

11209

129



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

**“EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LIC. ADOLFO
LOPEZ MATEOS EN DERIVACIONES
BILIOENTERICAS POR PATOLOGIA BENIGNA”**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL
DR. LUIS FELIPE LEZAMA KIM
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL



ISSSTE

MEXICO, D.F.

ASESOR DE TESIS:

DR. JOSE GUADALUPE SEVILLA FLORES

2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México



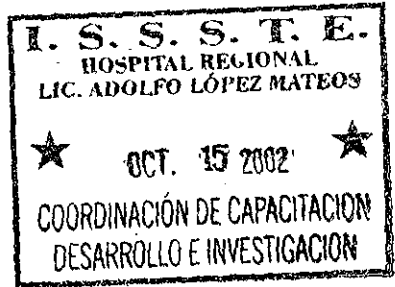
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

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.

1a Hoja

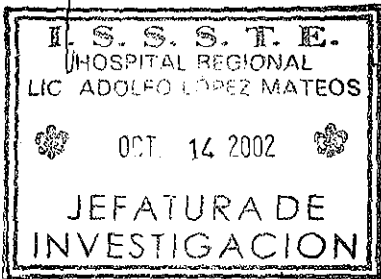


[Signature]
Dr. Julio César Díaz Becerra
Coordinador de Capacitación,
Desarrollo e investigación




[Signature]
Dr. Luis S. Alcázar Alvarez
Jefe de Investigación

[Signature]
Dra. Gabriela Salas Pérez
Jefe de enseñanza



2 Hoja




Dr. José Ciriaco Arturo Vázquez García.

Profesor titular



Dr. José Guadalupe Sevilla F.
Asesor de Tesis



Dr. José Guadalupe Sevilla F.
Vocal de Investigación

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIAS.

A DIOS:
POR PERMITIRME CUMPLIR UNA META MAS.

A MIS PADRES:
POR SU APOYO INCONDICIONAL.

A MIS HERMANAS:
POR SER SIEMPRE UNA FAMILIA.

A MI ESPOSA, CLAUDIA Ma.
POR SU APOYO Y ALIENTO PARA SEGUIR ADELANTE .

A MI HIJA, CLAUDIA SOFIA.
POR TODO LO QUE SIGNIFICA EN MI VIDA.

AL GRUPO DE CIRUJANOS DE HOSPITAL.
POR SU APOYO EN MI FORMACION COMO CIRUJANO.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE.

RESUMEN.....	1
ASPECTOS HISTORICOS.....	2
INTRODUCCION.....	4
MATERIAL Y METODOS.....	5
RESULTADOS.....	6
DISCUSION.....	7
CONCLUSIONES.....	9
GRAFICAS.....	11
BILBIOGRAFIA.....	13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN.

OBJETIVO.

Conocer el número de derivaciones bilioentéricas, realizadas en nuestro Hospital, la indicación para llevarlas a cabo, conocer las complicaciones, evaluar nuestros resultados con series publicadas.

INTRODUCCION.

La obstrucción del drenaje biliar, por diferentes patologías es una indicación para la realización de derivaciones bilioentéricas. Con tasas de mortalidad operatoria de 0 a 2%. este procedimiento no esta exento de complicaciones que van de fuga biliar temprana, colangitis, hasta estenosis anastomóticas que pueden requerir una nueva intervención quirúrgica, en este estudio se reportan resultados de los diferentes tipos de derivaciones bilioentéricas en los últimos 10 años en nuestro Hospital.

MATERIAL Y METODOS.

Se llevo a cabo una revisión de enero de 1991 a julio del 2002, estudiándose un total de 40 pacientes, en los cuales se llevaron a cabo 44 procedimientos quirúrgicos de derivación bilioentéricas, con seguimiento promedio de 13.38 meses, se evaluaron síntomas relacionados a colangitis, PFH, (BD, BI, BT; FA), y estudios de imágenes del árbol biliar, en pacientes seleccionados.

