

11209

178

**UNIVERSIDAD NACIONAL UTONOMA
DE MEXICO**

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL
ESTADO

ISSSTE

**“CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE”**

PROCOLOGO DE INVESTIGACION:

**“TRATAMIENTO DE LAS LESIONES
IATROGENICAS DE VIAS BILIARES”**

**INVESTIGADOR: DR. LUIS FERNANDO
PALACIO PIZANO.**

**ASESOR DE TESIS: DR. HUMBERTO
HURTADO ANDRADE**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



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.

Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"



Figueroa

Dr. Siegfred Figueroa Barkow

Subdirector de Enseñanza e Investigación

Eduardo

Dr. Eduardo Fernández del Villar

Titular del curso de Cirugía General (UNAM)



Hurtado

Dr. Humberto Hurtado Andrade

Asesor de Tesis. Jefe de Servicio de Cirugía General.

Palacio

Dr. Luis Fernando Palacio Pizano

Residente de cuarto año de Cirugía General



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

AGRADECIMIENTOS:

A mi madre, María del Carmen Pizano Brizuela, con todo mi amor, quien ha sido la persona que más ha hecho bajo cualquier circunstancia para que yo siga adelante y sea feliz.

A mi padre, Dr. Fernando Palacio Vélez, al que he tratado de emular como amante del arte y de la cirugía, aunque todavía tengo mucho por trabajar.

A mis hermanos Lorena y Carlos Palacio Pizano, por su cariño y lealtad a toda prueba.

A la Dra. Lucy Prieto Sandoval, para la quien me hacen falta palabras para agradecer su amor, apoyo incondicional; y para quien quiero ser alguien mejor en todos los aspectos.

A mi Maestro Dr. Humberto Hurtado Andrade, gran estudioso de la cirugía, ejemplo a seguir; y que además me ofreció con hechos su amistad.

A mi Maestro Dr. Eduardo Fernández del Villar, excelente cirujano, ejemplo de constancia en la excelencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO

No hay aspecto de la cirugía biliar en el cual un tratamiento impreciso se asocie con resultados tan desastrosos como en el manejo de las estricturas biliares benignas. Por otra parte, un reconocimiento temprano y un manejo correcto en el primer intento de reparación pueden llevar a un resultado exitoso con un buen pronóstico. Se producen estricturas y estenosis benignas de conductos biliares en cierto número de condiciones y pueden afectar al árbol biliar intra o extrahepático. Pueden ser únicas o múltiples. Las causas de dichas estricturas o estenosis tienen diferentes orígenes como lo son la atresia biliar, estricturas postinflamatorias relacionadas con otros padecimientos, colangitis esclerosante primaria, estenosis papilar, luego de radioterapia, y las que se encuadran en lesiones iatrogénicas postquirúrgicas como lo son las realizadas en anastomosis bilioentérica previamente normales, operación hepática o de vena porta, operaciones pancreáticas, gastrectomía, y por último las más comunes y que son motivo de este estudio; lesiones durante colecistectomía y exploración de colédoco (1).

Este tipo de lesiones son complicaciones de la cirugía en las que se manipulan estricturas localizadas a nivel del cuadrante superior derecho del abdomen, siendo la colecistectomía el procedimiento quirúrgico mayormente involucrado.

La incidencia de lesión iatrogénica de la vía biliar después de una colecistectomía abierta oscila de un 0.6% a un 0.21%, pudiendo incrementarse el rango de su incidencia de un 0.9% a un 5% durante la curva de aprendizaje del personal médico quirúrgico en adiestramiento dentro de hospitales de enseñanza (1). Debido a que en dichos sitios, el ingreso de personal novel en adiestramiento es continuo, las tasas de incidencia mostradas no manifiestan ningún decremento dentro de los rangos señalados, inclusive se han llegado a reportar en algunos centros de esta naturaleza cifras de hasta un 7% de incidencia (1,2).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la colecistectomía laparoscópica, procedimiento que hizo su aparición en la década de los 80 y cuya aceptación continúa en aumento, se evidencia se una mayor perpetración de lesiones iatrogénicas de la vía biliar con una tasa que varía de un 0.30% a un 0.60% aún cuando haya sido llevada a cabo por personal calificado (3).

