



UNIVERSIDAD  
NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



11209<sup>TIIS</sup>

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MÉDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS SUPERIORES  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE SONORA  
HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL

“PRONOSTICO QUIRÚRGICO Y CALIDAD DE VIDA A  
LARGO PLAZO DESPUÉS DE REPARACIONES  
COMPLEJAS DE LA VÍA BILIAR ”

# TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LA ESPECIALIDAD EN:  
**CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTA:

**DRA. GLORIA MAGALLY/TORRES SOLÓRZANO**

ASESOR:

DR. MARCOS JOSÉ SERRATO FELIX

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

HERMOSILLO, SONORA

FEBRERO DEL 2003.

1



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).

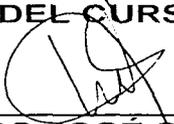
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

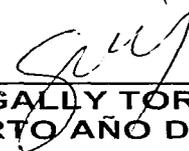
**HOSPITAL GENERAL DEL ESTADO DE SONORA  
DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. ARIEL VAZQUEZ GALVEZ  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. JOSÉ LOUSTAUNAU CADENA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA**

  
\_\_\_\_\_  
**DR. MARCOS JOSÉ SERRATO FELIX  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL**

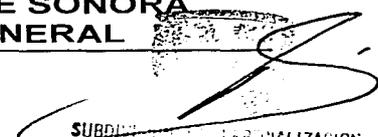
  
\_\_\_\_\_  
**DR. MÁRCOS JOSÉ SERRATO FELIX  
ASESOR DE TESIS**

  
\_\_\_\_\_  
**DRA. GLORIA MAGALLY TORRES SOLÓRZANO  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL**

**HERMOSILLO, SONORA; OCTUBRE DEL 2002**

2

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

  
SUBDIRECCION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. S. N.

**PRONOSTICO QUIRÚRGICO Y CALIDAD DE  
VIDA A LARGO PLAZO DESPUÉS DE  
REPARACIONES COMPLEJAS DE LA VÍA  
BILIAR.**

**DRA. GLORIA MAGALLY TORRES SOLÓRZANO**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## DEDICATORIA

A Dios por haberme dado los padres que tengo, por haberme permitido llegar donde estoy, por escucharme cuando lo necesito, por ayudarme a soportar el estar lejos de mi familia.

A mis padres por haberme dado una vida llena de felicidad, y haberme enseñado a vencer los obstáculos, por brindarme su apoyo incondicional.

A mis hermanos que los he extrañado mucho estando lejos.

A mi novio y ahora mi esposo, el cual me apoyo incondicionalmente durante todos estos años.

A mis maestros de los cuales he aprendido mucho a quienes les agradezco sus enseñanzas.

## AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Marcos José Serrato Félix por su apoyo en todo momento, por las enseñanzas impartidas durante estos cuatro años, por su apoyo para la realización de este trabajo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# INDICE

	Pág.
Resumen.....	1
Introducción.....	2
Pacientes y Métodos.....	7
Análisis Estadístico.....	8
Resultados.....	8
Discusión.....	12
Conclusión.....	14
Bibliografía.....	16

6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# Pronóstico quirúrgico y calidad de vida a largo plazo después de reparaciones complejas de la vía biliar.

Gloria Magally Torres Solórzano\*  
Marcos José Serrato Félix\*\*

## RESUMEN

**Introducción:** La colecistectomía es la cirugía más frecuente en cirugía general. La lesión de los conductos biliares es una complicación relativamente frecuente, pero devastadora en potencia, que puede manifestarse de inmediato o requerir años para que se les reconozca. Las consecuencias del mismo obligan a extremar el conocimiento del peligro en esta cirugía. Una decisión quirúrgica y un tratamiento inadecuados pueden desencadenar un resultado desastroso para la salud del paciente a corto y largo plazo. La hepaticoizquierdoyunooanastomosis (HIYA) es una buena opción para la reparación quirúrgica de la vía biliar. La calidad de vida es posible evaluarla mediante un cuestionario de salud.

**Objetivo:** Determinar cual es la calidad de vida y el pronóstico quirúrgico a largo plazo de los pacientes postoperados de hepaticoizquierdoyunooanastomosis.

**Tipo de estudio:** Retrospectivo, observacional, longitudinal.

**Material y Métodos:** Se estudiaron 16 pacientes, a los cuales se les realizó HIYA como tratamiento de lesión de la vía biliar de enero de 1889 a junio del 2002, se recolectaron datos clínicos y demográficos de los expedientes se evaluó su calidad de vida de acuerdo a un cuestionario de salud SF-36. Se localizaron, vía telefónica o en su domicilio, se les aplicó el cuestionario de salud, valoración clínica actual estudios bioquímicas, se realizó una correlación lineal de las variables mediante el método de Spearman.

