

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO 79

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

EXPERIENCIA DE LA
COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGIA
BENIGNA Y MALIGNA DE LA VIA BILIAR EN EL SERVICIO DE
GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. ISMAEL PADILLA PONCE



IMSS

MEXICO, D. F.

2000

276249



Universidad Nacional
Autónoma de México



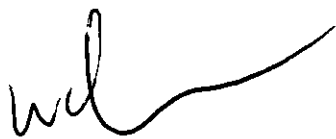
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

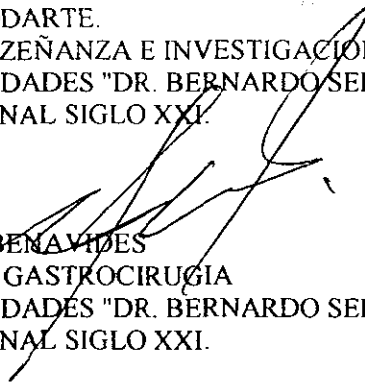
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORES



DR. NIELSH WACHER RODARTE.
JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.



DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
JEFE DEL SERVICION DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G "
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

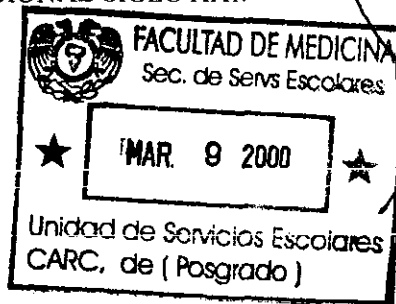
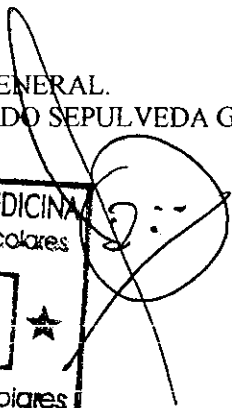


DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA
MEDICO ADSCRITO SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.



LICENCIADA MARGARITA JIMENEZ VILLARUEL
UNIDAD DE INVESTIGACION EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.

DR. ISMAEL PADILLA PONCE
RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGIA GENERAL.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPULVEDA G"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.



AGRADECIMIENTOS

**A DIOS POR DARMELA VIDA Y FORTALEZA
PARA LLEVAR A CABO CADA UNO DE MIS
PROPOSITOS.**

**CON TODO AFECTO Y RESPETO A MI
MADRE POR SU APOYO MORAL DURANTE MI
FORMACION.**

**A MI ESPOSA MARICRUZ E HIJO HAZAEL POR LA
ESPERA, SACRIFICIO QUE CONLLEVARON PARA
LA CULMINACION DE UN ESFUERZO.**

**A CADA UNO DE MIS PROFESORES Y MAESTROS
POR MOSTRARME EL CAMINO Y SER UN GUIA
DURANTE MI FORMACION.**

RESUMEN

La coledocoduodenoanastomosis (CDA) es un procedimiento útil para la coledocolitiasis residual, primaria y múltiple de colédoco, estenosis distal del colédoco y en forma paliativa para el cáncer de ampulla de Vater y adenocarcinoma de cabeza de páncreas con baja morbimortalidad; En el presente estudio retrospectivo, prospectivo y observacional de la experiencia de la CDA en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI, fue determinar los resultados obtenidos como método efectivo y resolutorio para la patología biliar benigna y en forma paliativa para la patología biliar maligna. Se observaron de enero de 1997 a diciembre de 1999 38 pacientes de CDA 28 mujeres 73.7% y 10 varones 26.3% con una edad promedio de 57.2 años donde predominó como antecedentes de importancia la colecistectomía en 22 pacientes 57.9% y patologías asociadas en 18 pacientes 47.4% predominando la hipertensión arterial en 18.4% y la diabetes mellitus en 13.2%, dentro de su sintomatología se observó colangitis en 28.3% y de las pruebas de laboratorio con mayor sensibilidad fueron la B. Directa en 76.3%, F. Alcalina 79.2% y DHL en 91.7% de los estudios de gabinete el ultrasonido se observó una sensibilidad de 93.3% y la CPRE de 100%, sin embargo, tuvo una falla terapéutica del 69.2%, de las indicaciones más frecuentes encontradas fueron la litiasis múltiple en 22 pacientes 52.4% donde su representante más importante fue la litiasis primaria, la litiasis residual 8 pacientes 19.0% y la estenosis ampular de 7 pacientes 16.7% y agrupados como otras causas 5 pacientes 11.9%, la coledocoduodenoanastomosis se realizó laterolateral en 89.5% y terminolateral en 10.5%, se utilizó puntos separados en 81.6% y surgete en 18.4%, con vicryl en 60.5%, dexon en 26.3% y prolene en 13.2% que durante su vigilancia no presentó diferencia en cuanto a su morbilidad, se observó 4 complicaciones transoperatorias 10.5% siendo la más frecuente el sangrado hepático 5.3% y 5 complicaciones postoperatorias 13.1% donde la infección de la herida quirúrgica 7.9% fue la más frecuente, se presentó una defunción lo cual correspondió a 2.6%, con esto se concluye que la coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento rápido, fácil y eficaz para la solución de la patología benigna de la vía biliar y en forma paliativa para la patología maligna de la vía biliar.

INDICE

ANTECEDENTES	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	7
MATERIAL PACIENTES Y METODOS	8
RESULTADOS	9
CONCLUSIONES	12
ANEXO	16
BIBLIOGRAFÍA	17

I. ANTECEDENTES:

La coledocoduodenoanastomosis se empezó a realizar en diferentes enfermedades pancreáticas y biliares a finales del siglo XIX, Riedel en 1988 realizó la primera coledocoduodenoanastomosis, Sprengel en 1891 fue el segundo en describir la técnica siendo ésta muy popularizada en Europa y hasta 1946 Sanders fue de los primeros en realizarla en Estados Unidos de América continuándose los trabajos por Hurwitz en 1959 (1,2).

Uno de los opositores del procedimiento fue Manden el cual mencionaba que esta técnica estaba en contra de la fisiología hepatogastrointestinal y en revisiones publicadas en años anteriores mencionó que la colangitis posterior al procedimiento fue del 0.4% con una mortalidad del 8% (3), sin embargo, era necesario un procedimiento que solucionara los problemas de litiasis residual o recidivante, coledocolitiasis primaria, estenosis distal del coledoco o de procedimientos obstructivos a nivel distal que ofreciera baja morbimortalidad, que fuera accesible como técnica y en poco tiempo de realizar ya que estos padecimientos se presentan en pacientes entre la 5ª y 6ª década de la vida; fue así como continuó perfeccionándose este procedimiento (4).

La coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento quirúrgico en el cual se construye un nuevo estoma entre el colédoco y duodeno para establecer una nueva vía para el drenaje de la vía biliar, sus indicaciones se modificaron con el surgimiento de procedimientos invasivos endoscópicos, sin embargo, la coledocolitiasis con cálculos mayores de 1.5 cm son difíciles de extraer por endoscopia y si presentan falla al litotriptor mecánico o a laser bajo visión directa la coledocoduodenoanastomosis se considera una buena opción (5,6); los múltiples cálculos impactados en la porción distal del colédoco o la litiasis intrahepática en las cuales el riesgo de cirrosis hepática y várices esofágicas es alrededor del 2 al 10% aunado al riesgo de colangiocarcinoma la hepatectomía se realizó cuando la enfermedad se encontraba circunscrita a un solo lóbulo a pesar de las graves secuelas, sin embargo, la coledocoduodenoanastomosis se considera una alternativa ya que el buen resultado se basa en el pasaje espontaneo de los cálculos fuera de los conductos intrahepáticos los cuales pasan a través de la anastomosis hacia el duodeno (6,7); La estenosis distal de la vía biliar predispone a la aparición de episodios de colangitis, formación de cálculos primarios, cirrosis biliar, várices esofágicas, incluso, a la muerte por lo tanto éstos deben ser tratados con un método alternativo como la coledocoduodenoanastomosis; La estenosis asociada con pancreatitis crónica

secundaria a fibrosis crónica del páncreas o a una compresión externa presentó un síndrome de snape, el tratamiento se realizará sólo en caso de que la estenosis persistiera. Las estenosis yatrogénicas son raras y pueden ser tratadas con facilidad, los divertículos yuxtapapilares rara vez producen síntomas, sin embargo se asocian a cálculos biliares y la papilotomía se considera una contraindicación por el riesgo de perforación diverticular, por lo tanto la coledocoduodenoanastomosis se puede considerar una alternativa útil para la resolución del problema.

Las lesiones yatrogénicas de la vía biliar sobre todo las lesiones circunferenciales pueden tratarse con una anastomosis bilioentérica y si ésta se lesiona a la entrada del conducto cístico puede ser factible la coledocoduodenoanastomosis terminolateral en especial si se practica una maniobra de Kocher amplia; en las ictericias obstructivas por procesos malignos como el carcinoma de cabeza de páncreas se utilizan diferentes operaciones de bypass intestinal en el cual la coledocoduodenoanastomosis fue superior al resto de procedimientos con menor frecuencia de colangitis con baja morbilidad y mortalidad (6,7,8).