RESULTADOS:

Se estudiaron 40 pacientes, de los cuales 26 (65%) fueron del sexo femenino y 14 (35%) del sexo masculino, realizándose un total de 44 procedimientos quirúrgicos de derivación bilioentérica: hepaticoyeyunostomía 28 (63.6), coledocoduodenostomía 12 (27.3%), esfinteroplastia transduodenal 3 (6.8%), hepático - coledocostomía 1 (2.3%). Se presentaron 16 complicaciones, las principales estenosis anastomóticas en 7 pacientes 4 se reintervinieron y dos se manejaron en forma endoscópica, el tercer paciente aun si resolverse su estenosis, los resultados obtenidos en ambos grupos GI. 81.5%, GII. 84.5% fueron excelentes a buenos, acordes con la literatura revisada (83%).

CONCLUSIONES.

El éxito de una derivación bilioentérica depende de un conocimiento detallado de la anatomía del árbol biliar, una técnica quirúrgica precisa, con disección mínima de la vía biliar, anastomosis mucosa - mucosa libre de tensión y un estoma anastomótico amplio, las férulas trananastomóticas no son necesarias, La dilatación del conducto biliar común independientemente del sitio de la estenosis se correlaciona con los resultados finales.

El diagnóstico tardío aumenta la mortalidad al asociarse con colangitis, fuga biliar, abscesos intrabdominales, cirrosis biliar e hipertensión portal.

El manejo de lesiones de la vía biliar requiere de un cirujano de vía biliar, un endoscopista y un radiólogo, las estenosis se presentan hasta en un 49% en el primer año, y 98% en los tres primeros años, lo que enfatiza la necesidad de un seguimiento prolongado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ASPECTOS HISTORICOS.

La posibilidad de lesión inadvertida del árbol biliar ha existido desde el momento en que se realizó la primera colecistectomía en 1882 por Langebuch. Hasta la actualidad en que la incidencia de lesiones del árbol biliar durante la colecistectomía es de alrededor de 0.5%. La mayoría son previsibles por unas cuantas sencillas medidas de precaución, como la visualización adecuada del conducto hepático común y el colédoco antes del clampeo, o la ligadura del conducto cístico, en algunos pacientes el conducto hepático común o el colédoco pueden lesionarse por erosión debida a cálculos o traumatismos externos, no penetrantes o penetrantes pero estas situaciones son poco usuales.

Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica, la tasa de lesión durante la curva de aprendizaje vario de 2 a 7% y permanece de 0,3 a 1%.

Los aspectos técnicos de la cirugía de vías biliares surgen a finales del siglo XIX, suele atribuirse a Nussbaum en 1870, la idea de efectuar anastomosis entre la vía biliar y el intestino.

La primera derivación bilioenterica informada fue en 1881 por Von Winweater, quien realiza una colecisto - coloanastomosis, y en 1885 animado por estos progresos, Parker, actúo sobre el propio conducto biliar y lo dilato. En 1887 Kappeler sugirió que la anastomosis debe practicarse entre mucosa y mucosa.

Monastyrsky en 1888 informo la realización de una colecistoyeyunostomia por un carcinoma periampular, Terrier describió en 1889 la primera aplicación de una férula en una anastomosis biliar, y en 1891 Sprengel informo la primera coledocoduodenostomia por cálculos. Doyen en 1892 reporta la primera coledoco-coledocostomia por el mismo padecimiento.

Estos intentos iniciales se acompañaron de otros progresos que tuvieron un impacto secundario sobre este tipo de intervenciones quirúrgicas. De este modo se describió en 1903 la maniobra de Kocher, y Roux informo de la anastomosis en Y que lleva su nombre en 1897, esta técnica se ideo para aliviar la obstrucción gástrica y esofágica causada por tumores, pero siete años mas tarde en 1904 Monprofit la aplico a las reconstrucciones de la vía biliar.

Los cirujanos abdominales estaban estableciendo la etapa de los procedimientos resectivos de páncreas y vías biliares, al mismo tiempo que se desarrollaban procedimientos quirúrgicos de reparación de las lesiones de los conductos biliares postcolecistectomia.

Con el paso de los años los resultados de las derivaciones bilioentericas por patología benigna han mejorado, informes de diversos centros especializados con seguimiento de 3 a 13 años, reportan resultados satisfactorios que van de 80 a 85%. La tasa

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de mortalidad se calcula mas o menos en 2% y puede ser menor cuando no se desarrolla enfermedad hepática

Si bien ha habido un enorme crecimiento de la tecnología relaciona con el drenaje, transhepatico percutaneo y endoscopico, los resultados en el largo plazo de las dilataciones con balón siguen siendo poco satisfactorios han informado tasas de reestenosis del 45% con dolor y colangitis, con un seguimiento en el largo plazo de a 5 a 7.5 años.

