

11209
15.
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
BERNARDO SEPULVEDA**

*TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE
LAS FISTULAS BILIARES
POSTQUIRURGICAS.*

**TESIS QUE PRESENTA PARA OBTENER
EL POSTGRADO EN:**

CIRUGIA GENERAL

**AUTOR:
DR. JOAQUIN FERNANDO CUEVAS RODRIGUEZ**

MEXICO,D.F

1999

276243

TESIS CON
A DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

*Hay una marea en la vida de los hombres cuya pleamar puede
conducirlos a la fortuna.*

*Más si se descuida el viaje entero abocado esta a perderse
entre bajios y arrecifes.*

En pleno océano flotando hallamos.

*Precisa aprovechar la corriente mientras fluye o conformarse
a ver nuestra empresa fracasada.*

W. Shakespeare.

Agradecimiento a mi Padre que con su Apoyo y Ejemplo me permitió llegar a este punto de mi carrera profesional.

Agradecimiento a mi madre ya que con su Apoyo y Esfuerzo se logró una meta más en mi vida.

Agradezco a ti Marilú por tu comprensión y apoyo para lograr esta meta en nuestra vida.

A mi abuelo que ha sido y será uno de los Ejemplos más grandes en mi vida. †

A mis profesores y amigos que durante la residencia me apoyaron y me enseñaron con la convivencia diaria y durante los momentos de nuestra vida juntos durante la residencia.

A Ud. Dr. Roberto Blanco ya que nos apoyo durante los momentos difíciles y nos aconsejó durante los mismos para lograr que este momento llegara.

A todas aquellas personas que tuvieron que ver para que este momento de mi vida llegara.

I. TITULO DEL ESTUDIO

**TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE LAS FISTULAS BILIARES
POSTQUIRURGICAS.**

I. SUBTITULO

**EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL
HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL CMN SIGLO XXI.**

II. AUTORES

Dr. Joaquín Fernando Cuevas Rodríguez

Dr. Hector Bermúdez Ruiz.

Dr. Roberto Blanco Benavidez

Dr. Patricio Sánchez Fernández.

III. SERVICIO

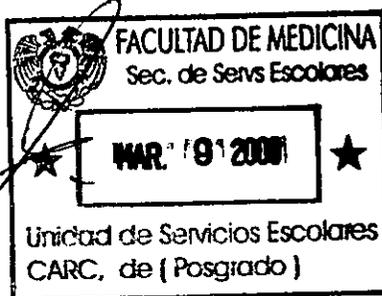
**Endoscopías del Hospital de Oncología del CMN siglo
XXI.**

e


Dr. Niels H. Wachter Rodarte.
Jefe del servicio de Enseñanza e Investigación del
Hospital de Especialidades Bernardo Sepulveda
Centro Médico Nacional Siglo XXI.

FEB. 22

ASESORES:



Dr. Roberto Blanco Benavidez.
Jefe del Departamento de Cirugía General del Hospital de
Especialidades Bernardo Sepulveda del Centro Médico
Nacional Siglo XXI.

Dr. Patricio R. Sánchez Fernández.
Médico Adscrito al servicio de Cirugía General del Hospital de
Especialidades Bernardo Sepulveda del Centro Médico
Nacional Siglo XXI.

Dr. Hector Bermúdez Ruiz.
Jefe del Departamento de Endoscopia del Hospital de
Oncología del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

INDICE

IV.	Indice.....	3
V.	Antecedentes	5
VI.	Planteamiento del Problema.....	12
VII.	Justificación.....	13
VIII.	Hipótesis.....	14
IX.	Objetivos.....	15
X.	Material y Métodos.....	16
XI.	Análisis Estadístico.....	22
XII.	Ética.....	23
XIII.	Factibilidad de Recursos Humanos.....	24
XIV.	Descripción General del Estudio.....	25
XV.	Resultados.....	27

XVI. Cuadros y Gráficas.....	29
XVII. Conclusiones.....	35
XVIII Bibliografía.....	36

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE FISTULAS BILIARES POSTQUIRURGICAS. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DE ONCOLOGIA DEL CMN SIGLO XXI.

Cuevas JF, Bermúdez H, Blanco R, Sánchez P.

Se presenta la experiencia de 5 años en el manejo endoscopico de fistulas biliares postquirúrgicas de la vía biliar, mediante análisis retrospectivo de un registro transversal. Realizado de el periodo de Enero de 1993 a Mayo de 1998. Se incluyeron pacientes de ambos sexos con presencia de fistulas biliares postquirúrgicas de la vía biliar confirmada mediante estudio radiográfico y endoscopico (CEPRE).