Las contraindicaciones son el conducto biliar no dilatado por el riesgo de estenosis y colangitis de la vía biliar, por lo que no deberá realizarse en colédocos menores de 1.5 cm; el edema y la inflamación duodenal se considera otra contraindicación ya que el duodeno inflamado es muy susceptible de presentar dehiscencia y causar peritonitis o fístula biliar; la obstrucción maligna es una contraindicación relativa y si no se encuentran las condiciones necesarias debe buscarse otra opción quirúrgica (7,8,9).

TECNICA QUIRURGICA

Se encuentran dos técnicas para la coledocoduodenoanastomosis la laterolateral y terminolateral. La coledocoduodenoanastomosis laterolateral es el procedimiento de elección para todas las indicaciones descritas antes mencionadas, excepto en las lesiones yatrogénicas y en las lesiones por obstrucción maligna o cuando no sea posible realizar el procedimiento laterolateral.

Degenshein describe tres técnicas para la coledocoduodenoanastomosis laterolateral

a) Coledocoduodenoanastomosis con incisión transversa en el colédoco e incisión longitudinal en el duodeno.

b) Coledocoduodenoanastomosis con incisión oblicua en colédoco y longitudinal en duodeno.

c) Coledocoduodenoanastomosis con incisión longitudinal en colédoco y longitudinal en el duodeno, este procedimiento es el más preconizado actualmente fue descrito por Gliedman y Gold ya que satisface los principios básicos como construir una anastomosis tan amplia como sea posible y evitar las filtraciones de la línea de sutura (9,10,11).

Esta se puede realizar en dos o en un plano, en puntos continuos o separados, así como con material absorbible y no absorbible; la mayoría de los autores están de acuerdo en realizarla con material absorbible y en un solo plano para evitar la formación de estenosis ya sea con puntos separados o continuos, además de que se ha demostrado que da los mismos resultados (13,14,15)

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

Las filtraciones de bilis son las complicaciones tempranas de la coledocoduodenoanastomosis las cuales se presentan a nivel de la línea de suturas, generalmente se manejan con tratamiento conservador y el drenaje no debe ser retirado, en casos persistentes se pueden realizar colocación de stent intrahepático por el cual se desvía la bilis (16).

También el colédoco distal actúa como un reservorio para detritus vegetales que causan inflamación local, infección y cuadros repetitivos de colangitis conociéndose esta entidad como síndrome de sumidero, éste se presenta en forma rara y corresponde al 0.14 al 1.3% de los casos (17), Stuart reporta su manejo por medio de la dilatación del estoma por medio endoscópico o por medio de una esfinterotomía (18). La estenosis de la anastomosis biliodigestiva se manifiesta por colangitis por lo que se realizará colangiografía retrógrada y ultrasonido, éstas generalmente se manejan con técnica de dilatación por balón, la cual si fracasa después de varios intentos se someterá la paciente a una remodelación de la anastomosis biliointestinal (19,20,21). Lygidakis está convencido que el principal factor asociado a este síndrome es el diámetro del estoma el cual se presenta en anastomosis menores a 2.5 cm (22). Bautista en una revisión refirió una morbilidad de 15 a 20 % predominando la infección de la herida quirúrgica en 15%, fistulas biliares en un 5%, colangitis 1- 2% con una mortalidad del 2% (23).

La mortalidad recientemente informada de los pacientes que se someten a coledocoduodenoanastomosis por enfermedad benigna es del 1.3 y 5.3% dependiendo de la literatura (24). Los resultados a largo plazo entre una coledocoduodenoanastomosis y coledocoyeyunoanastomosis no presentaron diferencia estadística entre morbilidad y mortalidad postoperatoria y la incidencia de colangitis fue la misma (25). Por lo tanto se concluye que su eficacia es similar, sin embargo, se prefiere la coledocoduodenoanastomosis por la mayor facilidad con que se puede practicar y por la excelente capacidad de examinar el estoma por endoscopia ante la posibilidad de aparición tardía de complicaciones, por lo tanto la coledocoduodenoanastomosis es una operación eficaz para las estenosis distales del colédoco que se asocian con la presencia de cálculos en la vía biliar que no responden a tratamiento con técnicas endoscópicas; la morbilidad y mortalidad son muy bajas y los resultados a largo plazo son excelentes (25,26).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los resultados de la coledocoduodenoanastomosis en la patología del árbol biliar ya sea benigna o maligna en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades "Dr Bernardo Sepulveda G" Centro Médico Nacional Siglo XXI de enero de 1997 a diciembre de 1999?

III. OBJETIVOS:

Determinar cuáles han sido los resultados obtenidos con la coledocoduodenoanastomosis como método efectivo y resolutivo para la patología biliar benigna y en forma paliativa para la patología maligna en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G". Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS.

IV. MATERIAL PACIENTES Y METODOS:

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y prospectivo, transversal, descriptivo que se realizará revisando expedientes clínicos de todos los pacientes a quienes se les realizó coledocoduodenoanastomosis en un periodo de 3 años. La investigación se llevará a cabo del 1 enero de 1997 al 31 diciembre de 1999 en el servicio de Gastrocirugía de Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G". del Centro Médico Nacional Siglo XXI. del IMSS. Se evaluará edad, sexo, antecedentes de importancia, patologías asociadas, signos y síntomas, resultados de laboratorio y gabinete, indicaciones de cirugía, carácter de la cirugía, tipo de coledocoduodenoanastomosis, tipo de sutura, estancia hospitalaria, complicaciones, así como la evolución hospitalaria del paciente y en la consulta externa valorando síntomas con relación a colangitis y su alta. Los resultados se obtendrán de la revisión de expedientes clínicos, y entrevista clínica de seguimiento (telefónica) citando a todos los pacientes a la consulta externa para el llenado de un cuestionario. El análisis estadístico se realizará en forma descriptiva estimando la proporción de los enlaces mediante la obtención de la media de rango, que para mejor comprensión se describirá en las tablas de frecuencia y gráficas.

V. RESULTADOS:

De enero de 1997 a diciembre de 1999 en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepulveda G" del Centro Médico Nacional siglo XXI de México Distrito Federal, se realizaron 45 coledocoduodenoanastomosis para el tratamiento de la patología benigna y maligna de las vías biliares, 7 pacientes se excluyeron del estudio por falta de expediente y del contacto con el paciente. Se encontraron 28 mujeres que representó el 73.7% y 10 varones que representan el 26.3% con una edad promedio de 57.2 años con un rango de edad de 22 a 83 años (figura 1).

Se les estudiaron parámetros clínicos, de laboratorio y gabinete encontrándose como antecedentes de importancia colecistectomía en 22 pacientes el cual correspondió a 57.9% de los cuales a 4 pacientes se les realizó exploración de vías biliares 18.1% de los cuales un paciente presentaba sonda tipo kerr, 3 pacientes presentaron pancreatitis 7.8% dos pancreatitis crónica 5.3% y uno pancreatitis severa 2.6% (figura 2), 18 pacientes presentaron patologías asociadas lo cual correspondió a 47.4% de los cuales 7 pacientes presentaron hipertensión arterial 18.4%, 5 pacientes con diabetes mellitus 13.2%, 4 pacientes con cardiopatía 10.5% y 2 pacientes con neumopatía 5.3% (figura 3). Su sintomatología fue en 33 pacientes dolor abdominal a nivel de hipocondrio derecho que correspondió a 86.8%, 34 pacientes presentaron ictericia 89.5%, fiebre en 20 pacientes con un 52.6% y 5 pacientes se les acompañó de estado séptico con un 13.2% (figura 4). De los estudios de laboratorio a todos se les realizó leucocitos la cual se encontró alterada en 16 pacientes que correspondiendo a un 42.1% de los cuales 9 pacientes se encontraron con cifras de 14400 a 2800 representando el 56.2%, Las bilirrubinas se les determinaron a todos los pacientes encontrándose alterada la bilirrubina indirecta en 12 pacientes 31.6% con rangos de 0.9 a 6.8 mg/dl y la bilirrubina directa en 29 pacientes 76.3% con rangos de 0.6 a 19.1 mg/dl, las transaminasas se les determinaron a 36 pacientes 94.7% las cuales se encontraron alteradas en 13 pacientes 34.2% con un rango para la TGP de 61 a 401 u/l y para la TGO de 68 a 230 u/l, la fosfatasa alcalina se determinó a 24 pacientes 63.2% encontrándose elevada en 19 pacientes 79.2% con rangos de 108 a 656 u/l. (figura 5), la deshidrogenasa láctica se les determinaron a 24 pacientes 63.2% encontrándose alterada en 22 pacientes 91.7% con rangos de 201 a 814 u/l. La gamaglutamiltraspeptidasa se les determinó a 11 pacientes 28.4% encontrándose alterada en 7 pacientes 63.6% con un rango de 170 a 1223 u/l. El ultrasonido se les realizó a 30 pacientes encontrándose alterado en 28 pacientes 93.3% donde se

reporto coledocolitiasis en 18 pacientes 64.4%, dilatación de la vía biliar en 7 pacientes 25%, litiasis intrahepática en 1 paciente 3.5%, colecistitis litiasica en 2 pacientes 7.1%. La colangiografía retrógrada endoscópica se realizó en 20 pacientes 52.6% encontrándose coledocolitiasis en 16 pacientes 80%, 3 estenosis benignas de la vía biliar 15% y una estenosis maligna de la vía biliar 5% (ver figura 6), 15 pacientes se les realizó tratamientos previos 75% encontrándose 13 esfinterotomías 80%, 4 sondas nasobiliares 26.6%, 2 endoprótesis 13.3%, 5 de estos pacientes requirieron 2 a 3 sesiones de colangiografía endoscópica y en 9 pacientes fue fallida la extracción de litos de la vía biliar 69.2%.