Por lo tanto a pesar de los avances en la tecnología, la reparación quirúrgica puede recibir ayuda de toda una serie de innovaciones, pero continua siendo la base de la reparación de las lesiones del conducto biliar común.



INTRODUCCION.

La obstrucción del drenaje de la vía biliar generada por patología litiasica, neoplasias, estenosis benignas, lesiones iatrogenicas y anormalidades papilares, son una indicación para la realización de una derivación bilioenterica, con la finalidad de restituir el flujo biliar hacia el tubo digestivo y evitar complicaciones tales como colangitis, cirrosis biliar primaria e hipertensión portal

La incidencia de lesiones en operaciones por patología biliar benigna es de 0.36% en cirugía convencional, siendo de 0,32% en cirugía electiva y 0.42% en cirugía de urgencias, en las colecistectomias laparoscopicas electivas fue de 0.52%.¹ la lesión ocurre en el 87% de los casos durante la disección del triángulo de Calot, con lesión severa en el 46% de los pacientes.²

Una lesión quirúrgica de la vía biliar principal es una eventualidad en la cual una decisión y un tratamiento inadecuado pueden desencadenar un resultado desastroso, en el corto o mediano plazo. Se deben evitar maniobras irreversibles sin previa identificación de la anatomía del árbol biliar. El diagnostico se hace en forma intraoperatoria por fuga biliar, colangiografía, o en el postquirurgico por colestasis, fistula biliar, colangitis, bilioperitoneo y peritonitis.¹

Las reparaciones quirúrgicas de lesiones de la vía biliar pueden complicarse con el desarrollo de fuga biliar temprana, colangitis y estenosis anastomoticas con necesidad de reintervención; Los factores de riesgo que probablemente se asocian a falla del procedimiento quirúrgico, incluyen: presentación de colangitis después de la lesión, falta de estudio colangiografico antes de la cirugía, intervención quirúrgica en las primeras tres semanas. La hepaticoyunostomia ofrece los mejores resultados a largo plazo, estos dependen de una técnica quirúrgica precisa, libre de tensión, anastomosis mucosa-mucosa, con un estoma anastomotico amplio.^{4,5,6}. Se reportan excelentes o buenos resultados en el 83% de los pacientes, con regulares o pobres resultados en el 17% de acuerdo a la clasificación de Terblanche et al.⁷

La colangitis es la complicación más común de estos procedimientos, se reporta incidencia de 5.5% de colangiocarcinomas primarios de la vía biliar, en pacientes con drenaje bilioenterico por enfermedad benigna, en los cuales la colangitis fue el único factor que afecto la incidencia de colangiocarcinoma.⁸

La función biliar se ha evaluado de acuerdo a la sintomatología y pruebas de función hepática con resultados excelentes o buenos hasta en el 92%de los pacientes, después de 4 años de la reconstrucción bilioenterica por lesión de la vía biliar.⁹

Hasta el 49% de las estenosis anastomoticas se presentan en el primer año posterior a la reparación y el 98% en los primeros tres años, esto enfatiza la necesidad de un seguimiento prolongado.⁴

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

Se llevo a cabo una revisión de la experiencia del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE en derivaciones bilioentéricas la cual se dividió en dos grupos.

El primer grupo consistió de una revisión de los archivos del servicio de enero de 1991 a enero de 1997, obteniéndose un total de 27 casos, 16 pacientes del sexo femenino (59.25%) y 11 pacientes de sexo masculino (40.75%) Que incluyeron diferentes tipos de derivaciones bilioentéricas: hepaticoyeyunostomia, coledocoduodenostomia y esfinteroplastía, se evaluó la incidencia de fuga biliar, colangitis y estenosis. No se tuvo acceso a los expedientes clínicos.