Cuando se presenta el caso de una lesión iatrogénica en la vía biliar, la finalidad de cualquiera de las alternativas quirúrgicas para su reparación es la de restablecer el flujo de la bilis hacia la parte proximal del tubo digestivo con el fin de prevenir complicaciones debidas tanto a fuga biliar como a la colestasis obstructiva, con sus repercusiones a niveles hepático y sistémico (5); como lo son la formación de trombos de bilis dentro de los canalículos biliares centrolobulares dilatados y se ven cambios secundarios en hepatocitos adyacentes. Se forma un exudado inflamatorio que lleva al depósito de colágeno y finalmente fibrosis y cicatrización alrededor de conductos y conductillos biliares. A medida que esto progresa, puede llevar a una interferencia mecánica con el flujo biliar y colestasis progresiva.

La fibrosis se acompaña de hiperplasia hepatocelular. Esta no es una verdadera cirrosis biliar secundaria, ya que habitualmente la estructura lobular del hígado se encuentra bien conservada. También ocurren cambios en los conductos extrahepáticos que están sometidos a fibrosis y retracción ascendente, especialmente en presencia de infección y quizás de isquemia. Esto se acompaña de una secuencia de atrofia mucosa, metaplasia escamosa, infiltración inflamatoria y fibrosis en las capas subepiteliales de los conductos, en especial con una obstrucción de larga data.

Los elementos de fibrosis hepática asociada con hipertensión portal habitualmente tardan 4 ó 5 años en hacerse evidentes, si bien ya pueden presentarse dos años después del comienzo de la estructura.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pueden aparecer estigmas mayores como telangectasias, asterixis, y encefalopatía portosistémica, si bien no son frecuentes en una obstrucción biliar benigna, deben hacer sospechar la presencia de una enfermedad hepatocelular primaria como cirrosis alcohólica en asociación con una estructura benigna.

Puede ocurrir también como complicación la atrofia hepática ya que existe la posibilidad de obstrucción venosa portal u obstrucción biliar hacia el área de tejido hepático con atrofia (2).

El reconocimiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar en el momento de su ejecución no siempre es posible. La evidencia para reconocer tardíamente una lesión de este tipo se acompañará de una evolución postoperatoria variable tanto en las características clínicas como en el período de manifestación de las mismas (6), por lo que en estos casos será necesario contar con estudios imagenológicos para poder obtener un mapa apropiado de las vías biliares con el fin de identificar la lesión, y con base en esto, dar una adecuada decisión quirúrgica en cada caso. Actualmente contamos con diversos apoyos de este tipo como el ultrasonido que sólo nos da información sobre dilatación de la vía biliar intra o extrahepática, la tomografía axial computadorizada, estudios radioisotópicos que nos dará información sobre sitio de fuga biliar, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que rara vez tiene valor para el diagnóstico preciso de una lesión biliar alta completa, ya que habitualmente hay una discontinuidad en el colédoco que impide visualizar las estructuras intrahepáticas; sin embargo el estudio tiene valor para demostrar una lesión o estenosis incompleta, la colangiografía percutánea transhepática que muestra el nivel y la extensión de la lesión y que además es el estudio de elección para este padecimiento con hasta un 98% de sensibilidad y especificidad, y la colangiografía magnética que tiene como ventaja el no ser un procedimiento invasivo ni radioactivo y con resultados cercanos a los de la colangiografía percutánea transhepática (1, 6, 7).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para identificar los diferentes tipos de lesiones a nivel de las vías biliares, se han establecido diferentes sistemas de clasificación de las mismas. De éstos, mencionaremos dos de los más utilizados:

La clasificación de **Strasberg** (8) incluye 5 tipos de lesiones siendo la última de ellas dividida en dos subtipos como sigue:

Tipo A: Lesiones de los conductos biliares menores sin pérdida de la continuidad en el árbol biliar.

Tipo B: Lesión a nivel del conducto hepático derecho aberrante con estenosis secundaria.

Tipo C: Transección en el conducto hepático derecho aberrante.

Tipo D: Lesión longitudinal en el colédoco.

Tipo E1: Lesión del colédoco en sentido transversal que no involucra la zona de confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

Tipo E2: Lesión del colédoco en sentido transversal en la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

La clasificación de **Bismuth** (9) para la lesión iatrogénica de la vía biliar es la siguiente:

Tipo 1: Lesión de las vías biliares a más de 3 cm de distancia en sentido distal a la confluencia de los Conductos hepáticos derecho e izquierdo.

Tipo 2: Lesión de las vías biliares a menos de 3 cm de distancia en sentido distal a la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Se ha establecido que la derivación biliodigestiva con una asa desfuncionalizada en Y de Roux es una de las alternativas quirúrgicas, con sus diferentes variantes, para el manejo de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar, de uso bastante común y con índices de mortalidad y de morbilidad que varían según el caso (13,14).