Las indicaciones de la coledocoduodenoanastomosis fueron las siguientes:

Litiasis múltiple en 22 pacientes que correspondió a 52.4%, encontrándose litiasis primaria en 21 pacientes con 95.5% donde se determinaron por los antecedentes y las características de los cálculos y litiasis intrahepática en 1 paciente 4.5%.

Litiasis residual que se observó en 8 pacientes que correspondió a 19.0% donde los antecedentes fueron de mucha importancia agregados a la colangiografía retrógrada endoscópica.

Estenosis ampular en 7 pacientes lo cual correspondió a 16.7% observándose estenosis papilar benigna secundario a exploración de vías biliares en 1 pacientes 14.2%, pancreatitis crónica en 2 pacientes lo cual correspondió a 28.4%, adenocarcinoma de la ampula de Vater en 2 pacientes 28.4%, adenocarcinoma de páncreas en 1 paciente 14.2%, 1 paciente con lito impactado en ampula de vater el cual correspondió a 14.2% donde el tratamiento con colangiografía retrógrada endoscópica fue fallido.

Otras causas que se presentaron en 5 pacientes lo cual correspondió a 11.9% donde se observó la dilatación de la vía biliar en 2 pacientes por compresión extrínseca secundario a una pancreatitis severa lo cual correspondió al 40%, estenosis de colédoco distal secundario a exploración de vías biliares en 1 paciente lo cual correspondió a 20%, ascariasis intracoledociana en un paciente con 20% y ligadura de colédoco en 1 paciente con 20 % (figura 7).

La cirugía se realizó en forma programada en 18 pacientes lo cual correspondió a 47.4%, y en forma urgente en 20 pacientes que correspondió en 52.6% (figura 8). La coledocoduodenoanastomosis se realizó por abordaje subcostal tipo kocher en 31 pacientes lo cual correspondió a 81.5% y media

supraumbilical en 7 pacientes con un 18.5%. Se realizó coledocoduodenoanastomosis laterolateral en 34 pacientes que correspondió a 89.5% y terminolateral en 4 pacientes 10.5% (figura 9). Se utilizaron puntos separados en 31 pacientes que correspondió al 81.6% y surgete continuo en 7 pacientes 18.4% (figura 10), el tipo de material de sutura que se utilizó fue Vicryl 23 pacientes que correspondieron a 60.5%, Dexon en 10 pacientes con 26.3% y Prolene en 5 pacientes que correspondió a 13.2% (figura 11), todas las ostomías presentaron un diámetro mayor a 2 cm. y no se encontró relación entre la morbilidad con el tipo de anastomosis y sutura. Todos los pacientes se les documentó drenajes los cuales fueron abiertos en 31 pacientes tipo penrose en 81.5% y saratogas en 7 pacientes 18.5% donde la fecha de extracción fue entre los 4 y 6 días sin presentar diferencia en la morbilidad.

Se presentaron complicaciones transoperatorias en 4 pacientes 10.5% donde una paciente presenta laceración duodenal 2.6%, 2 pacientes presentaron sangrado hepático 5.3% el cual ameritó empaquetamiento con retiro de compresas a las 48 hrs y una paro cardiorespiratorio 2.6% el cual no revirtió a maniobras de resucitación (figura 12).

Se obtuvieron 5 complicaciones postoperatorias 13.1% donde se presentaron infección de la herida quirúrgica en 3 pacientes 7.9%, un paciente con fistula duodenal 2.6%, y estenosis de la anastomosis en un paciente 2.6% a los 7 meses de control el cual mejoró con dilataciones endoscópicas (figura 14).

La estancia intrahospitalaria fue de 5 a 26 días con un promedio de 11 días y un paciente falleció lo que correspondió a una mortalidad de 2.6% la cual fue secundaria a un paro cardiorespiratorio en el trasoperatorio de una paciente femenina de 83 años de edad con diagnóstico de coledocolitiasis cardiópata e hipertensa que se le habían realizado dos colangiografías retrógradas endoscópicas en 2 ocasiones anteriores las cuales fueron fallidas (figura 15).

VI. CONCLUSIONES:

En nuestro reporte de 3 años, se encontraron 38 coledocoduodenoanastomosis en patología biliar benigna y maligna siendo la muestra aceptable en comparación al porcentaje de procedimiento realizados por mes donde se encontró 0.7% en comparación con Degenshein que fue del 0.8%, Birkenfel de 0.5% y Madden 0.7%, presentándose pocos cambios o similares a las series reportadas. Se encontró un predominio del sexo femenino 28 pacientes 73.7% en comparación del sexo masculino 10 pacientes 26.3% que al compararlo con la literatura Degenshein presentó 61% en mujeres y 40 % hombres y Madden 54% en mujeres y 46% en hombres predominando en la sexta década de la vida, dentro de los antecedentes 22 pacientes 57.9% presentaron colecistectomía la cual se había realizado de una semana antes hasta 30 años donde 4 pacientes se les había realizado exploración de vías biliares 18.1% sólo 3 pacientes presentaron diagnóstico de pancreatitis 7.8%, siendo aguda en 1 paciente 2.6% y crónica en 2 pacientes 5.3%; en cuanto a las patologías asociadas encontramos un 47.4% encontrándose superior a lo reportado por Birkemfeld 29%, la presencia de diabetes mellitus se encontró en 13.2%, la hipertensión arterial en 18.4% y las cardiopatía en 10.5% encontrándose dentro de los límites esperados de la población que es de 6 a 35% tomando en cuenta que este grupo de pacientes se encuentra en la sexta década de la vida esto puede considerarse como implícito sin trascendencia.

En cuanto a su sintomatología sólo el 28.3% presentó un cuadro típico de colangitis caracterizado por la triada de Charcot que en comparación con Anciaux el cual reportó 38% de los casos y Ligidakis que fue del 24% y de estos pacientes sólo 5 pacientes 13.2% presentaron estado séptico.

De los resultados de laboratorio 42.1% presentaron leucocitosis que estuvo en relación al cuadro de colangitis lo cual fue muy similar a Lygidakis 44.2%. Los pacientes presentaron hiperbilirrubinemia fueron 29 pacientes 76.3% sobre todo de tipo directo los cuales se correlacionaron con el grupo de pacientes que presentaron litiasis múltiple y litiasis residual que fueron 30 pacientes 71.4%. Las transaminasas se encontraron alterados en 34.2% encontrándose elevadas de 2 a 8 veces elevadas sobre su valor normal quedando dentro de los rangos esperados para la coledocolitiasis rangos que disminuyen a lo normal en el postoperatorio, la fosfatasa alcalina se encontró alterada en 79.2% de 24 pacientes con reportes más sensibles a los reportados por Ligidakis 38%. La deshidrogenasa láctica se encontró alterada en 91.7% de 24 pacientes y la

gamaglutamiltraspeptidasa se encontró alterada en 63.6% de 11 pacientes sin encontrar reportes comparativos.

Entre los estudios de gabinete se encontró que la ultrasonografía presentó una sensibilidad para patología obstructiva de la vía biliar de 93.3% superior a lo reportado por Maingot 85% y la colangiografía retrograda endoscópica presentó una sensibilidad del 100% para el diagnóstico de obstrucción de la vía biliar ya sea coledocolitiasis o estenosis sin embargo a los 20 pacientes que se les realizó CPRE 75% se les hizo tratamientos endoscópicos en donde el 69.2% fue fallida para la extracción de litos y 2 pacientes realizaron pancreatitis moderada la cual mejoró con tratamiento médico.

De las indicaciones en cuanto a la litiasis múltiple se encontró en 22 pacientes 52.3% donde la litiasis primaria presentó un 95.5% siendo las indicaciones más frecuentes encontradas en el estudio siendo superior a lo encontrado por Degenshein 44.6%, sin embargo, teniendo en cuenta que dentro de los antecedentes de importancia el mayor porcentaje lo ocupó la colecistectomía los resultados son de esperar, la litiasis intrahepática se reportó en un paciente 4.5% siendo similar a la Degenshein 2.4% y la litiasis residual se encontraron en 19% encontrándose superiores a la de la literatura que es de 6% pero si agregamos que la población que nosotros manejamos son pacientes trasladados de otras unidades con una infraestructura inadecuada es de esperar los resultados.