Se revisaron 39 pacientes de los cuales a 7 pacientes no se les realizó tratamiento por encontrarse en resolución espontanea; 31 pacientes restantes se les realizó manejo endoscopico.

Una edad promedio de 42.6 años (22 a 83 años) con una relación hombre mujer 2.2 a 1.

El 85% de las fistulas biliares postquirúrgicas fueron secundarias a cirugía abierta y únicamente el 15% a cirugía laparoscopica. De las primeras el 23% se les realizó exploración de la vía biliar.

De los 31 pacientes que se les realizó tratamiento endoscopico de los siguientes tipos: A) Esfinterotomía en 28 casos (90.3%). B) Esfinterotomía más drenaje nasobiliar 2 pacientes (6.4%). C)Esfinterotomía más prótesis biliar 1 paciente(3.3%). La terapia endoscopica fue fallida en 3.3% de los casos (1 paciente). El 6.4% (2 pacientes) presentaron complicaciones siendo la principal hemorragia postesfinterotomía con una mortalidad de 3.3% (1 pacientes) posterior al sangrado. El 93.5% (29 pacientes) se logró un tratamiento satisfactorio con el cierre de la fistula con un tiempo que varió de 3 días a 4 semanas.

Conclusión. El manejo endoscopico es una alternativa de tratamiento que debe ser valorada por los cirujanos posterior a una fistula psotquirurgica de la vía biliar con adecuados resultados.

ENDOSCOPIC TREATMENT OF POST SURGICAL BILIARY FISTULAE. FIVE YEAR EXPERIENCE FROM ENDOSCOPY DEPARTMENT OF THE HOSPITAL OF ONCOLOGY DEL CMN SIGLO XXI.

Cuevas JF, Bermudez H, Blanco R, Sanchez P.

The five year experience in the endoscopic management of postsurgical biliary fistulae of the biliary tract, by a retrospective analysis of a cross sectioned record is presented. It was made in the period from January 1993 to May 1998. Either sex patients with the presence of post surgical biliary fistulae of the biliary tract by radiographic and endoscopic studies (ERCP) were included.

39 patients were studied not giving treatment to 7 of them on a spontaneous resolution; an endoscopic management was giving to 31 remaining patients.

There was an average age of 42.6 years (22 to 83 years) with a 2.2/ 1 male to female ratio.

85% of postsurgical biliary fistulae were secondary to open surgery and only 15% were due to laparoscopic surgery. 23% of the first ones went through a biliary tract exploration.

The types of endoscopic treatment given to the 31 patients were: A) Sphincterotomy in 28 cases (90.3%); B) Sphincterotomy plus biliary prosthesis in 1 patient (3.3%); C) Sphincterotomy plus nasobiliary drining in 2 patients (6.4%). Endoscopic therapy failed in 3.3% of cases (1 patient). 6.4% (2 patients) had complications being the most important one the postsphincterotomy hemorrhage with a mortality of 3.3% (1 patient) following the bleeding. In 93.5% (29 patients) a satisfactory treatment was achieved with a fistulae closure time varying from 3 days to weeks.

Conclusion. Endoscopic management is a choice of treatment that must be valued by the surgeons following a postsurgical biliary tract fistulae with a good outcome.

ANTECEDENTES.

La lesión de la vía biliar (VB) y la hemorragia representan las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse durante la cirugía que involucra la encrucijada biliopancreaticoduodenal, se realice ésta forma convencional o laparoscópica.(1)

Las fistulas biliares son complicaciones graves y se reporta una incidencia de 0.2% asociada principalmente a colecistectomía, drenaje quirúrgico o ruptura espontanea de absceso hepático, piógeno o parasitario y drenaje quirúrgico de quiste hidatidico.(2,3)

Generalmente no son detectadas durante la cirugía y se producen por trauma directo de la VB o por ligadura o engrapamiento inadecuado del conducto cístico (CS), asimismo, en el postoperatorio inmediato se presentan por

retiro accidental, generalmente traumático, de la sonda en "T".(4)

La presencia de adherencias, de hemorragia durante la cirugía, de variantes anatómicas no detectadas y la mala disección quirúrgica de triángulo de Calot son las causas principales de lesión de la VB. Otras causas de fistula biliar externa o interna son:

- a) Litiasis residual.
- b) Necrosis de pared con ruptura espontanea de la vesícula biliar.
- c) Aumento de la presión del esfínter de Oddi por fibrosis.
- d) Cirugía hepática.
- e) Derivaciones biliodigestivas o colédoco-colédoco anastomosis.(5,6)

Las fistulas pueden ser, espontaneas, Iatrógenas, postoperatorias o postraumáticas. La fistula espontanea se presenta como se presenta como complicación de la litiasis biliar y los sitios más frecuentes de fistulización son: el