Por otra parte, es bien conocida la necesidad de efectuar un seguimiento de los pacientes que han sido sometidos a cualquiera de estos procedimientos con el fin de supervisar su funcionalidad y la detección oportuna de posibles complicaciones derivadas de los mismos (10,13,14).

En el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE) se practica la derivación biliodigestiva para el tratamiento de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar que son motivo de esta investigación, y para el manejo de otro tipo de patologías, y aunque existen trabajos previos sobre el tema en los que se describe el empleo de las diferentes técnicas quirúrgicas a nivel general o como parte del tratamiento de neoplasias localizadas en la encrucijada biliopancreática, no se cuenta con un análisis actualizado de los resultados de esos procedimientos cuando se utilizaron como medida terapéutica en específico para los casos de lesión iatrogénica de la vía biliar, de acuerdo con el registro de los últimos 10 años.

Derivado de lo anterior se cuestiona:

¿Cuáles son los resultados terapéuticos obtenidos en los pacientes que fueron sometidos a una derivación biliodigestiva motivada por una lesión iatrogénica de la vía biliar?

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

OBJETIVOS

1. Conocer el número de casos de pacientes sometidos a cualquier tipo de derivación biliodigestiva por lesión iatrogénica de la vía biliar en los últimos 86 años.
2. Clasificar el tipo de lesión de la vía biliar en cada caso, de acuerdo a la clasificación de Bismuth.
3. Conocer los diferentes tipos de derivaciones biliodigestivas utilizadas en cada uno de los casos y detectar cuál de ellos fue el que más se empleó.
4. Conocer los resultados terapéuticos de la derivación biliodigestiva a largo plazo, la incidencia de complicaciones de la misma y la tasa de mortalidad secundaria a la misma.

MATERIAL Y METODOS

Diseño:

Se realizó una investigación retrospectiva, observacional, descriptiva y transversal de estudio de casos clínicos que hayan sido sometidos a una derivación biliodigestiva motivada por una lesión iatrogénica de la vía biliar desde el año 1995 al año 2001 en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE).

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en la presente investigación a todos los casos de pacientes que fueron sometidos durante el periodo previamente señalado algún tipo de derivación biliodigestiva, en forma urgente o electiva, de sexo y edad indistintos, con o sin alguna otra enfermedad agregada, que fuera motivada exclusivamente por una lesión iatrogénica de la vía biliar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS

1. Conocer el número de casos de pacientes sometidos a cualquier tipo de derivación biliodigestiva por lesión iatrogénica de la vía biliar en los últimos 86 años.
2. Clasificar el tipo de lesión de la vía biliar en cada caso, de acuerdo a la clasificación de Bismuth.
3. Conocer los diferentes tipos de derivaciones biliodigestivas utilizadas en cada uno de los casos y detectar cuál de ellos fue el que más se empleó.
4. Conocer los resultados terapéuticos de la derivación biliodigestiva a largo plazo, la incidencia de complicaciones de la misma y la tasa de mortalidad secundaria a la misma.

MATERIAL Y METODOS

Diseño:

Se realizó una investigación retrospectiva, observacional, descriptiva y transversal de estudio de casos clínicos que hayan sido sometidos a una derivación biliodigestiva motivada por una lesión iatrogénica de la vía biliar desde el año 1995 al año 2001 en el Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE).

Criterios de inclusión:

Se incluyeron en la presente investigación a todos los casos de pacientes que fueron sometidos durante el periodo previamente señalado algún tipo de derivación biliodigestiva, en forma urgente o electiva, de sexo y edad indistintos, con o sin alguna otra enfermedad agregada, que fuera motivada exclusivamente por una lesión iatrogénica de la vía biliar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de no inclusión:

Aquellos casos de pacientes sometidos a derivaciones biliodigestivas motivadas por causas distintas a la lesión iatrogénica de la vía biliar.

Criterios de exclusión:

Pacientes incluidos previamente en el estudio que muestren expediente clínico incompleto o con registro de seguimiento postquirúrgico interumpido.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

Se analizaron los casos contemplados dentro de los criterios de inclusión ya señalados y se les estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedente de cirugía biliar previa, diagnóstico clínico preoperatorio, auxiliar de diagnóstico utilizados, tipo de lesión iatrogénica de la vía biliar identificada, técnica quirúrgica de derivación biliodigestiva utilizada y morbimortalidad postoperatoria.