En el segundo grupo se revisaron los censos del servicio de Cirugia graI. De enero de 1998 a julio de 2002, encontrándose un total de 34 pacientes que se sometieron a derivaciones bilioentéricas

Se estudiaron un total de 16 pacientes (por no contar con los expedientes clínicos de los otros 18 pacientes) se excluyeron posteriormente a tres pacientes por patología maligna (Ca de cabeza de páncreas, dos pacientes del sexo femenino y uno del sexo masculino)

Se limito el estudio a 13 pacientes, de los cuales 10 fueron del sexo femenino (76.9%), y tres del sexo masculino (23.1%) Se analizan la edad, el tipo de derivación, los diagnósticos, el uso de férulas transanastomoticas, el tiempo quirúrgico, el sangrado, la estancia hospitalaria, la estancia en la unidad de cuidados intensivos, pruebas de función hepática, métodos de imágenes (CPRE y gamagrama de vías biliares), las complicaciones tardías, y la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a su sintomatología y pruebas de laboratorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

En el primer grupo de estudio, se realizo USG preoperatorio en todos los pacientes que se sometieron a derivación bilioenterica (n= 27, femeninos n=16, 59.25% y masculinos n=11, 40.75%) realizándose estudios de imágenes del árbol biliar en 11 pacientes (40.7%), CPRE en 4 pacientes , CTHP en 1 paciente, gamagrafia dinámica de vías biliares en 3 pacientes, colangiografía transonda en T en 3 pacientes; se realizaron un total de 31 procedimientos quirúrgicos en 22 pacientes.

Los tipos de derivaciones bilioentéricas realizadas en estos pacientes fueron 22 hepaticoyunostomia (71%), 6 coledocoduodenostomia (19.3%) y 3 esfinteroplastia transduodenal (9.7%), sin mortalidad operatoria. Las complicaciones que se presentaron fueron las siguientes 2 fugas biliares, 2 absceso intrabdominales, 5 estenosis anastomoticas.

El segundo grupo de estudio comprendió 13 pacientes con un rango de edad de 32 a 85 años, (m= 55.6). Distribuidos de la siguiente forma 10 pacientes femeninos (76.9%), con una edad media de 54.2 años, 3 pacientes masculinos (23.1%) con edad media de 60.3 años.

Las indicaciones de cirugía fueron: 6 lesiones de la vía biliar (46.1%) (F:5 y M:1), 5 coledocolitiasis (38.5%) (F:3 y M:2), las dos restantes fueron dos pacientes femeninos, una con pancreatitis crónica y otra con una fístula colecistocolociana (15.4%).

Los tipos de derivaciones bilioentericas que se realizaron en este grupo fueron 6 hepaticoyunostomias en Y de Roux (46.15%), 6 coledocoduodenostomias L-L (46.15%), y una hepaticocolocostomia.

El tiempo quirúrgico promedio de todos los procedimientos fue de 3.42 hrs. Con un promedio de 606 cc. de sangrado. De acuerdo a los diferentes tipos de derivaciones bilioentéricas, fue el siguiente: Hepaticoyunostomia (m=4.57 hrs), sangrado 833 cc. Coledocoduodenostomia (m=2.23 hrs.),Sangrado 313 cc. Hepaticocolocostomia (m=4.25), sangrado 1000cc.

La estancia hospitalaria promedio fue de 8.6 días, solo un paciente requirió de cuidados intensivos (7.7%), las complicaciones fueron las siguientes. 3 fugas anastomoticas (23%), 1 absceso de pared (7.7%), 1 hernia postinsiccional (7.7%), 2 pacientes presentaron colangitis recurrente (15.4%), 3 pacientes presentaron elevación de BD y BT. (23%) y 8 presentaron elevación de FA (61.5%), se realizaron 2 CPRE una normal y otra con estenosis anastomoticas, y dos gamagramas dinámicos de vías biliares con retardo en el vaciamiento, el seguimiento promedio fue de 13.38 meses, 11 pacientes tuvieron de excelentes a buenos resultados (84.5%) y 2 pacientes regular o pobre resultado (15.5%) de acuerdo a la escala de Terblanche.

DISCUSION.

La principal causa de derivaciones bilioentéricas son las lesiones de la vía biliar común, postcolecistectomía. La colecistectomía es la cirugía electiva más frecuente en la práctica diaria del cirujano general, la gran mayoría de las series sobre lesiones benignas de la vía biliar que requieren de drenaje bilioenterico son sobre lesiones postquirúrgicas^{1,2,4,10}.

En nuestra serie, en el grupo estudiado el 54% tenían como indicación quirúrgica coledocolitiasis, pancreatitis crónica y una fístula colecistocolodociana.