árbol bronquial y a estructuras vasculares como la vena porta o la arteria hepática.(8)

La fistula iatrógena está asociada a cirugía de la encrucijada biliopancreaticoduodenal, es menos frecuente la lesión del conducto del cóledoco durante una colangiopancreatografía endoscópica (CPE), e igualmente rara, es la fistula por trauma abdominal.(7,9)

Las manifestaciones clínicas de la fistula biliar postquirúrgica externa, generalmente se van a presentar en el postoperatorio inmediato y se caracterizan por la salida abundante de bilis a través del Pen rose con gasto mínimo a través de la sonda en "T", si se realizó exploración del conducto colédoco, puede haber fiebre, dolor y existe la posibilidad de absceso en lecho vesicular.(10,11)

El flujo continuo de bilis retarda el cierre de la fistula que se establece entre la VB y la pared abdominal; el paciente debe permanecer hospitalizado para evitar complicaciones inherentes a este evento como desequilibrio hidroelectrolítico

y ácido base por pérdida de potasio, sodio y bicarbonato.(12,13)

Las manifestaciones clínicas de la fistula biliar postquirúrgica interna, en el postoperatorio inmediato, se caracterizan por irritación peritoneal, fiebre y formación de abscesos, generalmente, son pacientes que requieren cirugía de urgencia.(15)

En un porcentaje bajo, la fistula se establece entre la VB hacia el tracto intestinal (estómago, intestino delgado, colon), en estos casos, no hay sintomatología y la fistula pasa inadvertida.(14)

En 98% de los casos de fistula biliar externa, el diagnóstico de certeza del sitio de lesión de la VB se hace a través de CPE. Este es un procedimiento endoscópico que se realiza en una sala de Rx y bajo control fluoroscópico se hace la opacificación selectiva de la VB mediante la inyección de medio de contraste, toda vez que se ha canulado el ámpula de

Vater con un catéter de plástico (5 a 7 fr) que se introduce a través del conducto de operación del endoscopio, al inyectar el medio de contraste se identifica el sitio en donde éste se fuga de la VB, opacificándose, al mismo tiempo, la fistula biliar cutánea.(17,18)

Toda vez que se ha establecido el diagnóstico de certeza se decide el tratamiento, éste puede concretarse a la realización de esfinterotomía o bien, realizar esfinterotomía con inserción de endoprótesis biliar de plástico tipo Amsterdam (8.5 a 12 fr.), dependiendo el diámetro de la prótesis del diámetro del conducto de operación del duodenoscopio (3.8 a 4.2 mm), o bien, colocar una sonda para drenaje nasobiliar (7Fr) después de la esfinterotomía cuando no se cuenta con un duodenoscopio operatorio.(16)

El principio del manejo de la fistula biliar externa mediante la realización de esfinterotomía radica en que se mantiene una igualdad en las presiones biliar y duodenal

aliviando la impedancia distal provocado al ser ligado el conducto cístico.(17)

De estos procedimientos terapéuticos endoscópicos, el que ha demostrado mayor efectividad es la esfinterotomía con inserción de endoprótesis biliar. Múltiples informes hay en donde se refiere que, el cierre de la fistula en promedio es no mayor a 7 días.(22)

En nuestra experiencia, pocos son los casos en donde la fistula no se haya resuelto solo con esfinterotomía, dejando la inserción de la prótesis, para aquellos casos en donde no hubo solución a los 8 días de haber hecho la esfinterotomía. La endoprótesis debe retirarse a las 4 semanas y es conveniente el uso de antibióticos durante los primeros 7 días de la inserción.(21,23)

La efectividad diagnóstica y terapéutica de este procedimiento endoscopico asociado al estudio radiográfico ha permitido, que universalmente se acepte, que éste se lleva a

cabo como primera alternativa de tratamiento en todos los casos de fistula biliar externa postquirúrgica, dejando la reintervención quirúrgica para aquellos casos en donde el tratamiento endoscópico no fue útil y esto se presenta cuando la lesión de la VB es extensa.(19)

La CPE actualmente se ha convertido en un procedimiento de rutina para el diagnóstico y tratamiento de la patología de la VB y pancreática, es un procedimiento sencillo, el paciente no necesita estar hospitalizado por lo que disminuyen considerablemente los costos, con baja morbilidad y mortalidad.(24)

Las complicaciones, entre las que destacan la hemorragia (< de 5%), pancreatitis (1 a 10%) y la perforación (<1%) están en relación directa a la experiencia del endoscopista.(25)

V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuáles serán las alteraciones colangiopancreatográficas, evolución y respuesta clínica de pacientes con fistula biliar postquirúrgica tratados mediante métodos endoscópicos?.

