 120 minutos con una media de 65 minutos.

Para el estudio se utilizó medio de contraste hidrosoluble de baja concentración como iohalamate meglumine al 30% (conray). El duodenoscopia tipo Pentax FD 34 X de 12 mm. La preparación del paciente es ayuno por más de 10-12 hrs antes del estudio, se utiliza sedación con midazolam o propofol, y un anestésico local (lidocaina al 2%). La técnica empleada para la CPRE más EE es: Se coloca al paciente en posición decúbito lateral izquierdo, se introduce el endoscopio de visión lateral en el duodeno hasta alcanzar la papila de vater que es canalizada con el esfinterotomo bajo visión directa con el alambre dirigido entre las 12 y 1, de acuerdo a las manecillas del reloj, se inyecta medio de contraste para comprobar la correcta posición en coledoco, la superficie de contacto del alambre del esfinterotomo debe ser entre 30 y 50 % del mismo; es útil proveer hipotonía duodenal para una adecuada canalización con bromuro de hiocina (butiliosina) de 20-40 mg. Para la extracción de cálculos se utilizaron catéter con globo y/o canastilla de alambre "Dormía". Los antibióticos solo se indicaron en pacientes con obstrucción biliar o pseudoquistes pancreáticos.

Trataremos de mostrar la utilidad y el beneficio como método diagnóstico de las CPRE y EE en pacientes con patologías de vías biliares y tratamiento de litiasis en paciente antes o después de la cirugía biliar.

RESULTADOS.

Se realizaron 49 CPRE, De las cuales la indicación más frecuente fue por litiasis y dilatación de la vía biliar en 23 pacientes (47.4%), ictericia obstructiva en 11 pacientes (22%), pancreatitis biliar 5 (10.2%), pancreatitis crónica 5 (10.3%), fístula biliocutanea 3 (6.1%), posoperado de pseudoquiste pancreático 1 y trauma 1.

Los hallazgos fueron: litiasis residual en 23/49 pacientes (47.4%) de los cuales en 20/23 pacientes (87%) se logró retirar los cálculos de la vía biliar por la CPRE (17 en el primera oportunidad y 3 en la segunda oportunidad) en 3/23 (6.2%) pacientes no se logro extraer los cálculos, en estos ultimos se realizo cirugía bilio digestiva. En 15/49 pacientes (30.6%) el estudio fue normal, probablemente por presencia de litos pequeños (<10mm.) las cuales pasan a duodeno antes del procedimiento. En 6/49 pacientes (12.2%) no se logro realizar la CPRE por dificultad por canalizar ámpula de vater (falla de equipo en 3 pacientes y por alteraciones anatómicas en 3 pacientes). Se corrobora en 3 pacientes (6.1%) fístula biliar, la cuales tenia cirugía biliar previa. Cancer de vía biliar (tumor de Klatskin) con dilatación de la misma en 1 paciente y dilatación de vía biliar por pancreatitis crónica agudizada en 1 paciente.

Los Hallazgos de otra patologías durante el procedimiento fueron de 3 (1 quiste de coledoco y 2 divertículo duodenal).

Se realizaron esfinterotomía de la ámpula de vater en 40 (81%), las indicaciones fueron: litiasis de vía biliar en 18 pacientes, ictericia obstructiva 10 paciente, pancreatitis biliar 5 pacientes, fístula biliocutanea 3 pacientes, trauma 1 paciente.

Las complicaciones por procedimiento fueron: Por CPRE 3 (6.1%) pacientes presentaron pancreatitis aguda química sec. a medio de contraste (el cual se resuelve con manejo conservador). La complicación por EE fue en 3 (6.1%) pacientes que presentaron sangrado (2 se manejaron con soluciones cristaloides y 1 paciente con sangrado severo se manejo con transfusiones).

Se realizaron tratamientos quirúrgicos preendoscópicos en 35 pacientes, posendoscópicos en 8 pacientes y el manejo fue conservador en 8 pacientes. La cirugía biliar realizada antes o después de la CPRE fue: colecistectomía abierta más exploración de la vía biliar (EVB) en 25 pacientes, colecistectomía simple abierta en 12,

DISCUSIÓN.

La CPRE más EE se esta realizando desde hace mas de 20 años y se ha convertido en un estudio importante en las enfermedades biliares. La CPRE y la EE son procedimientos invasivos que ayudan en el manejo diagnóstico y tratamiento en patologías biliares.