En cuanto a las estenosis ampulares se encontró un 16.6% similares a los reportados por Degenshein 14.3% incluyendo los litos impactados en la ampula de Vater, sin embargo en este estudio se les incluyeron las patologías malignas que correspondió a 3 pacientes 42.8%, 2 pacientes con adenocarcinoma de la ampula de Vater 28.4% y un paciente con adenocarcinoma de cabeza de páncreas 14.2%. La estrechez del segmento distal del colédoco en forma secundaria y aislada se encontró en forma escasa 7.8% la cual fue secundaria a compresión extrínseca por pancreatitis crónica en 2 pacientes y a estenosis del colédoco distal en un paciente secundario a la exploración de las vías biliares.

El carácter de la cirugía fue programada en 47.4% y de urgencia en 52.6% donde el abordaje subcostal se encontró en 81.5% y en la línea media en 18.5% observándose en ambos abordajes una visión adecuada. Se realizó coledocoduodenoanastomosis laterolateral en 89.4% y terminoterminal en 10.6% y al igual que los puntos separados o el surgete y al hacerlo con vicryl, dexton o prolene se presentaron buenos resultados sin afectar la morbilidad, el uso de los drenajes de diferentes tipos no modificó la evolución de los pacientes.

Dentro de las complicaciones transoperatorias 10.5% el sangrado hepático se encontró en 5.3% manejándose con empaquetamiento retirándose las compresas a las 48 horas sin complicaciones y las de las postoperatorias 13.1% se presentaron fistula duodenal en 2.6% el cual correspondió a uno de los pacientes que requirió empaquetamiento, estenosis de la coledocoduodenoanastomosis 2.6% e infección de la herida quirúrgica 7.9% presentándose reportes *ligeramente superiores a los reportados por Shein 2.8 a 5.1%*.

En este estudio se encontró una mortalidad de 2.6% la cual ocurrió en una paciente durante el transoperatorio por paro cardiovascular irreversible a maniobras presentando resultados muy similares a Moesgard y Lygidakis 2% los cuales son muy buenos resultados.

La estancia hospitalaria fue en predominio de 11 días estando *ligeramente superiores a los rangos de la literatura sin embargo dada la naturaleza del padecimiento y al tipo de pacientes que se maneja en este hospital la una tercera parte de la estancia hospitalaria constituye el estadio del paciente.*

Con esto concluimos que al realizar un procedimiento eficaz y seguro como la colecistectomía con sus indicaciones bien establecidas se disminuirá la incidencia de patología biliar obstructiva y aunque este tipo de padecimiento se presentan en una edad avanzada con un porcentaje considerable de patologías asociadas se debe determinar el procedimiento quirúrgico ya que el mismo presenta baja morbimortalidad y de no ser así y de continuar con la evolución natural de la enfermedad esto conllevará a colangitis y a la muerte.

La mayor parte de los pacientes presentan dolor abdominal e ictericia que son cuando debe someterse a protocolo de estudio el paciente antes de que realicen cuadro de colangitis que aumentaría la morbimortalidad.

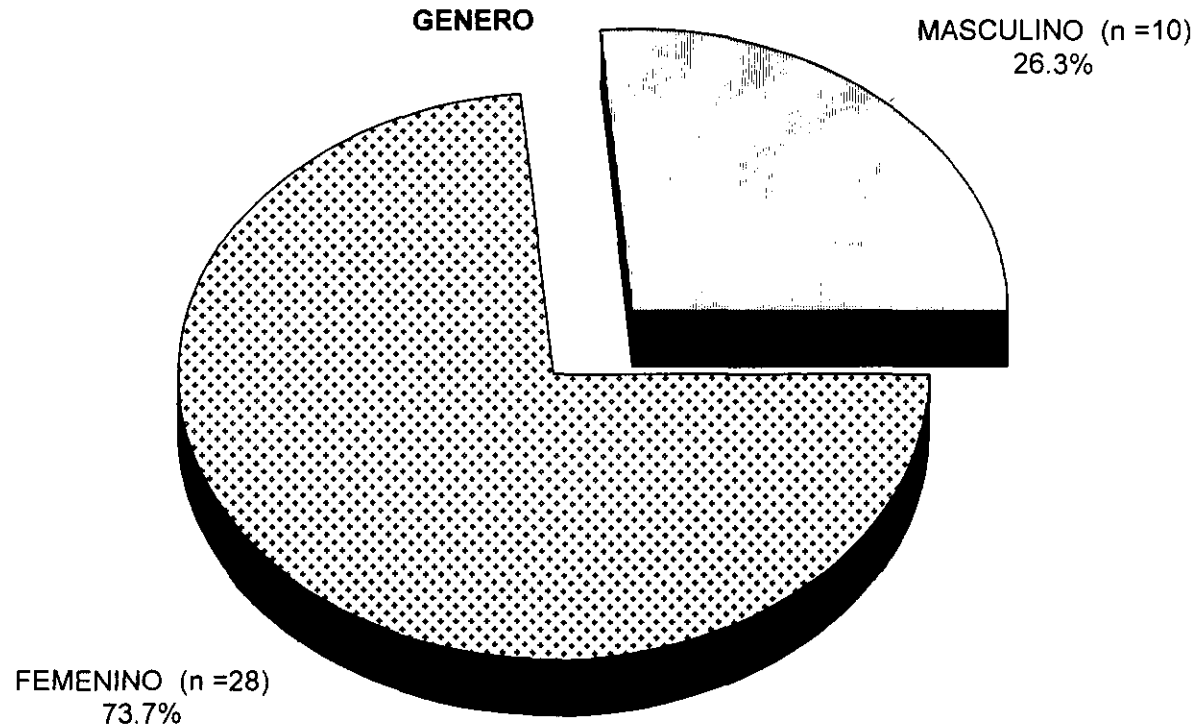
Que las mejores pruebas predictivas de alteración en las vías biliares fueron las bilirrubinas, la fosfatasa alcalina y la deshidrogenasa láctica lo cual puede sugerir el diagnóstico en forma temprana y que la prueba de gabinete más sensible fue la colangiografía retrógrada endoscópica siendo fallida para la extracción de litos en 69.2%, así mismo, retrasando el manejo definitivo causando molestias para el paciente ya que requirieron de 2 a 3 sesiones con una morbilidad no despreciable, sin embargo, a pesar de lo anterior en la actualidad es indispensable la realización de la colangiografía retrógrada endoscópica para definir el árbol biliar con detalle y distinguir en forma casi exacta la causa preoperatoria valorando el paciente candidato para el manejo endoscópico del mismo.

Las indicaciones más frecuentes siguen siendo las litiasis múltiples ya sea primaria o residual seguido por las estenosis papilares y del colédoco distal quedando al final las de tipo maligno mencionando por último que la coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento seguro, rápido, fácil y eficaz para la solución de la patología benigna y en forma paliativa para la patología maligna.

VII. ANEXO

➤ SEXO	FIGURA No. 1
➤ ANTECEDENTES	FIGURA No. 2
➤ PATOLOGIAS ASOCIADAS	FIGURA No. 3
➤ CUADRO CLINICO	FIGURA No. 4
➤ LABORATORIO	FIGURA No. 5
➤ GABINETE	FIGURA No. 6
➤ INDICACIONES	FIGURA No. 7
➤ TIPO DE CIRUGIA	FIGURA No. 8
➤ TIPO DE ANASTOMOSIS	FIGURA No. 9
➤ TIPO DE SUTURA	FIGURA No. 10
➤ MATERIAL DE SUTURA	FIGURA No. 11
➤ COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS	FIGURA No. 12
➤ COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS	FIGURA No. 13
➤ MORTALIDAD	FIGURA No. 14

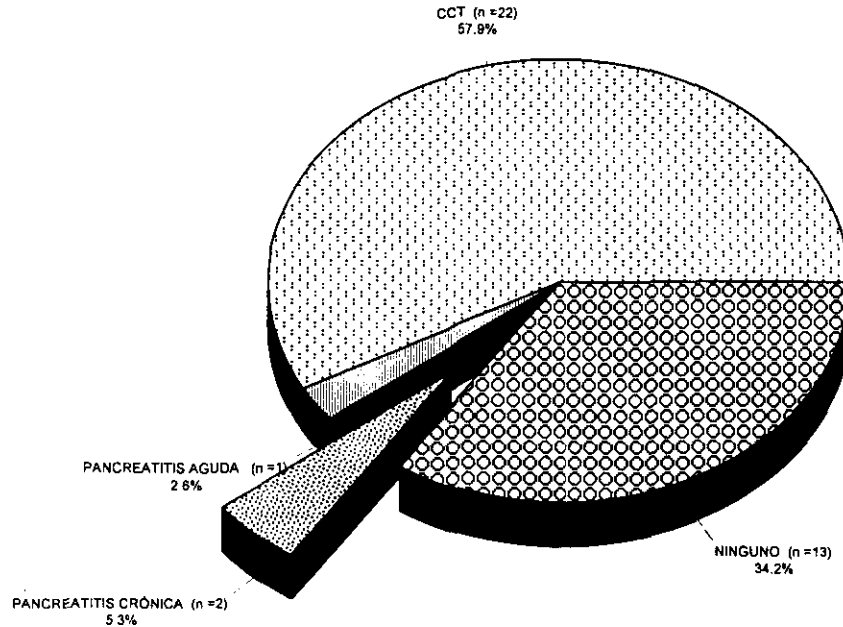
**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA
BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE
GASTROCIROLOGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

ESPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI

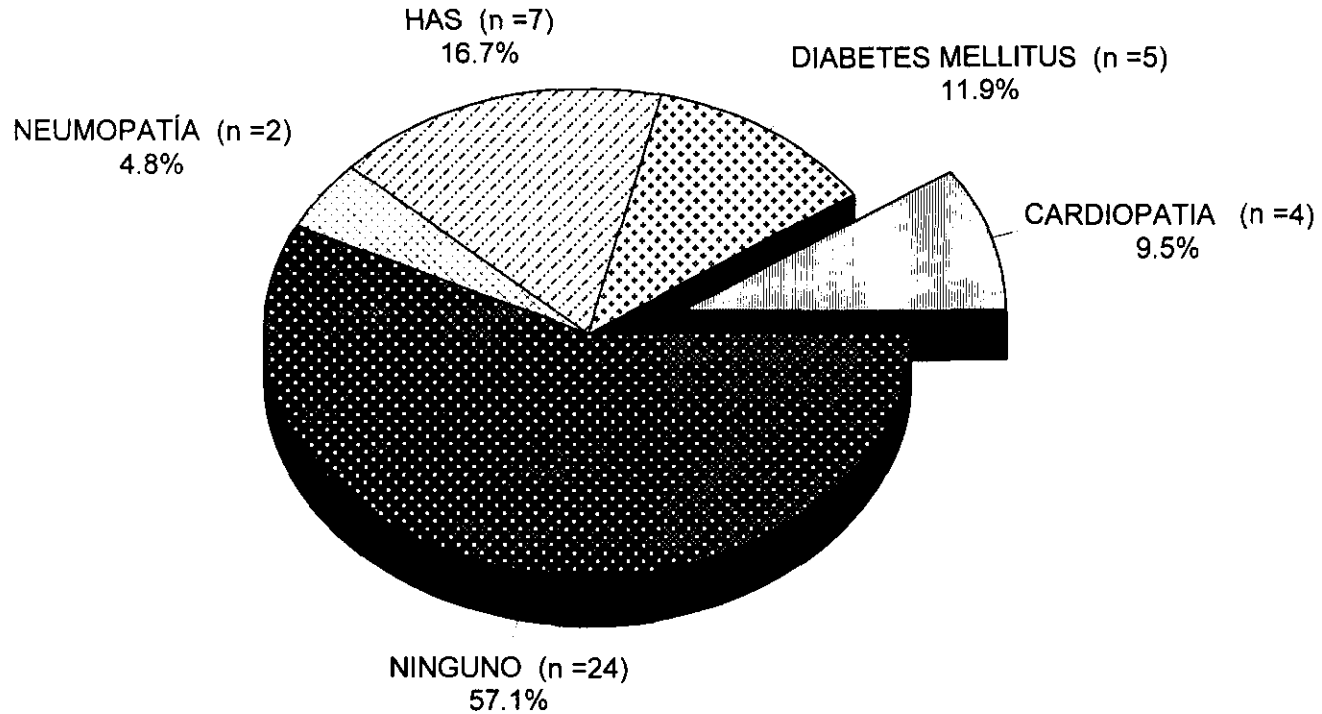
ANTECEDENTES



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI

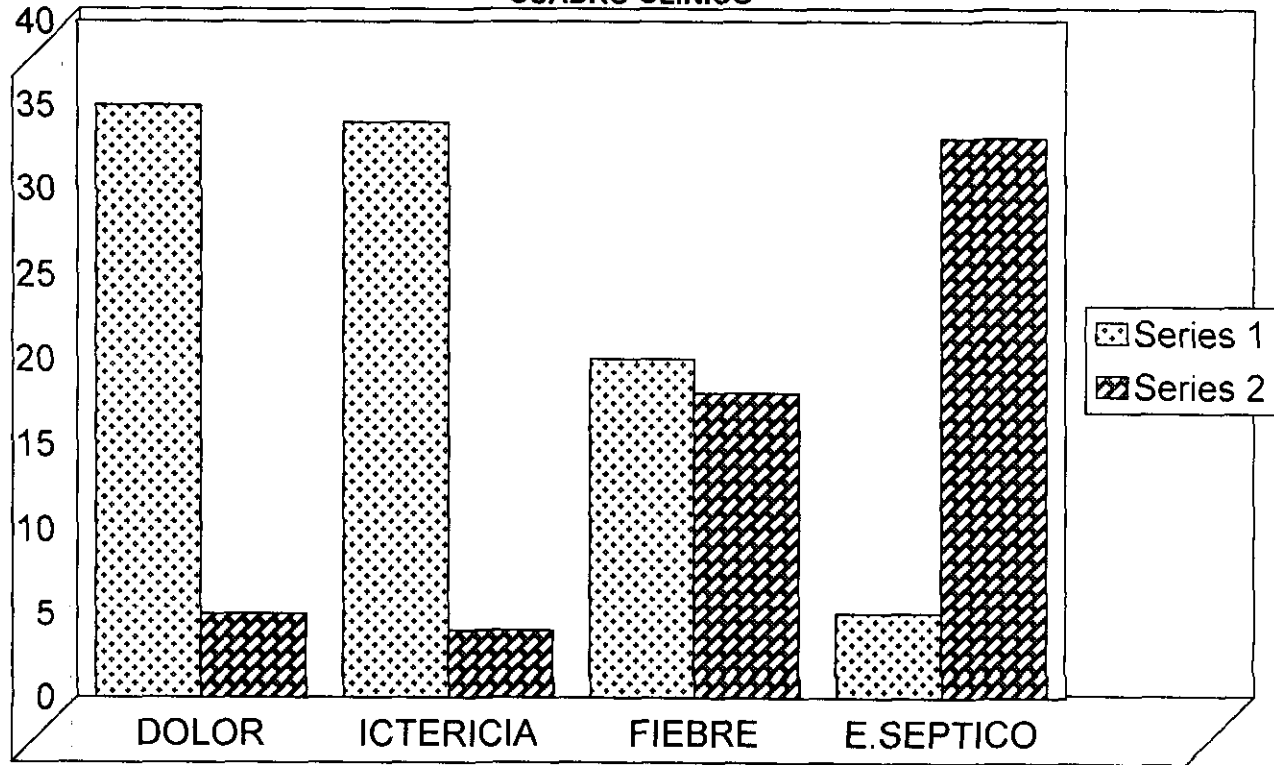
PATOLOGÍAS ASOCIADAS



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIURGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

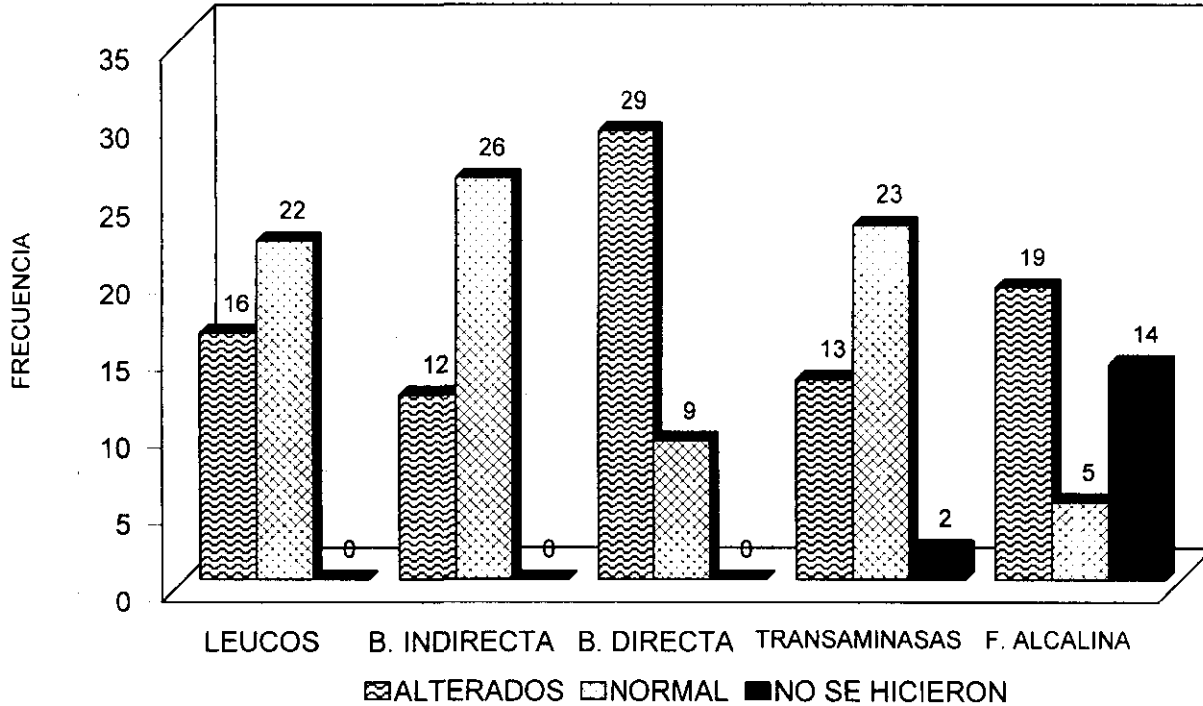
CUADRO CLÍNICO



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
 PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
 SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