VI. JUSTIFICACION

El estudio tiene como justificación el conocer la evolución de los pacientes manejados endoscópicamente por fistulas biliares postquirúrgicas, así como las indicaciones del tratamiento, para en el futuro los cirujanos manejemos esta posibilidad como un tratamiento de elección en caso de presentarse un paciente con fistula biliar postquirúrgica.

VII. HIPOTESIS

Los pacientes manejados endoscópicamente por fistulas biliares postquirúrgica disminuye la frecuencia de reintervenciones quirúrgicas por su alto porcentaje de resolución y bajas complicaciones.

VIII. OBJETIVOS

1. Identificar las causas y sitio anatómico de las fistulas biliares postquirúrgicas.
2. Determinar la prevalencia de las fistulas biliares postquirúrgicas en el Departamento de Endoscopia del Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI.
3. Conocer la evolución y respuesta clínica de los pacientes con fistula biliar postquirúrgica tratados con esfinterotomía (ESF); ESF más inserción de prótesis (IPB), esfinterotomía más drenaje nasobiliar (DNB).
4. Establecer la frecuencia y tipos de complicaciones relacionadas con los métodos endoscópicos empleados en el tratamiento de las fistulas biliares postquirúrgicas.

IX. MATERIAL, PACIENTES Y METODOS.

a) Diseño del estudio.

Es un estudio descriptivo, Observacional, retrospectivo y transversal.

b) Universo de trabajo

Esta comprendido en el periodo de Enero de 1993 a Mayo de 1998, con un total de 46 pacientes admitidos y tratados en el servicio de Endoscopia del Hospital de Oncología del CMN siglos XXI.

c) Descripción de las variables.

Variable dependiente.

Manejo endoscopico en pacientes con presencia de fistula biliar postquirúrgica.

Variables Independientes:

Edad, Sexo, localización, diagnóstico postoperatorio, evolución, abordaje de cirugía, Tipo de tratamiento endoscópico.

Definición de las variables:

- 1) **Sexo.** Variable que contribuye para valorar la incidencia de ésta patología por los diferentes géneros masculino o femenino y sus porcentajes de presentación. Será evaluado en la hoja de recolección de datos.

- 2) **Edad.** Edad en años al momento del tratamiento. Variable la cual muestra la frecuencia de la patología que se presenta en los diferentes grupos etarios en este estudio a partir de los 18 años. Esto será medido en la ficha de recolección de datos.

- 3) Fístula Postquirúrgica. Comunicación entre dos paredes epitelizadas que se presentan como una alteración no esperada posterior a un evento quirúrgico. Obtenidos de las notas de evolución y hoja quirúrgica del expediente clínico y será evaluado en la hoja de recolección de datos.

- 4) CEPRE. Colangiopancreatografía endoscópica es un estudio invasivo realizado para diagnóstico y tratamiento de la lesión de la vía biliar. Se valorará en las notas del expediente clínico así como los estudios de gabinete y sus resultados que se encuentran en el mismo.

- 5) Tratamiento Endoscópico. Es el procedimiento realizado por vía endoscópica como tratamiento definitivo de la fístula postquirúrgica como es la colocación de sonda nasobiliar, esfinterotomía y colocación de prótesis. Este será valorado en las notas quirúrgicas y de evolución del expediente clínico.

- 6) Diagnostico Postquirúrgico. Conclusión alcanzada posterior al tratamiento quirúrgico de un paciente, en este caso el lugar de la lesión posterior a la cirugía. Obteniendo los datos de las notas de evolución y las hojas quirúrgicas del expediente clínico. Será evaluada en la hoja de recolección de datos en el rubro de diagnostico postquirúrgico.

- 7) Abordaje quirúrgico. Técnica quirúrgica inicial por medio del cual se realiza las diferentes técnicas quirúrgicas, ésta puede ser laparoscópica o a cielo abierto (tradicional). Esto será obtenido por la hoja quirúrgica del expediente clínico.

- 8) Localización. Zona de la vía biliar donde se encuentra la lesión y ésta se obtendrá por el resultado de la CEPRE que se encuentra en el expediente clínico y será evaluado en la hoja de recolección de datos.

d) SELECCIÓN DE LA MUESTRA

1. Tamaño de la muestra.

En este estudio se revisaron 46 expedientes de pacientes que fueron manejados en el servicio de Endoscopia del Hospital de Oncología del CMN siglo XXI, con presencia de fistulas postquirúrgicas.

2. Criterios de selección.

- Criterios de Inclusión.
 - a) Ambos sexos.
 - b) Edad mayor de 18 años.
 - c) Paciente con antecedente de cirugía de la vía biliar.
 - d) Confirmación diagnóstica de la fistula biliar mediante estudio radiográfico y endoscópico (CEPRE).