Se diagnosticaron patologías biliares en un 55.7%, divididos en: litiasis de vía biliar en 47.4%, fístula biliocutanea en 6.2%, cáncer en 2.1%, los resultados son iguales a la literatura mundial. (2,3) En un 81% de pacientes se realizó esfinterotomía en ampula de vater, que son casi similares a otros estudios(2,3,4).

En nuestro estudio se realizó tratamiento de litiasis en vía biliar 87% de los pacientes en comparación con la literatura mundial que es de 80 a 95%. (2,3,4,5,6,11)

Las complicaciones por procedimiento son: por CPRE, pancreatitis aguda por inyección de medio de contraste en un 6% es elevado en comparación a 3% de otras publicaciones (2,3). La frecuencia general es entre 3-5%. La complicación por esfinterotomía. son sangrado en 6%, a nivel mundial se acepta entre 6-11% (3,5,6,9). Todas las complicaciones se resolvieron con manejo medico nuestros porcentajes de complicaciones son iguales a otros centros hospitalarios.

La CPRE y la EE sigue siendo un procedimiento con alto porcentaje en el diagnóstico y tratamiento de patologías biliares, esto nos demuestra que estamos realizando en forma adecuada dichos procedimientos, aun cuando hay publicaciones presentan un porcentaje elevado de 96% en el tratamiento de la litiasis en la via biliar, esto probablemente se debe a los equipos endoscopico mas sofisticados y modernos que hay en la actualidad (coledoscopios).

CONCLUSION.

1. La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), es un buen método en el diagnóstico de patología de vías biliares.
2. La CPRE mas EE demostró ser un excelente método para el manejo de cálculos en vías biliares con buen porcentaje de extracción de los mismos.
3. Las complicaciones que se producen por este método están dentro de lo permitido en comparación con la literatura mundial.
4. Además se tiene la posibilidad de realizar estudios simultáneos de esófago, estomago, duodeno mas toma de biopsia y citología.
5. La CPRE es un método adecuado para el manejo de patología de vía biliar y lo que estamos haciendo es lo adecuado.

BIBLIOGRAFIA.

1. Gutiérrez Sampeiro C. Arrubarrena V,M.:
Fisiopatología Quirúrgica del Aparato Digestivo
Endoscopía Terapéutica
Manual Moderno, 2da. edición: 1996 Pag. 449-469
2. McCune WS, Shorb PE, Moscovitz H.
Endoscopic Cannulation of the Ampulla of Vater. A preliminar report.
Annal Surgery 1968; 167: 752-756
3. Scherres David MD. Simon Irwin R. MD. Ponsky Jeffrey MD. FACS.
Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography after
Laparoscopic Cholecistectomy.
The American Surgeon. March. 1990; 3; 185-191.
4. Margueles A. Burhenne J.
Radiología del Aparato Digestivo
Editorial Panamericana 4ta. Edición Tomo II Pag 1730-34
5. Safranis MD Cotton MD.
Tratamiento Endoscópico de la Coledocolitiasis.
Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica
Año 1982 Vol. 5
6. Pou Fernandez J.
Fibroendoscopía Digestiva: Endoscopía Especializada
Editorial Marín, Barcelona España. 1979 Pag. 87-95
7. Abu-Khalaf Amer MD.
Endoscopic Removal of Retained Commom Bile Duct Stone in
patient with "T" Tube in Situ.
Surgical Laparoscopy & Endoscopy 1995; 5 : 17-20

8. Neoptolemos JP. Hall C. O'Connors HJO.
Methyl-tert-butylether for Treating Bile Duct Stone.
British Journal Surgery. 1990; 77; 32-35
9. Traverso W. MD. Kosarek R. MD. Ball T. MD, Brandabur J, MD.
Endoscopic Retrograde Cholangio Pancreatography after
Laparoscopic cholecistectomy.
The American Journal of Surgery May 1993; 165; 581-586.
10. Safran L. MD:
Endoscopic Treatment of Biliary Tract Diseases
An International Study.
Lancet 1978; 2: 983-985
11. Neoptolemos JP. Carr Locke DL: Fraser I. MD:
The Management of CBD. Calculi by Endoscopic Sphincterotomy in
Patient with Gall Bladders In Situ
British Journal Of Surgery, 1984; 71: 69-71.
12. Reitsen O. Skjoto J. Jacobsen CD.
Complications of Fibrotic Gastrointestinal Endoscopy Five Years.
Endoscopy 1987; 19; 1-6