**Resultados:** En un periodo de 11 años, se realizó HIYA a 16 pacientes por lesión de la vía biliar, se incluyen 12 pacientes, 11 mujeres y un hombre, edad promedio de 45 años, se excluyen 4 pacientes dos por fallecimiento, uno por expediente incompleto, uno por no encontrarse para responder el cuestionario. Se dividieron en dos grupos para su estudio Grupo I incluye 5 pacientes fracaso de derivación biliodigestiva previa, 2 pacientes con estenosis postcolecistectomía. Grupo II, 5 pacientes con derivación externa inicial posterior a la lesión de vía biliar promedio de 14.6 días. No hubo diferencias en el coeficiente de correlación observado en cuanto al grado de lesión, días de estancia hospitalaria, pruebas bioquímicas, se reporta una correlación casi nula entre la calidad de vida y estas variables, la edad, en relación con la calidad de vida fue de  $-0.8363$   $p(<0.05)$  para Grupo I y de  $-0.9716$   $p(<0.05)$ , para el grupo II. El pronóstico quirúrgico fue excelente en el 41.66% de los casos y bueno en el 58.33%.

**Conclusión:** Se requiere un conocimiento adecuado de la anatomía de la vía biliar. Así como de los mecanismos de lesión. La reparación se debe realizar en el momento ideal, cuando los tejidos se encuentren en las mejores condiciones, es estas condiciones el pronóstico quirúrgico es bueno y la calidad de vida a largo plazo es buena, los pacientes llevan a cabo una vida normal, con variables independientes que se deben analizar en cada paciente.

\*Dra. Gloria Magally Torres Solórzano  
Residente de Cirugía General del Cuarto Año

\*\*Dr. Marcos José Serrato Félix  
Médico Adscrito al Servicio de Cirugía, Profesor Titular del Curso

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

### LESION DE VIAS BILIARES

### ASPECTOS HISTORICOS

En 1882, Langenbuch efectuó la primera colecistectomía abierta para el tratamiento de la litiasis biliar, la cuál se volvió el tratamiento preferido para las personas que sufren litiasis biliar sintomática. Esta aplicación de la intervención quirúrgica trajo consigo las complicaciones inevitables, entre ellas la lesión de los conductos biliares. Los primeros reportes de reparación de vías biliares se reportaron hasta 1905, año en que Mayo describió dos casos de coledocostomía para reparar el colédoco lesionado durante la colecistectomía. (1,20)

A finales del decenio de 1980, Muhe (Alemania) y Dubois et al (Francia) empezaron a realizar la colecistectomía laparoscópica en Europa. Le siguieron Reddick et al. Y Olsen, en Estados Unidos. La aceptación y ejecución sin precedentes de esta técnica han dado por resultado que la colecistectomía laparoscópica se haya convertido en el nuevo tratamiento preferido para aquellos

con litiasis biliar, desafortunadamente está técnica mínima invasiva se asocio con alta incidencia de lesión de los conductos biliares, la cual la correlacionan con la experiencia del cirujano.(1,4,5). En 1889, Terrier describió la primera aplicación de una férula de anastomosis biliar. En 1891, Sprengel informó la realización de la primera coledocoduodenostomía por cálculos, y en 1892 Doyen la primera coledococoledocostomia por el mismo trastorno. En 1897 Roux describió la anastomosis en Y de Roux del intestino delgado. Técnica que se realizo para resolver la obstrucción gástrica y esofágica causada por tumores, siete años más tarde, en 1904, Monprofit la aplicó a las vías biliares. En 1908, Monprofit informó la realización de la primera hepatoyeyunostomia por medio de asa en Y de Roux. Cole et al. Publicaron un refinamiento ulterior, crearon un segmento de mucosa protuyente a nivel del sitio de la anastomosis. Smith modificó está técnica y creó lo que llamo anastomosis con injerto mucoso.(1) En 1974 Cárter y Saypol informaron la realización de la primera

colangiografía transhepática percutánea. McCune et al. 1968, y Oi en 1970, la primera colangiografía retrograda endoscópica. Estos avances se han refinado e incorporado en otros progresos de diagnóstico, cuidados quirúrgicos básicos y maniobras instrumentadas para impulsar a este campo hasta el sitio en el que se encuentra hoy, con resultados mejorados para el restablecimiento de la vía biliar.(1,20) Con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica se ha renovado el interés por las lesiones yatrógenas de los conductos biliares, lo mismo que por la ideación de estrategias para prevenirlas.