- **Criterios de NO Inclusión.**

a) **Fístula postquirúrgica secundaria a estenosis maligna.**

- **Criterios de Exclusión.**

a) **Pacientes en los cuales no se encontró por alguna razón su expediente.**

b) **Pacientes a los cuales se presentó fistula biliar por causa no quirúrgica.**

3. ANALISIS ESTADISTICO

Los datos serán analizados mediante estadística no paramétrica, se obtendrán medidas de tendencia central (media, moda, rango), frecuencia, tasas y se construirán polígonos de frecuencia e histogramas.

4. ETICA.

Considerando que la base de datos son los expedientes clínicos de los pacientes a los cuales ya se les realizó una CEPRE, y que no se realizará una maniobra adicional no se está faltando a la ética y principios establecidos por la OMS y la declaración de Helsinki para realizar investigación en humanos.

5. FACTIBILIDAD Y RECURSOS HUMANOS

El departamento de Endoscopia cuenta con un registro clínico propio de todos los pacientes a los cuales se les ha realizado CEPRE durante el período de estudio, cuenta con un formato especial en cual está consignada la información necesaria para realizar el proyecto de investigación.

6. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO Y PROCEDIMIENTOS.

El presente estudio se realizará en el Departamento de Endoscopia del Hospital de Oncología del CMN Siglo XXI. El investigador procederá a revisar el archivo clínico de los pacientes a quienes se les realizó CEPRE de Enero a 1993 a Mayo de 1998, se incluirán solo los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión del estudio y que sus expedientes clínicos contengan la información completa que será analizada estadísticamente. Se procederá a registrar los siguientes datos: Fecha del diagnostico, edad, Sexo, tipo de cirugía realizada en la vía biliar, cuadro clínico, diagnostico pre y post estudio de CEPRE, método terapéutico empleado; esfinterotomía (ESF),

inserción de prótesis biliar (PB), drenaje nasobiliar (DNB), complicaciones, evolución clínica y radiológica del paciente. Esta información se capturará en una base de datos por medios electrónicos para análisis posterior.

Resultados.

Durante el periodo de estudio se realizaron 2330 CPRE la prevalencia de fistula postquirúrgica en nuestro hospital fue de 1.67%.(Gráfica 1).

Se diagnosticaron 39 casos de fistula biliar externa postquirúrgica, 69% pertenecían al sexo femenino (27 casos) con una relación M/H 2.2: 1, la edad promedio fue de 42.6 años (edad mínima 22 años y máxima 83 años). (Ver gráfica 2).

A 33 pacientes (85%) se les realizó colecistectomía a cielo abierto, de estos 9 pacientes (23%) se les exploró la vía biliar (VB), a 6 pacientes se les realizó CCT laparoscópica.(Gráfica 3).

En solo 3 casos (5.1%) el cirujano se percató de la lesión de la VB durante el procedimiento quirúrgico. La fistula biliar externa postquirúrgica (FBE) se localizó en el muñón del conducto cístico y en el conducto colédoco en su segmento proximal en 29 casos (56%); el diagnostico clínico se hizo en el postoperatorio inmediato por la salida de abundante bilis a través del pen rose.

El tratamiento endoscopico se realizó en 31 pacientes (79.4%); en 28 casos (90.3%) se practicó esfinterotomía (ESF) como único tratamiento, en 1 paciente esfinterotomía más prótesis biliar y en 2 sujetos (6.4%) esfinterotomía más drenaje nasobiliar. (Gráfica 4).

En un paciente (2.5%) la terapia endoscópica fue fallida y en 7 sujetos (17.9%) no se realizó ningún procedimiento ya que la fistula se encontraba en vías de resolución espontánea.

Encontramos en un 5.1% (2 casos) de complicaciones, siendo la hemorragia postesfinterotomía la causa; en un paciente la hemorragia se autolimitó y en el otro caso fue necesario la intervención quirúrgica, sin embargo el paciente falleció por choque hipovolemico; la mortalidad fue 2.5% representado por el caso anterior.

Con los tratamientos endoscópicos empleados se logró el cierre de la fistula en el 93.5% (29 pacientes), el tiempo varió de 3 días a 4 semanas.(Gráfica 5).