Los resultados calificados como excelentes o buenos obtenidos en los dos grupos estudiados GI: 81.5% y G:II 84.5%, son similares a series publicadas (83%)⁷.

Los tipos de derivaciones bilioentéricas fueron hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, en 6 pacientes, el tiempo quirúrgico fue de 2.45 a 10 hrs.. con media de 4.57 hrs. el sangrado fue de 250 a 3500cc con media de 833 cc. se ferulizaron dos anastomosis una con una sonda en T en una paciente operada de urgencias con una fístula colecistocolodociana y otra férula transhepática, en una paciente operada de urgencias por una lesión de la vía biliar posterior a colecistectomía Bismuth III, se le realizo gastrotomía por STDA secundario a gastritis erosiva, con sangrado de 3500, se colocaron férulas transhepáticas, requirió de cuidados intensivos por 6 días , presentando fuga biliar de hasta 400 cc. en 24 hrs. que se resolvió con tratamiento medico después de una semana, la estancia hospitalaria fue de 5 a 15 días m: 8.83 días

Una coledocoduodenostomía se realizo en 6 pacientes, el tiempo quirúrgico fue de 1.30 a 3.50 hrs. con media de 2.23 hrs. el sangrado fue de 30 a 600 cc. con media de 313 cc. no se usaron férulas, las anastomosis fueron L-L, un paciente presento fuga biliar con estancia hospitalaria prolongada (18 días) que se resolvió con NPT., en una paciente se realizo además salpingooforectomía izq, y oforectomía der, en otra se realizo biopsia pancreática excisional, con reporte de pancreatitis crónica la estancia hospitalaria fue de 6 a 18 días m:10 días.

Se realizo una hepaticocolodocostomía T-T, en una paciente con lesión durante colecistectomía laparoscópica, con diagnostico y reparación transoperatoria posterior a la conversión, el tiempo quirúrgico fue de 4.25 hrs. con sangrado de 1000cc, se utilizo una sonda en T como férula, no presento fuga biliar, la estancia hospitalaria fue de 8 días.

De los dos pacientes con colangitis recurrentes, un paciente masculino con una hepaticoyeyunostomía presento alteraciones de las PFH , BD:2.4, BI:0.5, FA:793, con CPRE que muestra estenosis anastomótica, con múltiples ingresos hospitalarios por colangitis recurrentes, se encuentra programado para realizar dilataciones percutaneas transhepáticas neumáticas con balón , un paciente femenino con una hepaticocolodocoanastomosis, presento colangitis recurrente al año de la cirugía de reconstrucción, se le realizo CPRE fallida, desarrollando pancreatitis, posteriormente se



realizó nuevamente CPRE, que evidencio lito supraanastomotico realizándose esfinterotomía.

El seguimiento se llevo a cabo investigando sintomatología asociada a colangitis, exámenes de laboratorio (BD, BI, BT, FA.), CPRE y gamagrama dinámico de la vía biliar en casos seleccionados. El seguimiento fue de 3 a 49 meses con una media de 13.38 meses,

Los resultados se evaluaron de acuerdo a la escala de Terblanche. Con una tasa de resultados excelentes o buenos (GI y GII) en 11 pacientes 84.5% , en 2 pacientes 15.5% los resultados fueron regulares o pobres (GIII y GIV).

CLASIFICACION DE BISMUTH.

- TIPO I** Estenosis baja del conducto hepático, muñón > 2 cm.
- TIPO II** Muñón del conducto hepático común < de 2 cm. ,
- TIPO III** Estenosis alta (hiliar) ausencia del conducto hepático confluencia intacta
- TIPO IV** Destrucción de la confluencia hiliar, conductos hepáticos der. e izq. Separados.
- TIPO V** Compromiso solo de la rama sectorial der. o con conducto común.

CLASIFICACION DE TERBLANCHE.

- GRADO I** Sin sintomatología biliar.
- GRADO II** Síntomas transitorios, actualmente sin síntomas.
- GRADO III** Síntomas claramente relacionados, requieren terapia medica.
- GRADO IV** Estenosis recurrente que requiere corrección o muerte relacionada

Grados I y II constituyen excelentes o buenos resultados, Grados III regular y IV pobres resultados

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CONCLUSIONES.