RECURSOS

Se revisaron las libretas de procedimientos quirúrgicos y de egresos hospitalarios del servicios de Cirugía General del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE), así como los expedientes clínicos de estos pacientes y la bibliografía obtenida para la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de no inclusión:

Aquellos casos de pacientes sometidos a derivaciones biliodigestivas motivadas por causas distintas a la lesión iatrogénica de la vía biliar.

Criterios de exclusión:

Pacientes incluidos previamente en el estudio que muestren expediente clínico incompleto o con registro de seguimiento postquirúrgico interumpido.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

Se analizaron los casos contemplados dentro de los criterios de inclusión ya señalados y se les estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedente de cirugía biliar previa, diagnóstico clínico preoperatorio, auxiliar de diagnóstico utilizados, tipo de lesión iatrogénica de la vía biliar identificada, técnica quirúrgica de derivación biliodigestiva utilizada y morbimortalidad postoperatoria.

RECURSOS

Se revisaron las libretas de procedimientos quirúrgicos y de egresos hospitalarios del servicios de Cirugía General del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE), así como los expedientes clínicos de estos pacientes y la bibliografía obtenida para la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Criterios de no inclusión:

Aquellos casos de pacientes sometidos a derivaciones biliodigestivas motivadas por causas distintas a la lesión iatrogénica de la vía biliar.

Criterios de exclusión:

Pacientes incluidos previamente en el estudio que muestren expediente clínico incompleto o con registro de seguimiento postquirúrgico interumpido.

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

Se analizaron los casos contemplados dentro de los criterios de inclusión ya señalados y se les estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedente de cirugía biliar previa, diagnóstico clínico preoperatorio, auxiliar de diagnóstico utilizados, tipo de lesión iatrogénica de la vía biliar identificada, técnica quirúrgica de derivación biliodigestiva utilizada y morbimortalidad postoperatoria.

RECURSOS

Se revisaron las libretas de procedimientos quirúrgicos y de egresos hospitalarios del servicios de Cirugía General del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" (ISSSTE), así como los expedientes clínicos de estos pacientes y la bibliografía obtenida para la presente investigación.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron medidas relativas (porcentaje), y centrales (promedio). No se emplearon otro tipo de variables porque el presente estudio no es comparativo con otra unidad hospitalaria.

Resultados

Los pacientes incluídos en el estudio fueron en total 21, siendo 17 del sexo femenino con una edad promedio de (47.58 años) y 3 del masculino con edad promedio de (63.33 años) obteniendo un porcentaje de casos de 80.95% y 14.28% respectivamente; a todos los pacientes se les refirió a este centro hospitalario ya con la lesión iatrogénica de la vía biliar de todos éstos la operación original fue colecistectomía abierta en 9 (42.85%) casos, colecistectomía laparoscópica en 12 (57.14%), reconociendo la lesión de la vía biliar en 6 pacientes, de los cuales se sometieron en ese momento a reparación 6, realizándose hepaticoyeyunoanastomosis en 3 y anastomosis término-terminal del colédoco en 3, de los cuales todos evolucionaron hacia la estenosis de la anastomosis, ya en este hospital se les realizaron diferentes estudios de gabinete para identificar la lesión; trece colangiografías percutáneas transhepáticas; ocho colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas; seis tomografías computadorizadas del abdomen; siete colangiogramas magnéticos nucleares; tres colangiografías a través de la sonda en T dejada en primera reparación; diez (47.61%) de los pacientes tuvieron una lesión clasificada como Bismuth III; cinco (23.80%) como Bismuth II y 6 (28.57%) como Bismuth I. Como complicaciones de la lesión iatrogénica 16 (7.61%) pacientes tuvieron colangitis; dos desarrollaron cirrosis biliar (9.52%). La cirugía practicada para cada uno de los pacientes en este centro hospitalario fueron 15 (71.42%) hepaticoyeyunoanastomosis y un total de 6 (28.57%) colédocoduodenoanastomosis. Como complicaciones transoperatorias hubo tres lesiones de la arteria hepática y como complicaciones postoperatorias hubo 4 con ictericia intermitente por estenosis de la vía biliar y cuatro fístulas biliares. El tiempo de hospitalización tuvo un rango de 7 a 63 días con una media de

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizaron medidas relativas (porcentaje), y centrales (promedio). No se emplearon otro tipo de variables porque el presente estudio no es comparativo con otra unidad hospitalaria.