#### ESPECTRO GENERAL DE LAS LESIONES DE VIA BILIAR:

Las lesiones de los conductos biliares siguen siendo una complicación relativamente frecuente, pero devastadora en potencia, tanto en la colecistectomía abierta como en la colecistectomía laparoscópica pueden manifestarse de inmediato o requerir años para que se les reconozca.(4,5,9). La naturaleza y las consecuencias de las lesiones de los conductos biliares después de

colecistectomía varían en un grado enorme. Pueden hacerlo entre acumulación postoperatoria pequeña de bilis, con consecuencias clínicas pequeñas o nulas a estenosis de los conductos con complicaciones importantes.

Se considera una incidencia actual de lesión de vía biliar por técnica abierta de 0 a 0.2% y de 0.5% hasta series que reportan 0.8% para colecistectomía laparoscópica.(1,4,15) Al aspecto financiero hace referencia Scott JS.et al. el cual realiza un estudio comparando el costo del tratamiento en pacientes con lesión diagnosticada durante el procedimiento quirúrgico de 43%, en comparación con un diagnóstico tardío de 83%. Implica mayor días hospitalización, y en algunas ocasiones de Unidad de Cuidados Intensivos.(16).

#### TIPOS DE LESION DE VIA BILIAR:

Los tres tipos principales de lesión de vía biliar que se producen sin tomar en cuenta la técnica de colecistectomía, son las lesiones del conducto cístico, de conducto biliar extrahepático y de los conductos intrahepáticos.(6,7,8). La fuga por el

conducto cístico puede ser la consecuencia mas frecuente de lesión relacionada con colecistectomía laparoscópica. Se origina por falla en la ligadura o la grapa, o fuga proximal del conducto cístico a causa de lesión que pasó inadvertida, o lesión térmica si se secciona con el electrocauterio, produce desecación del tejido y fuga del conducto. Las lesiones del conducto biliar extrahepático pueden ser heridas o resecciones del conducto, la diferencia es la cantidad de tejido perdido. La mayoría de las series reporta secciones completas de conducto hepático común o colédoco, reportándose bajo índice de heridas simples de conducto (7,8). Se describe un patrón clásico de lesión del conducto biliar, que se produce en presencia de anatomía biliar normal. Se interpreta erróneamente el colédoco como cístico y se secciona, se prosigue con la disección hacia arriba, a lo largo de la superficie medial de los conductos colédoco y hepático común, se lesiona la arteria hepática derecha la cual se grapa, así como el conducto hepático común o su bifurcación, lo

que produce obstrucción biliar completa. Hay otra variante clásica de lesión. En este caso se identifica también erróneamente al colédoco como conducto cístico, se grapa, se colocan grapas proximales sobre el cístico y se secciona. Esto da por resultado obstrucción biliar con descompresión del sistema a través del muñón residual abierto del conducto cístico(1,4).

Las lesiones de los conductos intrahepáticos se producen durante la disección de la vesícula biliar desde su lecho en presencia de retracción cicatrizal profunda en el triángulo de Calot, o cuando se identifican erróneamente los elementos a este nivel da por resultado disección de la superficie medial del colédoco.

**ESTENOSIS:** Estas pueden ser posterior a colecistectomía de manera temprana o tardía, su diámetro y longitud varían, o pueden presentarse a nivel del sitio de reparaciones previas de la vía biliar, estas se acompañan a menudo de infecciones, isquemia, lesiones térmicas o problemas técnicos en el momento de la reparación original como tensión o fuga de la

anastomosis. Las estrecheces se pueden clasificar según la clasificación de Bismuth et al. En cinco grados: la cual se muestra en la siguiente tabla. Clasificación realizada por Bismuth en 1982, la cuál se basa en la ubicación de la lesión. (1,4,8,17).

**CLASIFICACION DE BISMUTH DE LESION BILIAR EXTRAHEPATICA.**

<b>TIPO CARACTERISTICAS DE LA LESION</b>	
<b>Tipo I</b>	Estrechez baja del colédoco, el segmento proximal es >2cm de longitud.
<b>Tipo II</b>	El segmento proximal es < de 2cm de longitud.
<b>Tipo III</b>	Estrechez alta con la confluencia de los hepáticos intacta, a nivel de Karina.
<b>Tipo IV</b>	Estrechez biliar interrumpe la comunicación entre los dos canales hepáticos.
<b>Tipo V</b>	Involucra una distribución anómala de las ramas segmentarias derechas, con o sin lesión del conducto biliar común.