Las indicaciones para derivaciones bilioenterica, son cálculos gigantes o recurrentes de la vía biliar, grandes dilataciones de la vía biliar común, asociación de cálculos con estenosis distales, y lesiones sobre la vía biliar común postcolecistectomía¹¹

Actualmente la mayoría de los casos de colelitiasis con sospecha de coledocolitiasis son tratados con métodos endoscopicos, que a pesar de su alta resolución presentan algunos inconvenientes, la necesidad de dos procedimientos independientes realizados por dos equipos diferentes, muchas veces en dos tiempos con tasas de morbilidad de 5 a 20%. Con la disponibilidad de la coledocoscopia estos pacientes pueden tratarse con un procedimiento laparoscopico con tasa de éxito que van de 67 a 100% según series publicadas.¹¹

Las reparaciones quirúrgicas de la vía biliar posterior a colecistectomía, no están exentas de complicaciones, que pueden ir de fuga biliar, episodios de colangitis hasta estenosis anastomóticas, que pueden requerir de procedimientos endoscopicos o percutaneos, hasta una nueva intervención quirúrgica, los buenos resultados se ven afectados adversamente por el número previo de reparaciones^{4,5,11}. El éxito de una reparación bilioenterica depende de un conocimiento detallado del árbol biliar (CPRE o CPTH previa a la reparación quirúrgica), una técnica quirúrgica precisa, con disección mínima de la vía biliar para evitar isquemia que pudiera condicionar estenosis o fugas anastomóticas, anastomosis mucosa-mucosa libre de tensión, y un estoma anastomotico amplio,^{1,4}

El grado de dilatación de la vía biliar común independientemente de la localización de la estenosis se correlaciona con los resultados¹⁰

Una anastomosis bilioenterica alta es segura y soluciona en forma efectiva y durable el problema de las estenosis benignas de la vía biliar, los tubos transanastomoticos no son necesarios, las dilataciones endoscopicas o percutaneas transhepaticas son mas apropiadas para el tratamiento de los pacientes con estenosis anastomóticas y en aquellos con 2 o 3 cirugías de reparación de la vía biliar. La CPRE con dilataciones neumáticas y colocación de stens son efectivas en fugas biliares sin pérdida de la continuidad de la vía biliar, pero en las estenosis postcolecistectomias laparoscopica se requiere finalmente de cirugía^{5,10}.

Las derivaciones biliodigestivas por coledocolitiasis, generalmente presentan menor dificultad técnica y menor incidencia de complicaciones, esto es debido a la dilatación importante del conducto biliar principal, y generalmente la ausencia de cirugía previa sobre la vía biliar, existiendo la posibilidad de llevar a cabo el procedimiento quirúrgico por medio de laparoscopia¹

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

El manejo de las lesiones benignas de la vía biliar requiere de un equipo multidisciplinario, formado por un cirujano de vía biliar, un endoscopista y un radiólogo.

No se deben realizar maniobras irreversibles sin previa identificación de la anatomía del árbol biliar. El diagnóstico tardío aumenta la mortalidad al asociarse a colangitis, fuga biliar, absceso intrabdominales, cirrosis biliar e hipertensión portal. Ante una lesión compleja si el equipo quirúrgico no cuenta con experiencia, debe efectuar una ostomía de los canales biliares afectados con una mínima disección. Evitar stens metálico en estenosis benignas. Existe controversia en el uso de stens transanastomóticos, en nuestra experiencia no son necesarios, en los casos en que se utilizan se recomienda mantenerlos por espacio de 6 a 8 meses. Las derivaciones bilioentéricas son seguras con mortalidad reportada de 2.2% en algunas series, en nuestra serie la mortalidad fue de 0%.

En el segundo grupo de estudio de nuestra serie las derivaciones bilioentéricas por lesiones de la vía biliar iatrogenicas fue de 46.1,

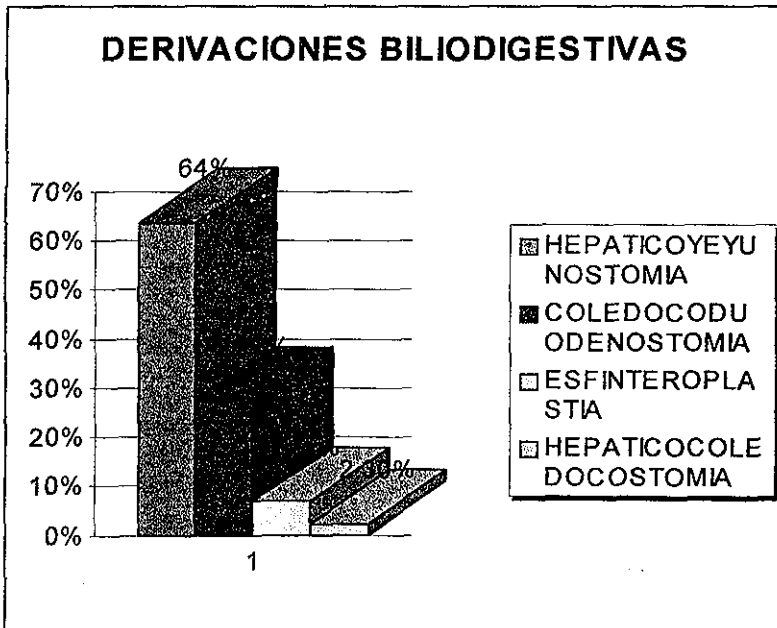
Es importante un seguimiento a largo plazo, el 49% de las estenosis anastomóticas se presentan en el primer año, y hasta un 98% en los primeros 3 años posteriores a la reconstrucción de la vía biliar, esto enfatiza la necesidad de un seguimiento prolongado.





MUJERES: n:26 , HOMBRES: n:14 , TOTAL: n: 40

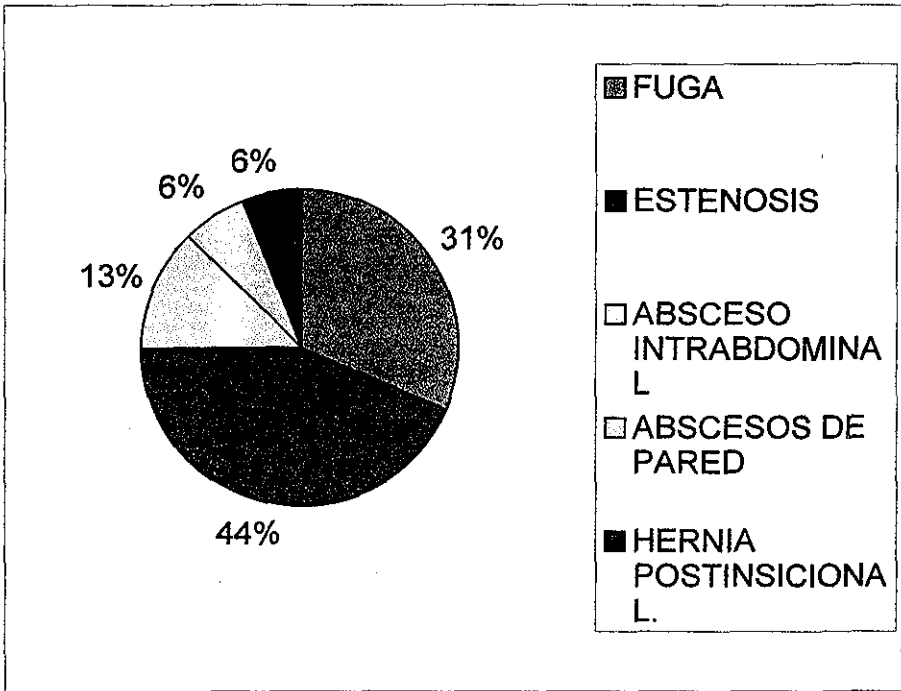
GRAFICA I. Muestra la distribución de las derivaciones bilioentéricas de acuerdo al sexo.



GRAFICA II. Se realizaron 40 derivaciones bilioentéricas, 28 hepaticoyeyunostomias, 12 coledocoduodeno, 3 esfinteroplastias, 1 hepaticocoledocostomia

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES EN DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS.



GRAFICA III. Se presentaron 16 complicaciones, en los 40 pacientes sometidos a derivación bilioenterica: fuga biliar en (5), abscesos intrabdominales (1), absceso de pared (1), hernia postinsiccional (1) estenosis (5)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA.