Resultados

Los pacientes incluídos en el estudio fueron en total 21, siendo 17 del sexo femenino con una edad promedio de (47.58 años) y 3 del masculino con edad promedio de (63.33 años) obteniendo un porcentaje de casos de 80.95% y 14.28% respectivamente; a todos los pacientes se les refirió a este centro hospitalario ya con la lesión iatrogénica de la vía biliar de todos éstos la operación original fue colecistectomía abierta en 9 (42.85%) casos, colecistectomía laparoscópica en 12 (57.14%), reconociendo la lesión de la vía biliar en 6 pacientes, de los cuales se sometieron en ese momento a reparación 6, realizándose hepaticoyeyunoanastomosis en 3 y anastomosis término-terminal del colédoco en 3, de los cuales todos evolucionaron hacia la estenosis de la anastomosis, ya en este hospital se les realizaron diferentes estudios de gabinete para identificar la lesión; trece colangiografías percutáneas transhepáticas; ocho colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas; seis tomografías computadorizadas del abdomen; siete colangiogramas magnéticos nucleares; tres colangiografías a través de la sonda en T dejada en primera reparación; diez (47.61%) de los pacientes tuvieron una lesión clasificada como Bismuth III; cinco (23.80%) como Bismuth II y 6 (28.57%) como Bismuth I. Como complicaciones de la lesión iatrogénica 16 (7.61%) pacientes tuvieron colangitis; dos desarrollaron cirrosis biliar (9.52%). La cirugía practicada para cada uno de los pacientes en este centro hospitalario fueron 15 (71.42%) hepaticoyeyunoanastomosis y un total de 6 (28.57%) colédocoduodenoanastomosis. Como complicaciones transoperatorias hubo tres lesiones de la arteria hepática y como complicaciones postoperatorias hubo 4 con ictericia intermitente por estenosis de la vía biliar y cuatro fístulas biliares. El tiempo de hospitalización tuvo un rango de 7 a 63 días con una media de

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

transoperatorias hubo tres lesiones de la arteria hepática y como complicaciones postoperatorias hubo 4 con ictericia intermitente por estenosis de la vía biliar y cuatro fistulas biliares. El tiempo de hospitalización tuvo un rango de 7 a 63 días con una media de 22.78 días. El tiempo de observación postoperatoria va desde un mes hasta 4 años con una media de 14.2 meses.

DISCUSION

La lesión iatrogénica de la vía biliar es causado con poca frecuencia (1,2), sin embargo, la evolución de este padecimiento sin un tratamiento correcto es muy mala; pueden suceder diferentes complicaciones como la colangitis y la cirrosis biliar que son potencialmente fatales (1) lo cual sucedió en algunos de nuestros pacientes referidos. Para diagnosticar este padecimiento se pueden realizar diferentes estudios de gabinete si es que no se advirtió la lesión en la misma cirugía en que se produjo; y estos estudios son auxiliares en cuanto la localización y tipo de lesión producida; dichos estudios son la colangiografía percutánea transhepática utilizada para lesiones altas, la tomografía computadorizada del abdomen, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica utilizada para lesiones bajas, colangiografía por sonda en T cuando se ha colocado la misma en colédoco en cirugía previa y la resonancia magnética nuclear (no invasiva) (1,6,7). La cirugía es el tratamiento de elección para este tipo de padecimiento y se han visto mejores resultados con la hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux, aunque también se realiza la anastomosis del colédoco término-terminal cuando la lesión y anatomía así lo permite o la colédocoduodeno anastomosis cuando es técnicamente imposible realizar la primera mencionada (1,2,6,11,12,13,14); la primera y la tercera fueron realizadas en nuestros pacientes y se comentarán resultados en ese apartado así como en conclusiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

transoperatorias hubo tres lesiones de la arteria hepática y como complicaciones postoperatorias hubo 4 con ictericia intermitente por estenosis de la vía biliar y cuatro fistulas biliares. El tiempo de hospitalización tuvo un rango de 7 a 63 días con una media de 22.78 días. El tiempo de observación postoperatoria va desde un mes hasta 4 años con una media de 14.2 meses.