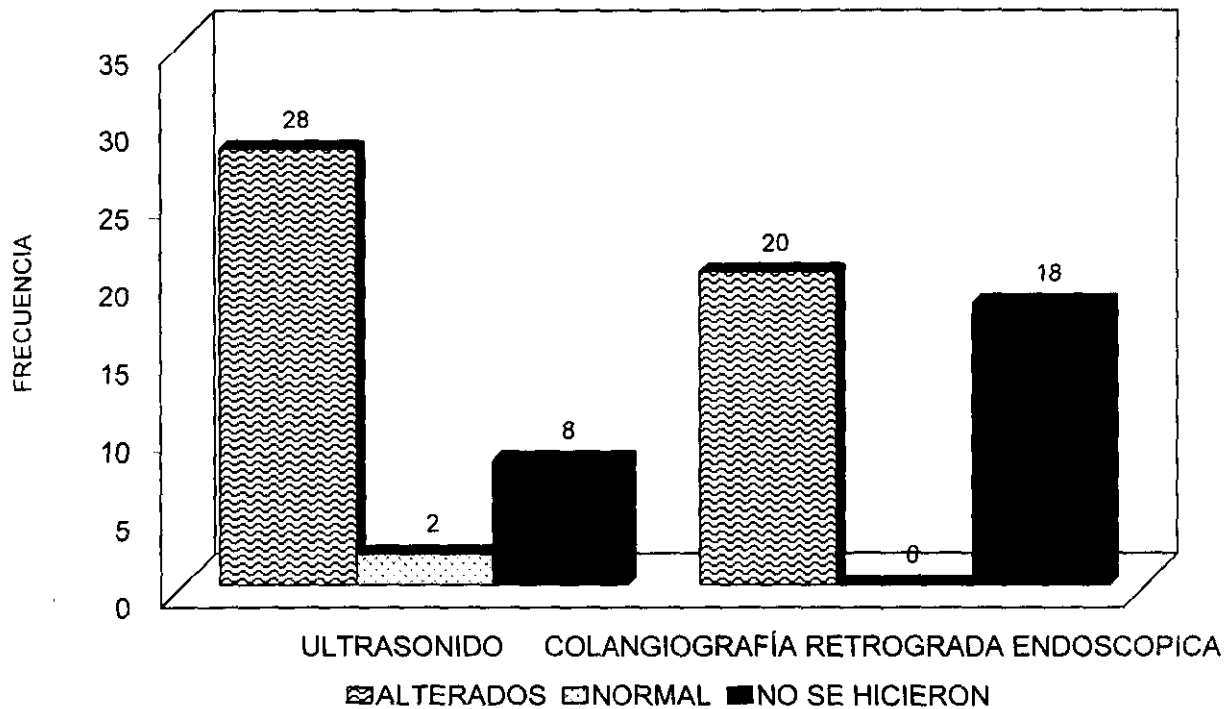
LABORATORIO



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI

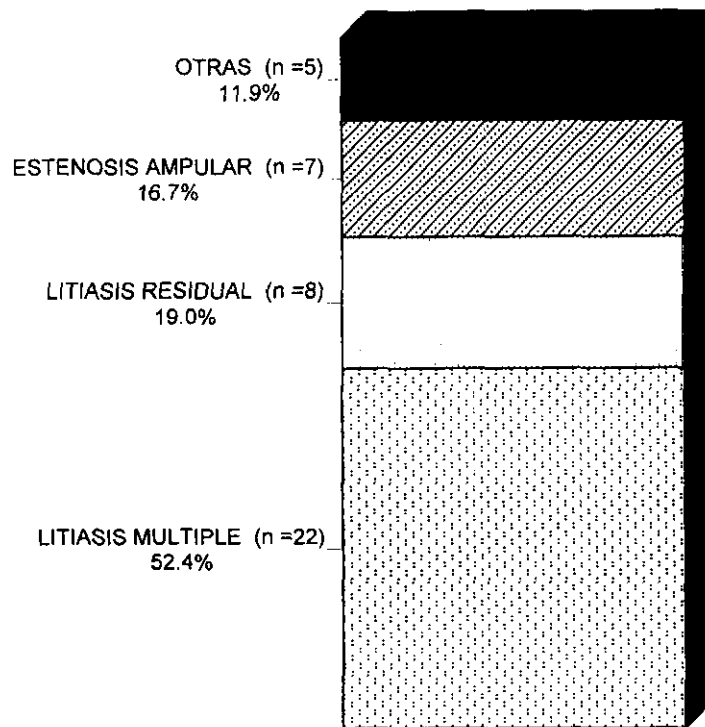
GABINETE



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIROLOGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI

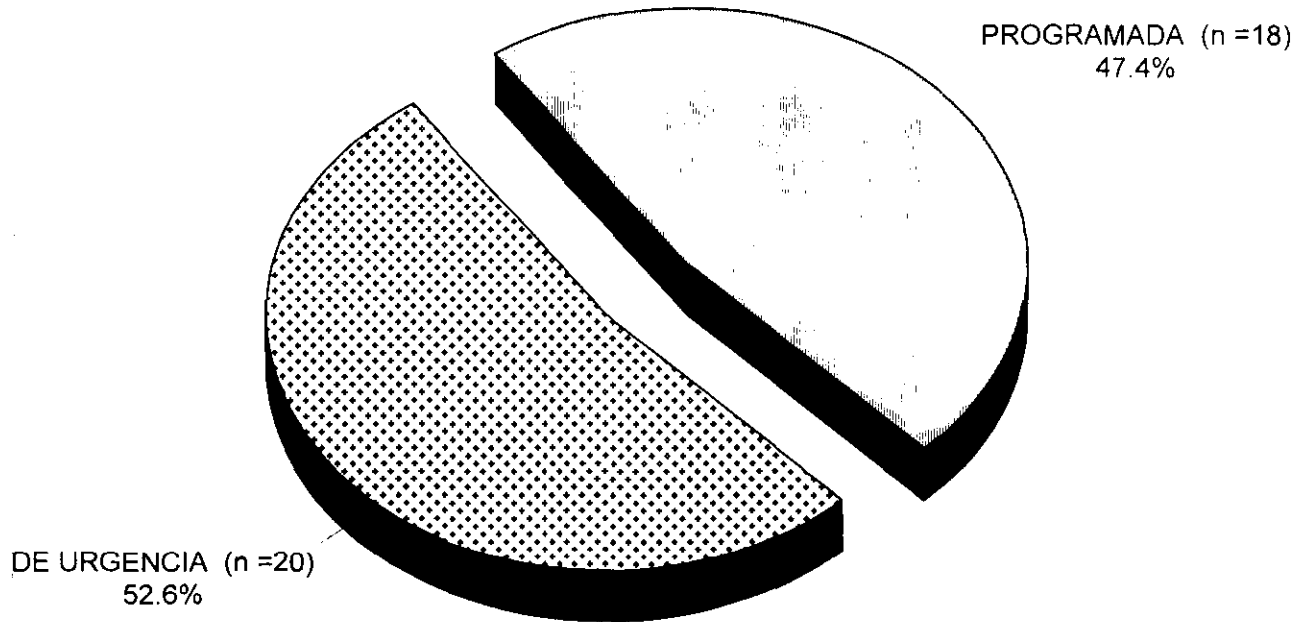
INDICACIONES



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

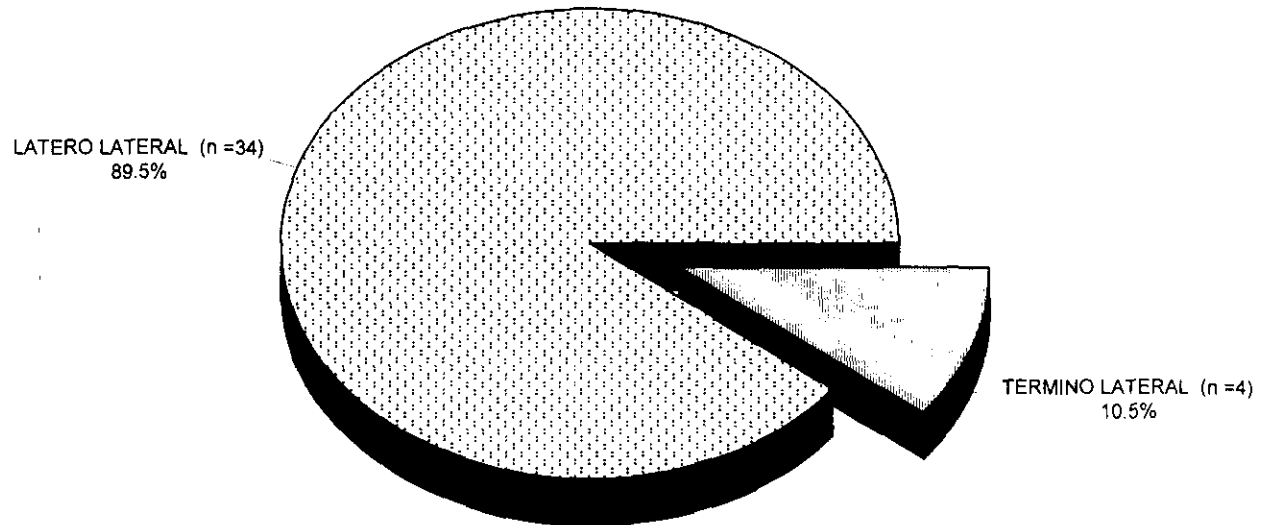
TIPO DE CIRUGÍA



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**ESPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

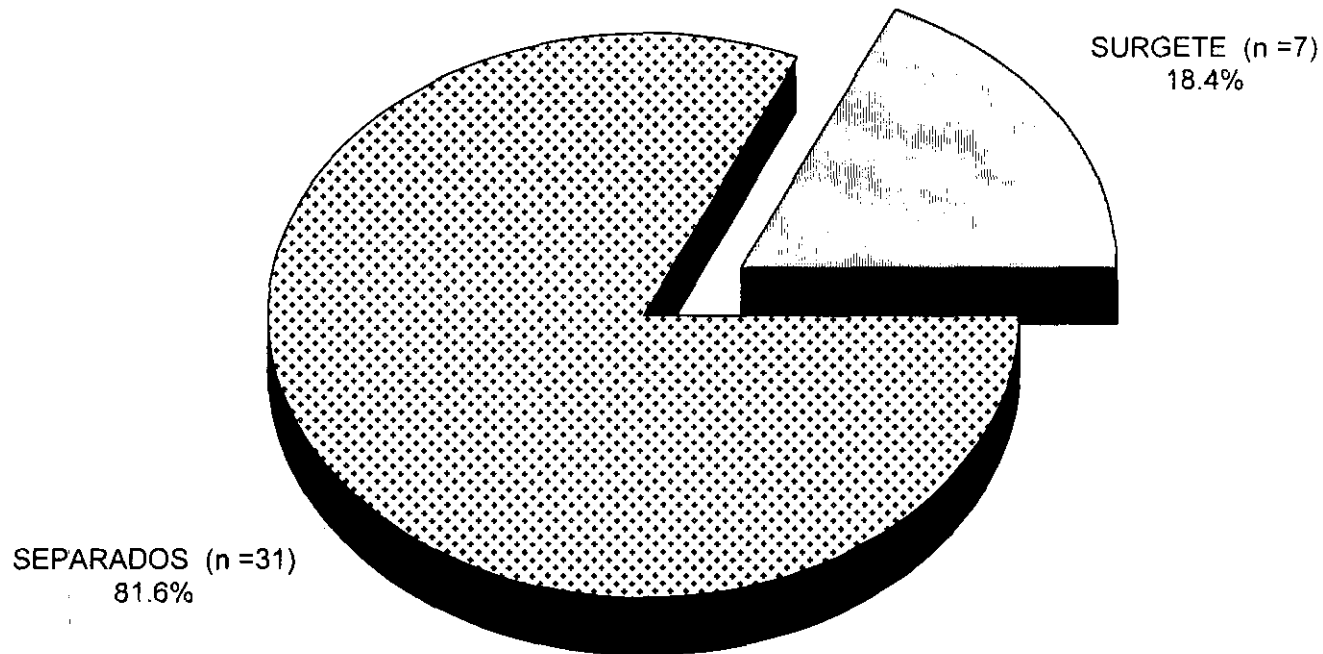
**TIPO DE ANASTOMOSIS
(COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS)**



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

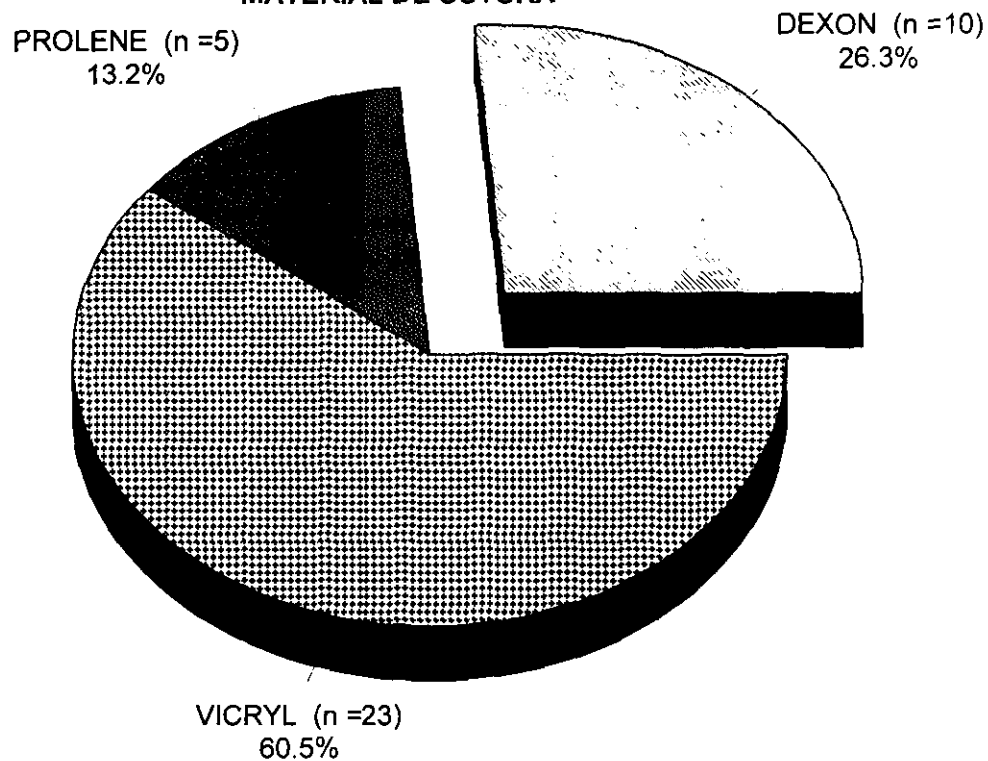
TIPO DE SUTURA



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**ESPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

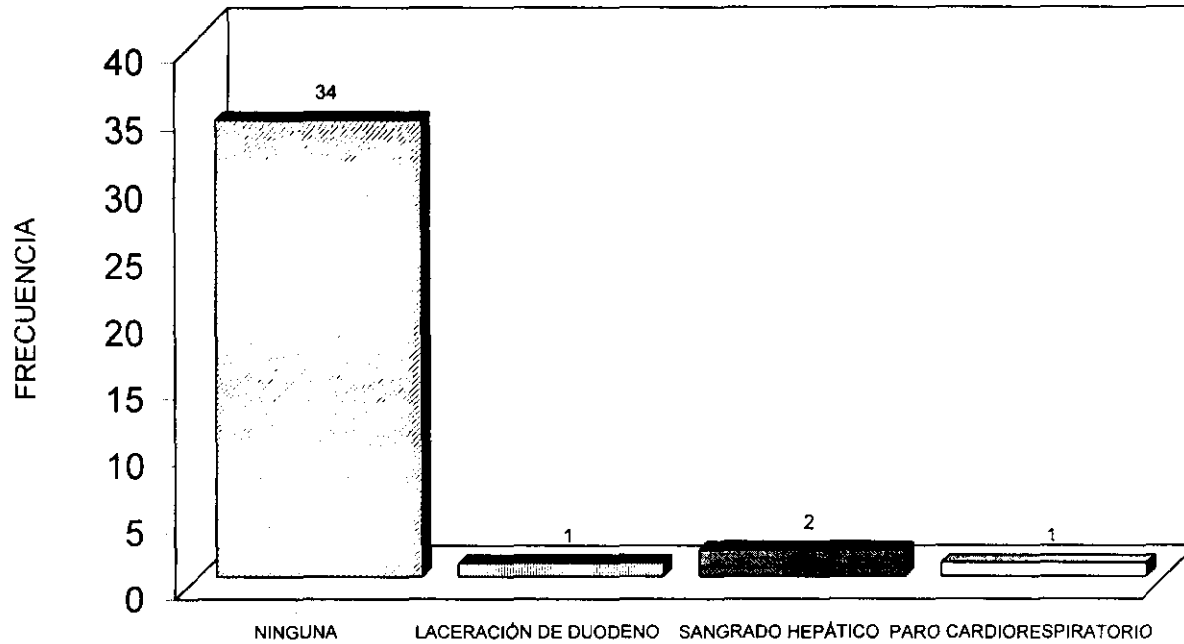
MATERIAL DE SUTURA



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

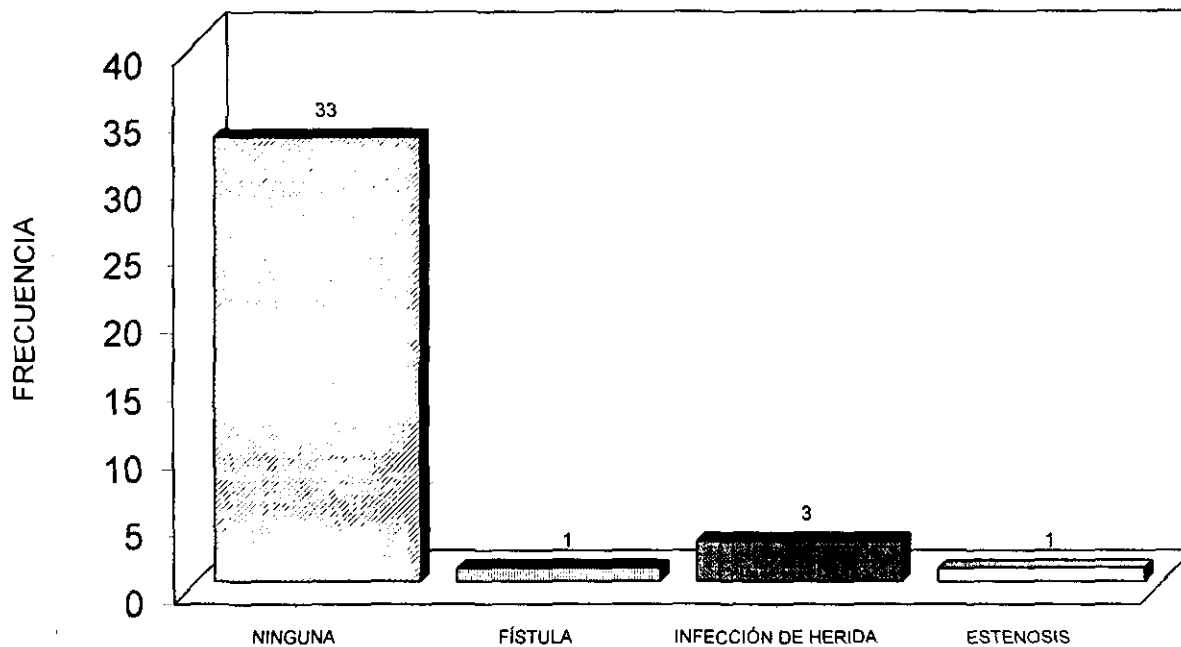
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI

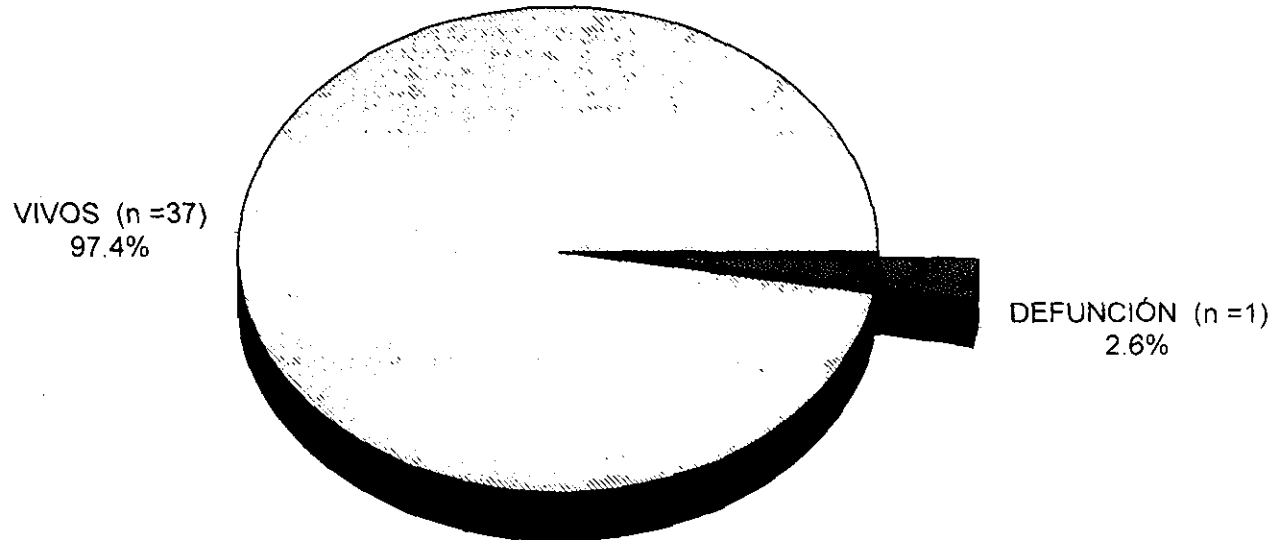
COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

**EXPERIENCIA DE LA COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EN
PATOLOGÍA BENIGNA Y MALIGNA DE LA VÍA BILIAR EN EL
SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL H.E. C.M.N. S. XXI**

MORTALIDAD



PACIENTES OBSERVADOS DE ENERO DE 1997 A DICIEMBRE DE 1999

VIII. BIBLIOGRAFIA:

1. - Stain S, Et al. Choledocholithiasis. *Ann Surg.* 1991 Jun; 213 (6): 627-633.
2. - Moesgarard F. Prospective choledochoduodenostomy in múltiple común duct stone in the aged. *Surg Gin Obst* 1982 Feb; 154: 232-234.
3. - Madden A. Side-to-side choledochoduodenostomy in the managment of choledocholithiasis in the management of choledocholithiasis and associated disease. *Am J Surg.* 1984 Feb; 147: 253- 259
4. - Lygidakis N. Et al. Surgical approaches to recurret choledocholithiasis. *Am J Surg* 1983 May; 145: 636-639.
5. - Vogt D, Et al. Coledochoduodenostomy of sphinteroplasty for biliary and pancreatic disease. *Ann Surg.* 1981 Feb; 193(2): 161-168.
6. - Tomas C, Et al. Efectivennes of choledochoduodenostomy and transduodenal sphinterotomy in the treatment of benign obstruction of the common duct. *Ann Surg* 1971 Jun; 173(6): 845-856.
7. - Degenshein G. Et al. Choledochoduodenostomy: An 18 year study if 175 consecutive cases. *Surgery* 1974 Aug; 16(2): 319-324.
8. - Moreuy J, Et al. Traditional surgical management of the bile duct stones: A propective study durign a 20 years experience. *Am J Surg* 1995 Feb; 169: 220-225.
9. - Birkenfekd S, Serour F, Levi S, Abulafia A. Choledochoduodenostomy for benign and malignant biliary tract diseases. *Surgery* 1988 Aug; 103(4): 408 410.
10. - Shackelford *Surgery of the alimentary tract.* Zuidema G, 3er ed.; III: 254- 262.
11. - Zinner M Shwartz S, Ellis H. *Abdominal operations* 10 a ed. ; II : 1753 – 1759.
12. - Madden J. Et al. Choledochoduodenostomy. *Am J Surg.* 1970 Jan; 119: 4554- 4559.

13. - Parilla P, Ramirez P, Sanchez F, Perez J. Long term results of choledochostomy in the treatment of choledocholithiasis. *Gastrointestinal endoscopy*. 1992; 38(3): 403-405.

14. - Lygidakis N. Choledochoduodenostomy in calculous biliary tract disease. *Br J Surg*. 1981; 68: 762-765.

15. - Kuroda Y, Suzuki Y, Ku Y, Ajiki T, Tanioka Y. Biliary-enteric anastomosis by means of a single layer of serosubmucosal sutures without tube drainage *Arch Surg*; 1996 Jun; 131: 637-640.

16. - Schein A. Et al. Choledochoduodenostomy and adjunct to choledochotomy. *Surg Gin Obst*. 1978 Jan; 156: 25-32.

17. - Birkenfeld S. Et al. Choledochoduodenostomy for benign biliary tract disease in the elderly. *Am Surgeon* 1987 Nov; 53: 658-660.

18. - Stuart M. Hoerr S. Late results of side choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy for benign disorders. *Am J Surg* 1972 Jan ; 123(5): 67-72.

19. - Blair J. Et al. Endoscopic treatment of stomal stenosis after choledochoduodenostomy: preliminary report. *Surgery* 1985 Apr; 97(4): 487-489.

20. - Wilson S, Toi A. Sonography accurately detects biliary obstruction in patient with surgically created biliary-enteric anastomosis. *Am J. Roent* 1990 Oct; 155: 789-794.

21. - Baker A, Neoptolemos J, Carr D, Fossard D. Sump syndrome following choledochoduodenostomy and its endoscopic treatment. *Br J Surg* 1985 Jun; 72: 433-435.

22. - Bautista O. Anastomosis biliointestinales. *Rev Cir Gral* 1984 ; 8: 56-62.

23. - Lygidakis S. Et al. Operative risk factors of cholecystectomy choledochotomy in the elderly. *Surg Gin Obst*. 1978 Jan; 156: 25-32.

24. - Panis Y, Fagniez P, Brisset D, Lacaine F. Long term results of choledochoduodenostomy versus choledochoyeyunostomy for choledocholithiasis. Surg Gin Obst. 1993 Jul; 177: 33-37.

25. - Porrilla P, Ramirez P, Sanchez F, Perez J, Candel M. Long-term results of choledochoduodenostomy in the treatment of choledocholithiasis: Assessment of 225 cases. Br J Surg 1991 Apr; 78: 470-472.

26. - Escudero A, Escallon A, sack J, Halpern N. Choledochoduodenostomy (analysis of 71 cases followed for 5 to 15 years) Ann Surg 1991 Jun; 213(6): 635-642.

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