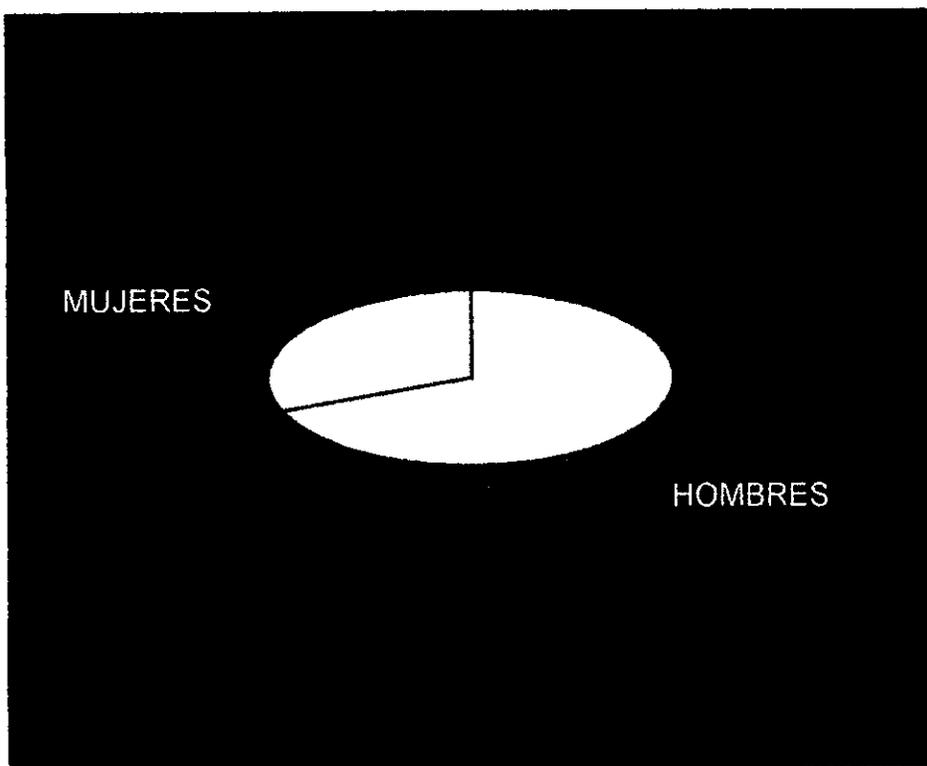
CUADROS Y GRAFICAS

**TOTAL DE CEPRES REALIZADAS DE ENERO DE 1993 A MAYO DE 1998: 2330 (100%).
LA PREVALENCIA DE FISTULA POSTQUIRURGICA PRESENTADA EN ESTE TIEMPO FUE DE 1.67%.**