DISCUSION

La lesión iatrogénica de la vía biliar es causado con poca frecuencia (1,2), sin embargo, la evolución de este padecimiento sin un tratamiento correcto es muy mala; pueden suceder diferentes complicaciones como la colangitis y la cirrosis biliar que son potencialmente fatales (1) lo cual sucedió en algunos de nuestros pacientes referidos. Para diagnosticar este padecimiento se pueden realizar diferentes estudios de gabinete si es que no se advirtió la lesión en la misma cirugía en que se produjo; y estos estudios son auxiliares en cuanto la localización y tipo de lesión producida; dichos estudios son la colangiografía percutánea transhepática utilizada para lesiones altas, la tomografía computadorizada del abdomen, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica utilizada para lesiones bajas, colangiografía por sonda en T cuando se ha colocado la misma en colédoco en cirugía previa y la resonancia magnética nuclear (no invasiva) (1,6,7). La cirugía es el tratamiento de elección para este tipo de padecimiento y se han visto mejores resultados con la hepaticoyeyunoanastomosis con Y de Roux, aunque también se realiza la anastomosis del colédoco término-terminal cuando la lesión y anatomía así lo permite o la colédocoduodeno anastomosis cuando es técnicamente imposible realizar la primera mencionada (1,2,6,11,12,13,14); la primera y la tercera fueron realizadas en nuestros pacientes y se comentarán resultados en ese apartado así como en conclusiones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

Se estudiaron 21 pacientes de ambos sexos con lesión iatrogénica de la vía biliar, todos referidos de otro hospital. Se pudo observar que para realizar el diagnóstico y localizar la lesión el estudio más utilizado fue la colangiografía percutánea transhepática con buenos resultados; así como la colangioresonancia magnética nuclear con resultados muy parecidos y con la ventaja de ser un estudio no invasivo para el paciente; sin embargo el primero sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico de este tipo de padecimiento (1,6,7). Las complicaciones postoperatorias fueron la estenosis y la fístula biliar y esto puede ser debido a la excesiva fibrosis o diámetro de vía biliar insuficiente para la primera con algunos pacientes que requirieron otra cirugía o colocación de dilatadores(12) por parte del servicio de radiología, y mala cicatrización de la anastomosis para la segunda que requirieron nueva cirugía (11). Los resultados en cuanto funcionalidad (no estenosis) de nuestros pacientes ha sido del 90.47%, porcentaje que es similar al de los publicados mundialmente (10,14). El seguimiento de estos pacientes es importante y ha sido constante en el servicio de cirugía general a través de consultas frecuentes, estudios de laboratorio que incluyan pruebas de funcionamiento hepático y bilirrubinas, debido a que se pueden presentarse reestenosis y que éstas compliquen a nueva obstrucción y-o colangitis, para lo cual se debe dar tratamiento médico y en caso necesario quirúrgico (10,14).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA:

1. Nyhus . el dominio de la Cirugía. Tomo 1. Editorial Panamericana. 1999.
2. L.H. Blumgart. Cirugía del hígado y de las vías biliares. Tomo 1. Editorial panamericana. 1990.
3. Savader S, Lillemoe K. Laparoscopic Cholecystectomy-Related bile duct injuries-A health and financial disaster. Ann Surg. 1997 March. 225 (3).
4. Solheimk. Bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy. Int Surg 1995. OctDec 80 (4): 361-4.
5. Lillemoe K, Martin S. Major bile duct injuries during laproscopic cholecistectomy. Follow-up after combined surgical and radiological managment. Ann Surg 1997 May. 225 (5).
6. Zudeima. Cirugía del aparato digestivo. Tomo III. Editorial Panamericana. 1997.
7. Kalayci C, Aisen A. Magnetic resonance, cholangiopancreatography documents bile leak site after cholecystectomy in patients with aberrant right hepatic duct where ERCP fails. Gastrointestinal Endoscopy 2000 Aug 52 (2).
8. Strasberg S. laparoscopic biliary surgery. Gastroenterology Clinics. 1999, March 28 (1).
9. Bismuth H, Lazorthes F. Les traumatismos operatories de la voie biliare principale. Vol. 1. Masson De. 1981.
10. Warren K. The evolution and current perspectives of the treatment of benign bile duct stricture: A review. Surg. Gastroenterol 1982 1:141-154.
11. Parker. Reconstruction of the bile duct with transanastomotic u tubes. Surg Gynecol Obstet 1986 162:433-436.
12. Pitt Ha. Benign posoperative biliary strictures, operate or dilate. Ann Surg 1985 201: 452-455.
13. Vecchior et al. Treatment of iatrogenic lesions of common bile duct. Minerva Chir 1996. Jan-Feb 50 (1-2):29-38.
14. Lillemoe KD. Current managment of benign bile duct strictures. Adv Surg 1992. 25:119-172.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN