



20
2ej
11209
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE

MANEJO INTEGRAL DE LITIASIS RESIDUAL EN EL
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DRA. GEORGINA CUEVAS MARAVILLAS



ISSSTE MEXICO, D. F.

278090
OCTUBRE DE 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

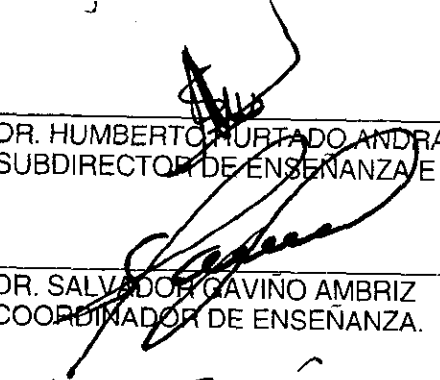


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.


DR. HUMBERTO HURTADO ANDRADE
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION.


DR. SALVADOR GAVINO AMBRIZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA.


DR. RAÚL GUTIERREZ GUTIERREZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION


DR. EDUARDO FERNANDEZ DEL VILLAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO


DR. DANIEL ANGELINO DE LEON LOPEZ
ASESOR DE TESIS



Si sobrevives, si persistes, canta,
sueña, emborrachate.
Es el tiempo del frío: Ama,
Apresúrate. El viento de las horas
barre las calles, los caminos
los árboles esperan, tú no esperes
este el tiempo de vivir, el único.

Jaime Sabines.

A MI MADRE Y A MI PADRE

PRESENCIA ETERNA EN MI ESPIRITU

Por su ayuda incondicional siempre
por su cariño y apoyo en mis momentos
difíciles al Dr. Gerardo Navarro Toledo.

a Dios:

Por dejarme ver que YO SOY

INDICE

RESUMEN_____	1
INTRODUCCION_____	3
MATERIAL Y METODOS_____	6
RESULTADOS_____	8
DISCUSION_____	10
CONCLUSIONES_____	13
BIBLIOGRAFIA_____	14

MANEJO INTEGRAL DE LITIASIS RESIDUAL EN EL CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.
DRÁ. GEORGINA CUEVAS MARAVILLAS.
CIRUGIA GENERAL
CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE.

OBJETIVOS: Analizar los diferentes métodos terapéuticos en pacientes con litiasis residual que ingresan al servicio de cirugía general del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre. MATERIAL Y METODOS: Del primero de Marzo de 1995 al 30 de Septiembre de 1997, estudiamos 20 pacientes con diagnostico de litiasis residual. A su ingreso, en cirugía general, realizamos historia clínica completa, exploración física, y exámenes de laboratorio, así como ultrasonido de hepatobiliar y colangiografías transonda en T y transhepática. Los pacientes fueron sometidos a extracción de litos residuales mediante canastilla de Dormia, esfinterotomía endoscópica por CPRE y cuando no se resolvió el problema por métodos no operatorios, los pacientes fueron sometidos a cirugía, vigilando posteriormente evolución y complicaciones. RESULTADOS: Durante 31 meses se estudiaron 20 pacientes con litiasis residual en el Centro Medico Nacional 20 de Noviembre. La edad promedio fue de 53.6 años, con un rango de 21 a 78. Tres Pacientes fueron Hombres (15%) y 17 mujeres constituyendo el 85%. Se corrobó diagnostico mediante colangiografía transonda en T, en 8 pacientes (40%), Colangiografía transhepática en dos pacientes (10%), CPRE en 10 pacientes (50%). Se resolvió el problema con canastilla de Dormia (sonda en T) en 5 pacientes (25%), CPRE en 6 pacientes (30%). Nueve pacientes fueron sometidos a cirugía (45%), de los cuales a 3 se les realizó coledocotomía y a 6 coledocoduodeno anastomosis latero lateral. La complicación más frecuente fue pancreatitis, 4 pacientes (20%). Dehiscencia de anastomosis biliodigestiva, un paciente (5%). Mortalidad en 1 paciente (5%) por pancreatitis necrotizante.

INTEGRAL MANAGEMENT OF RESIDUAL LITHIASIS AT THE MEDICAL CENTER 20th OF NOVEMBER.