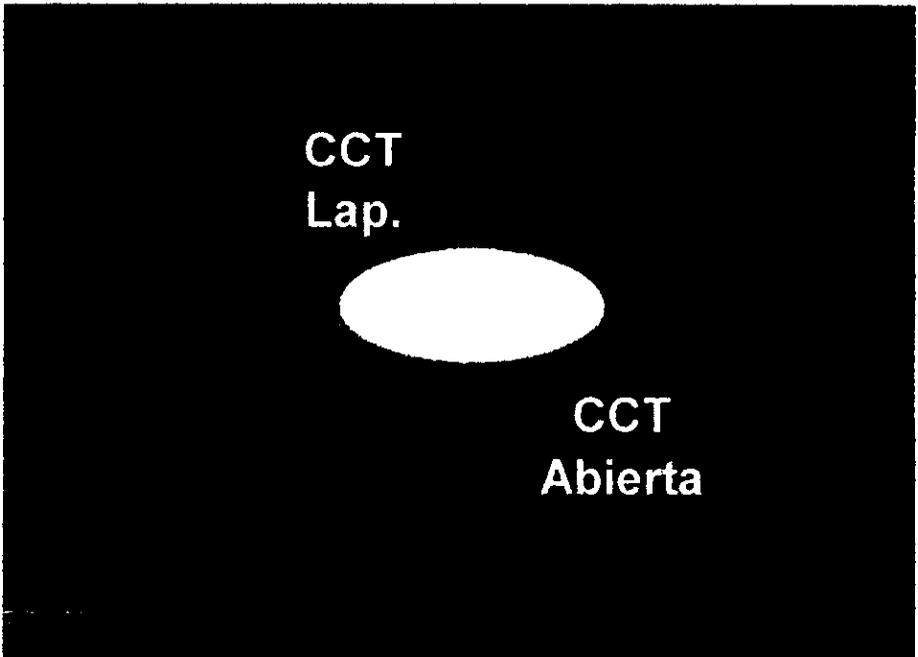
GRAFICA No.1

FRECUENCIA DE CASOS PRESENTADOS DE ACUERDO AL SEXO



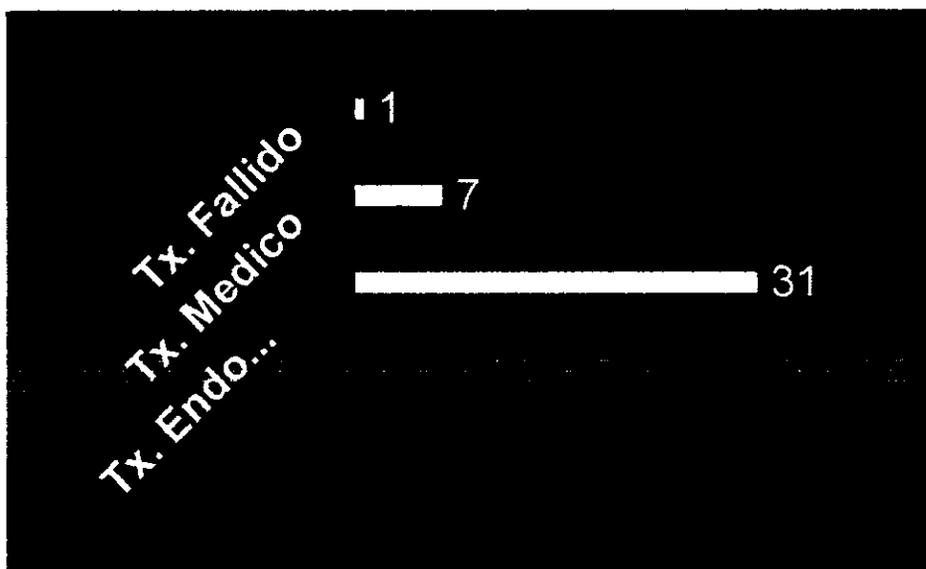
GRAFICA No. 2

CAUSAS QUIRURGICAS DE FISTULAS BILIARES



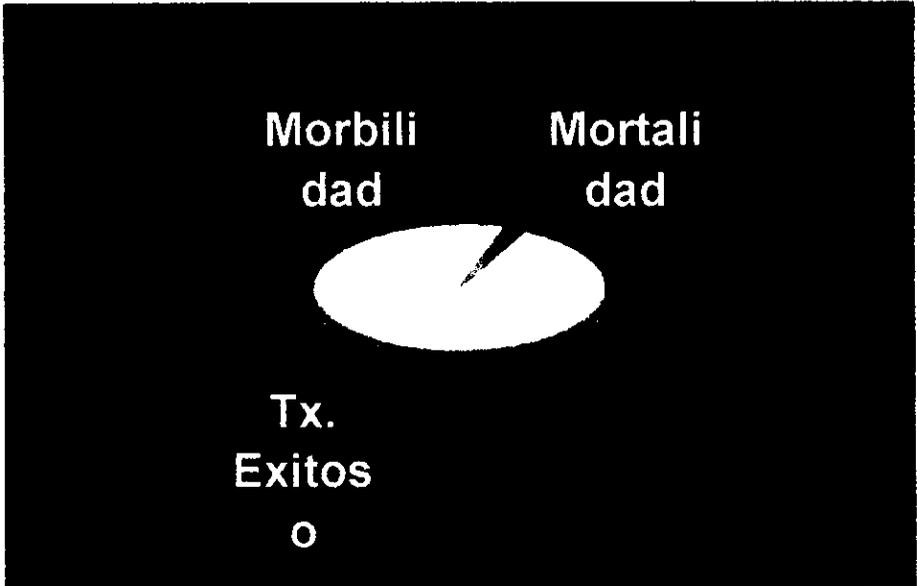
GRAFICA No. 3

TRATAMIENTOS REALIZADOS PARA FISTULAS POSTQUIRURGICOS



GRAFICA No. 4

FRECUENCIA DE MORBILIDAD, MORTALIDAD Y TRATAMIENTO EXITOSO DE LAS FISTULAS POSTQUIRURGICAS POR VIA ENDOSCOPICA.



MORBILIDAD 5.1 %

MORTALIDAD 2.5 %

TX. EXITOSO 93.5 %

GRAFICA # 5

Conclusiones:

1. Las fistulas postquirúrgicas de la vía biliar en el 90 al 95% resultan como complicación quirúrgica inadvertida durante los procedimientos de colecistectomía principalmente con la técnica abierta siendo el sexo femenino el más afectado.
2. Se debe sospechar la presencia de fistulas ante la presencia de síndrome icterico o gastos biliares altos por el pen rose en el postoperatorio inmediato o mediato en pacientes que han sido sometidos a colecistectomía con o sin exploración de vías biliares y practicar a la brevedad posible un estudio colangiografico vía endoscopica ya que este es el procedimiento diagnostico de elección.
3. Los métodos terapéuticos (ESF, ESF más inserción de prótesis, ESF más DNB) empleados mediante endoscopia son eficaces en 95% de los casos.
4. La tasa de complicaciones de los procedimientos endoscopicos terapéuticos empleados para fistulas biliares son muy baja, oscilando del 3.9% al 5.1% constituyendo la hemorragia la principal causa.

Bibliografías.

1. Nakagawa K, Momono S, Sasaki Y, Furosawa A, Ujiie K. Endoscopic Examination for Fistula. *Endoscopy* 1990; 22: 208 – 210.

2. Olmo L, Meroño E, Moreira VF, Garcia T, Garcia PA. Successful treatment of postoperative external Biliary fistulas by endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1988; 34 : 307 – 309.

3. Davids PHP, Rauws EAJ, Coene PPLO, Tytgat GNJ, Huijbregtse K. Postoperative bile leakage: The endoscopic management. *Gut* 1992: 33 ; 1118 – 1122.

4. Moossa A.R., Mayer A.D., et al. Iatrogenic Injury to the bile duct. Who, How, Where? *Arch Surgery* 125: 1028 – 1031. 1990

5. Gadacz T.R. Comparison of open and laparoscopic Cholecystectomy. *Endoscopy*, 24: 730 – 732, 1992.
6. Peters J.H., Gibbons G.D. et al. Complications of laparoscopic cholecistectomy. *American Journal of Surgery* 1991. Volumen 110: 769 – 778.
7. Ponsky J.L. Complications of laparoscopic Cholecistectomy. *American Journal of Surgery*, vol.161: 393 – 395, 1991.
8. Davidoff A.M. Pappas TN. Et al. Mechanism of major biliary injury during laparoscopic Cholecistectomy *Annals of surgery*, 215 (3):195,1992.
9. Ponsky J.L. Management of complications of Laparoscopic Cholecystectomy. *Endsocopy*, 24: 724-729,1992.

10. Glenn F. Iatrogenic injuries to the biliary ductal system. *Surgery Gynecology obstetric*, 146: 430-434,1978
11. Huibregtse K. Endoscopic biliary and pancreatic drainage. Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York,1988.
12. Terotola S., Savader S., et al. Biliary Tract complications following laparoscopic cholecystectomy: Imaging and Intervention. *Radiology*,1992,184 : 195 – 200.
13. Binmoeller KF., Katon RM., et al. Endoscopic management of postoperative biliary leaks: Review of 77 cases and report of two Cases with biloma formation. *Gastroenterology*,86: 227-231,1991.
14. Ponchon T., Gallez JF., et al. Endoscopic treatment of biliary tract fistulas. *Gastrointestinal Endoscopic*, 35: 490-498,1989.

15. Goldin E., Katz E., et al. Treatment of fistulas of the biliary tract by endoscopic insertion of endoprotheses. *Surgery Gynecology Obstetrics*, 170: 418-423, 1990.
16. Del Olmo L., Merono E., et al. Successful treatment of postoperative external biliary fistulas by endoscopic sphincterotomy. *Gastrointestinal endoscopic*, 34, 307-309, 1988.
17. Sauerbruch T., Weinzierl M. Et al. Treatment of postoperative bile fistulas by internal endoscopic biliary drainage. *Gastroenterology*, 90: 1998-2003, 1986
18. Lindstrom E., Ihse I. Endoscopic nasobiliary tube in the management of acute iatrogenic bile-duct lesions. *Acta Chir Scand*, 153: 707-708, 1987
19. Feretis C., Kekis B. Et al. Postoperative external and internal biliary fistulas, unassociated with distal bile duct

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

obstruction: endoscopic treatment. *Endoscopy*, 22: 211-213, 1990.

20.Devier J, Gansbeke Van D. Et al. Endoscopic Management of a Post-traumatic Biliary Fistula,*Endoscopy*, 19:136-139, 1987

21.Smith A.C, Schapiro R.H.et al .Successful treatment of non healing biliary-cutaneous fistulas with biliary stent.*Gastroenterology*, 90:764-769,1986.

22.Burmeister W, Koppen M. O et al.Treatment of a biliocutaneous fistula by endoscopic insertion of a nasobiliary tube.*Gastrointest Endosc*,31: 279-281,1985.

23.Hsu D. Endoscopic sphincterotomy in the management of biliarycutaneous fistula.*Gastroenterology*,82: 1078-1080, 1987.

24. Leung J. W., Chung S.C.S et al. Endoscopic management of postoperative biliary fistula. Surg Endosc, 2: 190-193, 1998.
25. Van Steenberg W. Haemers A et al. Postoperative biliocutaneous fistula. Successful treatment by insertion of an endoprosthesis. Endoscopy, 19: 34-36, 1987.