1. JORGE L. CORBELLE, JUAN O. FERRERO, CARLOS D. ROSALES, HECTOR H. AMOR, MARCO MORE, RODOLFO RIJANA. LESIONES QUIRURGICAS DE LA VIA BILIAR . INCIDENCIA, TRATAMIENTO Y RESULTADOS. REV. ARGENTINA DE CIRUGIA 1992 VOL 63 : 118-127.

2. J.F.GIGOT, JETIENNE, R.AERTS. THE DRAMATIC REALITY OF BILIARY TRACT INJURY DURING LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. SURG. ENDOSC (1997) 11: 1171-1178.

3. GIORGIO M. ARU, MD, CARTER R. DAVIS, JR., MD. NORMAN L. ELLIOT, MD., AND STEVEN J. MORRIS, MD. ATLANTA GEORGIA.

4. ADARSCH CHAUDHARY, ABHIJIT CHANDRA, SANJAY S. NEGI, AJAY SACHDEV. REOPERATIVE SURGERY FOR POSTCHOLECYSTECTOMY BILE DUCT INJURIES. DEPARTAMENTO D CIRUGIA GASTROINTESTINAL GOBIND BALLABH PANT HOSPITAL NEW DELHI, INDIA. DIG SURG 2002, 19:22-27.

5. ADRIANO TOCCHI, MD, GIANLUCA MAZZONI, MD; GIANLUCA LIOTTA, MD; MANAGEMENT OF BENIGN BILIARY STRICTURES, BILIARY ENTERIC ANASTOMOSIS VS. ENDOSCOPIC STENTING. ARCH SURG 2000;135:153-157.

6. L. ANDREW DIFRONZO, MD; SEPEHR EGRARI, MD; THEODORE X. O'CONNELL, MD; SAFETY AND DURABILITY OF SINGLE - LAYER , STENTLESS, BILIARY-ENTERIC ANATOMOSIS. ARCH SURG. 1998;64 : 10.

7. ADRIANO TOCHI, MD; GIANLUCA COSTA, MD; LUCA LEPRE, MD; DEPARTAMENTO DE COIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD DE ROMA ITALIA. THE LONG-TERM OUTCOME OF HEPATICOJEJUNOSTOMY IN THE TREATMENT OF BENIGN BILE DUCT STRICTURES. ANNALS OF SURG. 1998, VOL.224 , 2 :162-166

8. ADRIANO TOCHI, MD; GIANLUCA MAZZONI, MD; GIANLUCA LIOTTA, MD; LATE DEVELOPMENT OF BILE DUCT CANCER IN PATIENTS WHO HAD BILIARY-ENTERIC DRAINAGE FOR BENIGN DISEASE: A FOLLOW-UP STUDY OF MORE THAN 1000 PATIENTS. DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DE LA UNIVERSIDAD DE ROMA LA SAPIENZA. ANNALS SURG 2001 VOL.243, NUM 2,

9. ROBERT J. MORACA, MD; FAYE T. LEE, RN.; JOHN A. RYAN JR. MD; L. WILLIAM TRAVERSO, MD. LONG-TERM BILIARY FUNCTION AFTER RECONSTRUCTION OF MAJOR BILE DUCT INJURIES WITH HEPATICOJUDENOSTOMY OR HEPATICOJEJUNOSTOMY. ARCH. SURG. 2002, 137:889-894.

10. K.D. LILLEMOR, JASSON A. PETROFSKI, MICAEL A. CHOTI, ANTHONY VENBRUX, JOHN L. CAMERON, INST. MED, JOHNS HOPKINS. BALTIMORE MD. ISOLATED RIGHT SEGMENTAL HEPATIC DUCT INJURY: A DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CHALLENGE.. SEMANA DE ENFERMEDADES DIGESTIVAS 1999.

11. MARCUS VINICIUS DANTAS DE CAMPOS MARTINS, DJALMA ERNESTO COELHO NETO. HOSPITAL MUNICIPAL LOURENCO JORGE , RIO DE JANEIRO. ANASTOMOSE BILIODIGESTIVA POR VIDEOLAPAROSCOPIA NO TRATAMENTO DA COLEDOCOLITIASE LAPAROSCOPIC BILIARY ANASTOMOSIS FOR COMMON DUCT STONES

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**