DR. GEORGINA CUEVAS MARAVILLAS

GENERAL SURGERY

NACIONAL MEDICAL CENTER 20th OF NOVEMBER

OBJECTIVES: To analyze the different therapeutic methods in patient with residual lithiasis that are hospitalized in general surgery in de National Medical Center 20th of November. **Material and Methods:** Since the 1st of March of 1995 to the 30th of September of 1997 , 20 pacientes where studied with diagnosis of residual lithiasis. At their hospitalization in general surgery we made a complete clinical history, physical exploration , and complete laboratory tests, Hepatobiliary Ultrasonography and tranhepatic Cholangiography, and through T tube. The patients underwent lithiasic extraccion with the Dormia Basket, Endoscopic Sphinterotomy by ERCP, when this procedure failed the patient underwent surgery. With care in the postoperative period.

RESULTS: During this period we studied 20 patients with residual lithiasis at the National Medical Center 20th Of November. The age Average Was 53.6 Years , and range from 21 to 78 , three patients were male (15%) and 17 females (85%).

The diagnosis was done with procedures such as T tube cholangiography in 8 patients, 40% percutaneous transhepatic cholangiography in 2 patients (10%), ERCP in 10 patients (50%) . The problem was solved with a Dormia Baset (T tube) in 5 pacientes (25%), ERCP in 6 pacientes (30%). 9 patients underwent surgery(45%), three of wich underwent choledochotomy and 6 choledocoduodenalanastomosis.

The most frequent complication was pancreatitis in 4 patients (20%). Dehisence of the biliodigestive anastomosis in 1 patient (5%). 1 patient died (5%) due to necrotizing pancreatitis .

CONTENIDO:

INTRODUCCION:

La colecistectomía por colelitiasis, es la cirugía más común en los Estados Unidos, más de 500 000 se llevan a cabo cada año. La exploración del conducto biliar común por coledocolitiasis, se realiza del 5 al 10% de los casos, resultando en 25 000 a 50 000 coledocotomías por año. Varias técnicas se han usado antes de la exploración del conducto biliar, que excluyen o minimizan la incidencia de cálculos retenidos en el conducto común. Estas técnicas incluyen Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE), colangiografía transoperatoria, y coledoscopia. La papilotomía preoperatoria reduce significativamente la incidencia de cálculos retenidos en el conducto común del 2 al 4%. (1)

La incidencia de litiasis residual tiene un rango del 7 al 20%, y el porcentaje de los pacientes quienes tienen, va del 15 al 25%. La incidencia de litiasis residual en el conducto común, revela de alguna forma el número de cálculos encontrados en el conducto. Cuando no se encuentran, la incidencia de litos retenidos es solamente del 1 al 4%, ahora si se encuentran de 1 a 4 litos, la incidencia de retención es del 30%, y si se encuentran de 5 ó más litos, la incidencia es casi del 80%. Esta retención de litos usualmente provienen de los conductos intrahepáticos, los cuales son difíciles de detectar a pesar de la colangiografía transoperatoria. Otros factores, que incrementan la incidencia de la litiasis residual, incluyen falla en el uso del coledoscópio, y falla en la organización de la colangiografía. (2,3)

Los criterios que exigen la exploración de un conducto biliar son: litos palpables o litos que se demuestran por una colangiografía preoperatoria o transoperatoria, fosfatasa alcalina y bilirrubinas aumentadas en suero, y pancreatitis biliar. La colangiografía transoperatoria de rutina demuestra la presencia de litos insospechados en aproximadamente 5% de los pacientes, si los litos son pequeños, (entre 2 a 3 mm) los litos pueden pasar espontáneamente hacia el duodeno. (4,5)

La colangiografía transoperatoria es extremadamente útil, no solo para determinar la presencia o ausencia de litos, sino para saber el número y su localización. Los aspectos importantes para evaluar un colangiograma consisten en una imagen adecuada de los conductos biliares, notando el tamaño del conducto biliar común y la entrada del medio de contraste hacia el duodeno y la presencia o ausencia de defectos de llenado. Otra de las indicaciones para explorar el conducto biliar común son demostración de litos por colangiografía, palpación de litos y dilatación del conducto (más de 1.5cm), los estudios preoperatorios tales como pruebas de función hepática (PFH) anormales y una amilasa elevada, pueden hacer sospechar al cirujano de litos en el conducto biliar. Para la exploración del conducto biliar, debe ser adecuada la movilización del duodeno y del conducto biliar. El duodeno debe ser movilizado a través de maniobra de Kocher, y a través de la palpación del conducto intrapancreático. (6,7)

En todos los pacientes con litos en la vesícula biliar y en el colédoco, de acuerdo a sus características morfológicas, características del mismo lito, así como su conformación, fueron detallados en 1923 por Aschoff. Las características morfológicas de cada tipo de litos son únicas y fácilmente reconocibles no requiriendo para su propia identificación, de estudios bioquímicos. La clasificación se divide en cuatro categorías: 1) Inflamatorios.- son múltiples, café amarillentos, y fascetados. Uno o más de estos litos pueden emigrar a través del conducto cístico hacia el colédoco. 2) Metabólicos (pigmentados, bilirrubinato de calcio y colesterol).- los litos puros de pigmento son múltiples, irregulares, pequeños, negros, se encuentran en pacientes con esferocitosis, los litos de bilirrubinato de calcio, son múltiples de color amarillento y seccionando el lito el núcleo es oscuro, pigmentado. Se observa en mujeres jóvenes y como complicación del embarazo. Puro de colesterol, ovalados, color amarillo, verde o café. 3) combinados y 4) estasis.- forma ovoide variabilidad en tamaño, café verdosos. (9)

Los cálculos del colédoco, se pueden clasificar como primarios, o formados en el propio conducto, y secundarios, que son los que se originan en la vesícula biliar y pasan por el conducto cístico, para situarse en el colédoco. Las pruebas epidemiológicas sugieren que la mayor parte de los cálculos en el colédoco se originan en la vesícula biliar. Dado que la mayoría de los pacientes que tienen cálculos de colesterol en el colédoco, los tienen también de composición idéntica en la vesícula biliar, se creó que la mayor parte de los cálculos de colesterol que se encuentran en el colédoco son secundarios. En contraste, se pueden formar cálculos de bilirrubinato de calcio, o pigmento en cualquier sitio de las vías biliares, y probablemente constituyen la fracción de mayor tamaño de los cálculos primarios del colédoco. (11)

Una técnica vital para el tratamiento de la litiasis residual es la colangiografía las imágenes que produce no solo ofrecen una indicación sobre el número y la ubicación de los cálculos, sino que ponen de relieve, además la anatomía y la permeabilidad del árbol biliar. Aunque a este respecto, es útil la colangiografía estática, la introducción de la colangiografía fluoroscópica en la sala de operaciones ha permitido ampliar la capacidad del cirujano para que identifique las anomalías tanto estructurales como funcionales, del sistema biliar. Al tomar radiografías centradas de las diversas etapas de llenado del sistema ductal, el cirujano es capaz de evitar el sobre llenado con enmascaramiento de los cálculos pequeños, y de valorar el sistema biliar a una presión de inyección menor que la típica de la colangiografía estática. (10,11,12 y 14)

El colangioscópico no solo redujo de manera drástica, la incidencia de cálculos retenidos, pues se describieron también, el descubrimiento de lesiones incidentales, como cánceres de los conductos biliares, y la clasificación precisa de estas lesiones. Se dispone de diversos instrumentos para el empleo a través del colangioscópico, entre ellos canastillas, globos, pinzas para extracción de cálculos, pinzas de biopsia y litotritores mecánicos. Hace poco se desarrollaron diversos nuevos instrumentos, como los dispositivos de fragmentación de cálculos electrohidráulicos, ultrasónicos y de láser. (13, 15 y 16)

Los cálculos en vías biliares pueden ser fragmentados por litotricia extracorporal por ondas de choque, esta técnica es similar a la fragmentación que se hace en los litos del riñón, además está reportado con 0% de complicaciones. Otro método de fragmentación es el láser intracoleodociano. (15 , 16)

La indicación precisa para llevar a cabo una esfinterotomía retrógrada endoscópica (ERS), es en el paciente post colecistectomizado con litiasis residual, quien tiene un riesgo elevado al llevarse a cabo una coledocotomía, algunos pacientes con litos en el colédoco son candidatos a la ERS antes de llevarse a cabo la colecistectomía debido al alto riesgo quirúrgico asociado a enfermedades severas, y la colecistectomía puede ser llevada a cabo posteriormente. La ERS está contraindicada en la presencia de pancreatitis aguda. La esfinterotomía endoscópica es una alternativa en el manejo de litiasis residual y estenosis de la papila, las ventajas económicas son evidentes; sin embargo hay que saber evaluar la incidencia de las complicaciones tardías como una estenosis o la recurrencia de coledocolitiasis sintomática. (17)

El tratamiento quirúrgico para la litiasis residual, consiste en exploración del conducto con extracción de cálculos y drenaje por sonda en T, esfinteroplastia, o anastomosis bilio-entérica. El procedimiento más efectivo es la coledoco-duodenostomía y esfinteroplastia transduodenal, con resultados similares a la esfinteroplastia endoscópica preoperatoria. Las ventajas de la exploración del conducto biliar con drenaje por sonda en T, es simplificar la operación, el problema es la alta recurrencia de litos, especialmente en pacientes con el conducto dilatado. La esfinteroplastia está indicada en pacientes con múltiples y pequeños litos y con el conducto de tamaño normal. Este procedimiento es llevado a cabo a través de la duodenotomía, con insición en el conducto y en la pared duodenal a una distancia de 2 a 3 cm. La tercera opción quirúrgica es la anastomosis bilio entérica, y la más empleada es la colédocoduodenostomía; este procedimiento está indicado en pacientes con conducto muy dilatado y con múltiples litos. (17,18)

Existe otra opción, y es desfuncionalizar un segmento de yeyuno, y es la coledocoyeyunostomía en Y de Roux a 40 cm del segmento de yeyuno, es usado para el drenaje del conducto biliar, Este procedimiento puede ser llevado a cabo inicialmente con múltiples litos y conducto dilatado, Se describe como la mejor opción, ya que evita el reflujo biliar y el síndrome de sumidero, así como las posibles infecciones posteriores.

Dentro de las complicaciones de la litiasis residual, se encuentran la colangitis, absceso hepático, cirrosis biliar, y pancreatitis. (8)

MATERIAL Y METODOS:

Del primero de Marzo de 1995 al 30 de Septiembre de 1997, se estudian 20 pacientes con diagnóstico de litiasis residual, los cuales fueron valorados y tratados por diferentes cirujanos y residentes del servicio de cirugía general, del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Se incluyeron pacientes de ambos sexos, cuyo diagnóstico de ingreso fué litiasis residual, esto a través del servicio de admisión continua y consulta externa. Se captaron 13 pacientes provenientes del interior de la república, 5 de hospitales del area metropolitana, y 2 pacientes propios de este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

A todos los pacientes se les explicó el tipo de patología y la posibilidad de ser tratados con varias alternativas de manejo. El protocolo de estudio fué aprobado por el comité de ética del Hospital, y el consentimiento informado fué firmado de conformidad.

A su ingreso en el servicio de cirugía general, se les realizó historia clínica completa, exploración física, exámenes de laboratorio de rutina que incluyeron, biometría hemática completa, química sanguínea, pruebas de función hepática y tiempos de coagulación, así como ultrasonido de hígado y vías biliares, colangiografía transonda en T cuando el paciente presentaba dicho drenaje, o transhepática en ausencia de la misma. Se realizó valoración cardiopulmonar preoperatoria, únicamente en los pacientes mayores de 40años.

Los pacientes que se presentaron con sonda en T, posterior a colecistectomía con exploración de vías biliares, fueron sometidos a extracción de lito o litos residuales a través de la sonda por medio de canastilla de Dormia.

Los pacientes con litiasis residual, que no habían sido sometidos a exploración de vías biliares previa, fueron seleccionados para realizar estudio de colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía. Usando un endoscopio y esfinterotómo de asa, así como control fluoroscópico en Rx. En ambos casos (CPRE y sonda en T), se utilizaron antibióticos profilácticos del tipo de las cefalosporinas. En los casos en que no se presentaron complicaciones, se les reinstaló rápidamente la vía oral, y posterior a las colangiografías de control, fueron dados de alta.

Cuando los métodos no quirúrgicos fueron insuficientes, se sometio a los pacientes restantes a tratamiento quirúrgico, de los cuales, se realizaron coledocotomía con colocación de sonda en T, y derivaciones biliodigestivas, que en este caso fué coledocoduodeno anastomosis latero lateral en un plano, dejando pen rose en el sitio quirúrgico en ambos casos, así como sonda nasogastrica. Se observó la evolución de dichos pacientes en relación a la cuantificación de gastos por drenajes (sonda nasogástrica, sonda en T, sonda foley, pen rose), y tolerancia a la vía oral en cuanto la evo-

lución lo permitía. Durante el postoperatorio, se llevaron a cabo colangiografías de control transonda en T. y percutánea para valoración de cirugía realizada.

Se continúa vigilando la evolución a través de la consulta externa, hasta su *recuperación total*.

RESULTADOS:

Se llevó a cabo estudio de 31 meses, en 20 pacientes con diagnóstico de litiasis residual, en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

La edad promedio de los pacientes fué de 53.6 años con un rango de 21 a 78 años. De los 20 pacientes, 3 fueron hombres (15%), con una edad media de 53 años. 17 mujeres constituyeron el 85% de los pacientes, con una edad media de 53.8 años.

De los 20 pacientes, 13 pacientes provenían del interior de la República (65%), 5 pacientes de hospitales del área metropolitana (25%), y solo 2 pacientes pertenecieron a este Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (10%).

Se corroboró el diagnóstico de litiasis residual, por medio de colangiografía transonda en T, en 8 pacientes (40%), colangiografía transhepática en 2 pacientes (10%), CPRE en 10 pacientes (50%). Se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares en el 100% de los pacientes para valoración de la vía biliar intra y extrahepática.

De acuerdo a la historia clínica realizada a cada paciente, el primer síntoma de litiasis residual apareció a los 7 días (ictericia) el más temprano, y a los 2 años el más tardío.

De los 20 pacientes, 4 presentaron colangitis a su ingreso (20%), 7 de los pacientes tenían antecedente de ictericia post colecistectomía (35%), y los 9 pacientes restantes estuvieron asintomáticos (45%) debido a la sonda en T.

De los 20 pacientes ingresados, a 5 (25%) se les resolvió el problema por medio de extracción mecánica, a través de la sonda en T. En 10 pacientes se intentó CPRE, teniendo éxito solamente en 6 de ellos (30%), los 4 pacientes restantes presentaron pancreatitis posterior a las maniobras de la CPRE.

9 pacientes fueron sometidos a tratamiento quirúrgico (45%), 3 por medio de coledocotomía (15%), y 6 por medio de coledocoduodeno anastomosis (30%).

La complicación más frecuente encontrada en este estudio fué pancreatitis, en 4 pacientes (20%), Se presentó dehiscencia de la anastomosis biliodigestiva en 1 paciente (5%) que requirió reoperación.

Mortalidad en 1 solo caso (5%), en paciente femenino de 67 años que presentó pancreatitis necrotizante hemorrágica, que requirió internamiento en terapia intensiva, desarrollando posteriormente sepsis abdominal y complicaciones pulmonares, que finalmente llevaron a la muerte a la paciente.

En 15 pacientes (75%), no se presentaron complicaciones, evolucionando satisfactoriamente, y egresados con el problema resuelto.

El tiempo de estancia intrahospitalaria, varió de 4 a 87 días, con una media de 24.5 días.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSION:

La cirugía de la vía biliar, es la operación abdominal que más se lleva a cabo, con 500 000 realizadas al año. Aproximadamente 15% de estos pacientes operados de coledocolitiasis, tiene concomitantemente coledocolitiasis. Durante el post-operatorio inmediato de la colecistectomía, se encuentran cálculos retenidos en el colédoco en aproximadamente 1%. Se han hecho muchos esfuerzos para reducir la incidencia de la coledocolitiasis, ya que es importante evitar sus complicaciones como son, cirrosis biliar secundaria, pancreatitis, colangitis, y absceso hepático, que representan altas tasas de morbimortalidad. (18,19)

En nuestro estudio, basado en el análisis del manejo de la litiasis residual, observamos que en los 20 pacientes se llega al diagnóstico preciso por medio colangiografía transonda en T, transhepática y CPRE.

La extracción de litos a través de la sonda en T, es el más usado, y es el más popular, pues para llevar a cabo esta técnica no depende de la composición del lito, el procedimiento consiste en remoción de la sonda en T, después de 6 a 8 semanas y un cateter es insertado en el colédoco, para mantener un acceso; así se pasa la canastilla de Dormia, y se avanza tanto en la parte proximal como en la distal del lito, cuando la canastilla es abierta, se logra la captura del cálculo, la canastilla es cerrada y se extrae. La extracción es llevada a cabo a través de fluoroscopia. Generalmente al paciente se le administran antibióticos durante el procedimiento para prevenir episodios de colangitis. Una de las ventajas de la extracción, es que es un método relativamente simple para dear libre la vía biliar. La mortalidad y la morbilidad, son generalmente bajas, pero no estan auscentes de complicaciones. Este método también se puede llevar a cabo con coledoscopio y los litos son observados directamente, y la canastilla es pasada a través del canal de irrigación del propio coledoscopio. (20,21 y 22)

En otros estudios se reporta el uso de la conlangiografía pre o transoperatoria, para obtener información de la anatomía ductal, y detectar así anomalías, número y tamaño y localización de los litos. Se realiza colangiografía transoperatoria solo en casos selectivos, como sospecha de litiasis coledociana, antecedentes de ictericia, colédoco de diámetro anormal por ultrasonido. Sin embargo en múltiples estudios, recomiendan el uso de este estudio en forma rutinaria durante la colecistectomía, pues disminuye el riesgo de lesión de la vía biliar, y la incidencia de complicaciones posteriores. (19,21,23)

Realmente se han hecho estudios comparativos en donde se utiliza la colangiografía en forma rutinaria, y otra en forma selectiva, y no hay un dato convincente de hacer la colangiografía de rutina en la colecistectomía. Si embargo, en otro estudio que se realiza, reportan que el costo de una colangiografía transoperatoria de rutina, es igual o mucho menor al costo del tratamiento de una lesión mayor del conducto biliar o al tratamiento de pacientes con litos retenidos a quienes no se realiza este estudio. (21,22)

En nuestro estudio se reporta un alto índice de morbilidad con la colangiografía pancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), 4 pacientes, que representa el 20%.

La esfinterotomía endoscópica puede ser llevada a cabo sucesivamente en 90 a 98% de los pacientes con litiasis residual, y en 80 al 95% de los casos, el conducto biliar puede dejarse libre de litos. Otra alternativa puede ser la litotricia, que aparece como un método seguro y efectivo en manos experimentadas, y cuando las técnicas convencionales endoscópicas fallan. (20,22,24)

Durante el desarrollo de este estudio, se detecta colangitis al ingreso de 4 pacientes (20%), y otros presentaron ictericia, 7 pacientes (35%), el resto se presentó asintomáticos.

La coledocolitiasis ha sido la causa principal de colangitis, sin embargo, durante los últimos años y, de manera especial, en los centros de envío de 3er nivel, las causas más comunes de colangitis han sido las manipulaciones biliares no operatorias, a menudo en pacientes que tienen lesiones malignas no resecables. Como resultado se observa en la actualidad con menor frecuencia la triada completa constituida por fiebre y escalofríos, ictericia y dolor abdominal, como lo describió originalmente Charcot. La mayoría de los pacientes sigue teniendo leucocitosis y pruebas anormales de la función hepática, pero muchos de los portadores de sondas permanentes, pueden desarrollar colangitis e ictericia importante. (18,19)

Se lleva a cabo en nuestros pacientes, procedimientos quirúrgicos del tipo de la coledocotomía, y derivación biliodigestiva, como es la coledocoduodeno anastomosis, en los cuales solo se presentó una dehiscencia de la anastomosis, lo cual indica que presentan este tipo de pacientes, complicaciones propias del procedimiento.

Para decidir la adición de un procedimiento de drenaje bilio-intestinal, a la exploración del colédoco, deben tomarse en cuenta los riesgos operatorios incrementados de morbilidad y mortalidad, con el procedimiento en comparación con los riesgos de cálculos recurrentes, o de otros futuros problemas de la vías biliares, si no se efectúa este procedimiento. Los pacientes por cálculos intrahepáticos, requieren casi de manera invariable, un procedimiento de drenaje, y más a menudo se les recomienda uno que brinde acceso al sistema biliar intrahepático después de la operación. (15,16,19)

En la actualidad se emplean tres tipos básicos de procedimientos de drenaje bilio-intestinal: esfinteroplastia transduodenal, colédoco-duodenotomía y coledocoyeyunostomía. Se recurre a variaciones de estas técnicas básicas, como la de Y de Roux contra la del yeyuno en continuidad para el último procedimiento. (19)

Parece más adecuada la vía de la rama cutánea de la Y de Roux, y el empleo de diversos tipos de litotritores, por esta vía debe facilitar la fragmentación y ayudar en la extracción. (19).

CONCLUSIONES:

1.- El Método de elección para el tratamiento de la litiasis residual es la derivación biliodigestiva (coledocoduodeno anastomosis).

2.- Un mejor método alternativo posterior al quirúrgico es la extracción percutánea a través de canastilla de Dormia.

3.- Altas incidencias de pancreatitis post colangio pancreatografía retrógrada endoscópica.

4.- El manejo de la litiasis residual, debe ser siempre multidisciplinario, para minimizar riesgos y aumentar el beneficio ofrecido al paciente.

5.- La CPRE es útil como estudio diagnóstico, siempre y cuando se lleve a cabo por expertos en el estudio endoscópico.

BIBLIOGRAFIA

1. Gilliland TM, Traverso LW: Modern standards for comparison of Cholecystectomy with alternative treatments for symptomatic cholelithiasis with emphasis on long term relief of symptoms. *Surg Gynecol Obstet* 170:39-44 1990
2. Glenn F, Hays DM: The causes of Death Following biliary tract surgery for nonmalignant disease. *Surg Gynecol Obstet* 94:283 - 296 1952
3. Hannan EL, O'Donnell JF, Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State Hospital. *JAMA* 262:503-510. 1989
4. Herzog U, Messmer P, Surgical treatment for cholelithiasis. *Surg Gynecol Obstet* 175 :238-242, 1992
5. Heuer GJ: The factors leading to death in operation upon the gallbladder and bile ducts. *Ann Surg* 99;881-1934
6. Pappas TN, Slimane TB, Consecutive Common ducts exploration without mortality. *Ann Surg* 211: 260-262 1993
7. Pickleman J, Gonzalez RP: The improving results of Cholecystectomy. *Arch Surg* 121: 930-934 1986
8. Piggot JP, Williams GB : Cholecystectomy in the Elderly. *Am J Surg* 155:408- 410 1988
9. Roos LL, Fisher S, et al. : Post Surgical Mortality in Manitoba and New England. *JAMA* 263: 2453-2458 1990
10. Rosen AK, Gerasi JM, et al, Postoperative adverse events of common surgical procedure in the medicare population. *MED CARE* 30: 753-765 1992.
11. Roslyn JJ, Binns GS, et al: open Cholecystectomy A contemporary analysis of 42, 474 patients. *Ann Surg* 218: 129 - 137 1993.

- 12.- Scott M Graham MD: Laparoscopic cholecystectomy and common bile duct stones. *Annals of surgery* vol 218: 61-67. 1993.
- 13.- Jean Moreaux MD: Traditional surgical management of common bile duct stones: A prospective study during a 20-year experience. *The American Journal of surgery* vol 169: 220-26. 1995.
- 14.- George S. Ferzli MD: Laparoscopic exploration of the common bile duct. *Surgery, Gynecology Obstetric* vol 174: 419-22. 1992.
- 15.- Eduard H Phillips MD: Routine versus selective intraoperative cholangiography. *The American journal of Surgery* vol 165: 505-07. 1993.
- 16.- P. Gregory Foutch MD: Endoscopic management of large common duct stones. *The American Journal of Gastroenterology* vol 86: 1561-65. 1991.
- 17.- P. Pasanen MD: Ultrasonography, CT, and ERCP in the diagnosis of choledochal stones. *Acta Radiologica* vol 33: 53-6. 1992.
- 18.- Deward O Ferris MD: Recurrent common bile duct stones. *Archives of surgery* vol 88:486-89. 1964.
- 19.- Olin G. Thurston MD: The effect of hepatic bile on retained common duct stones. *Surgery, Gynecology obstetrics* vol 143: 625-27. 1976.
- 20.- Thomas R Gadacz MD: Reoperation versus alternatives in retained biliary calculi. *Surgical Clinics of North America* vol 71. No 1: 93-109. 1991.
- 21.- John P. Delaney MD, William C. Duane MDss, and others. Choledocholithiasis, Clinical Conference. *Gastroenterology* vol 75: 120-128. 1978.
- 22.- John L Madden MD: Common duct stones, Their origin and surgical management. *Surgical Clinics of North American* vol53. No 5: 1095-1113. 1973.
- 23.- John L Madden MD: The nature and surgical significance of common duct stones. *Surgery Gynecology Obstetrics* vol 126: 3-8. 1968.
- 24.- C S Pokorny MD: Sclerosing cholangitis and biliary tract calculi - Primary or secondary. *GUT* vol 33: 1376-80. 1992.