Bismuth realiza esta clasificación en base a la localización de la lesión,

independientemente del mecanismo de la misma. (4). La mayoría de las lesiones se reportan, en un 65% lesión del conducto biliar común por debajo de la bifurcación de los hepáticos (BI, BII). A nivel de la bifurcación 14.4% (BIII), el resto lesiones BIV y BV.(5). Existe otra clasificación para las lesiones de la vía biliar por colecistectomía laparoscópica Clasificación de Stewart y Way. (8)

**MECANISMOS DE LESION:**

Hay cinco formas en la cuál el cirujano puede lesionar la vía biliar.

1. - Se liga o se secciona el conducto equivocado.
2. - Se ocluye la luz del conducto biliar durante la ligadura al ras del conducto cístico.
3. - Se trastorna el riego sanguíneo del colédoco por disección excesiva.
4. - Se traumatiza la luz del conducto a causa de dilatación forzada.
5. - Uso inapropiado de la aplicación de la fuente energética utilizada. (1,13,14)

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

#### FACTORES DE RIESGO:

Se pueden integrar en tres categorías amplias: a) Anatomía peligrosa, b) Datos patológicos peligrosos, c) operaciones peligrosas.

- a) Anatomía peligrosa: Cambios por anatomía variante o modificaciones anatómicas que oscurecen la visibilidad de los elementos vitales.
- b) Datos patológicos peligrosos: La colecistitis aguda, la colecistitis gangrenosa, la colecistitis perforada, enfermedad poliquística del hígado, cirrosis hepática, vesícula escleroatrófica, síndrome de Mirizzi.
- c) Operación peligrosa: se encuentran lesiones por tracción, hemorragia, lesiones producidas por disección excesiva o lesiones por uso de electrocauterio, así como la inexperiencia y la curva de aprendizaje. (1,13,14)

L. Th. De Wit, et al. Reportan como factores de riesgo mas frecuentes la colecistitis aguda, el sangrado, mala interpretación de la anatomía del triángulo de calot y la experiencia limitada del cirujano. (4)

#### PREVENCION:

Se basa en los conocimientos a fondo de la anatomía de la región, trastornos que predisponen a la lesión y mecanismos de lesión.

#### USO DE COLANGIOGRAFIA:

Ha proseguido durante muchos años, el debate sobre colangiografía transoperatoria sistemática o selectiva. Puede ayudar a reconocer la lesión del colédoco, y volver mínima su gravedad de manera subsecuente. Es necesario equipo radiográfico adecuado, identificación precisa de datos radiográficos. El cirujano debe saber interpretarla. La colangiografía transoperatoria (CTO) no disminuye el riesgo de lesión de la vía biliar, pero si ayuda a la detección temprana de la lesión, en un estudio realizado en el 70% de los casos que se realizo la CTO, la lesión paso inadvertida por el cirujano, vista retrospectivamente la lesión si se observo en la CTO. (4, 9)

#### MORBILIDAD Y MORTALIDAD:

De las defunciones por colecistectomía abierta sé calcula un 2 a 5% son consecuencia de lesiones

de vía biliar, en la colecistectomía laparoscópica la tasa de mortalidad es de por lo menos 2%. (16, 2) La lesión del conducto biliar es una de las principales complicaciones de la colecistectomía, aunque poco frecuentes resultan catastróficas en potencia. Se reporta una incidencia del 2% para la colecistectomía abierta, estas lesiones producen una morbilidad importante a corto y a largo plazo, e incrementan la mortalidad. Algunas series reportan 0-1%, es variable ya que algunos reportes incluyen solo sección completas del conducto biliar, sin reportar las complicaciones tardías como estenosis secundaria a la isquemia, lo que explica la diferencia en la incidencia en los casos reportados. (1,4). Algunos pacientes suelen requerir reconstrucción operatoria, quizá se necesiten intervenciones quirúrgicas, endoscopias o percutáneas múltiples. En la colecistectomía laparoscópica la morbilidad que la acompaña ha incrementado las complicaciones graves de las vías biliares con una incidencia de 0.5% aproximadamente de lesión de un conducto biliar mayor,

algunas series reportan 0.6 a 0.8% (1,2,4,6).

#### MANIFESTACIONES CLINICAS:

Resultante de colecistectomía abierta o de colecistectomía laparoscópica las manifestaciones clínicas de las complicaciones biliares se relacionan con fuga de bilis u obstrucción biliar (7,8,9). Mas del 85% de las lesiones no se detectan en el procedimiento inicial. (4). En la mayoría de los casos estas manifestaciones se presentan en plazo de varios días, hay un retraso resultado de fallas diagnósticas y terapéuticas, generalmente al inicio no es creíble que pudo haberse presentado una lesión y un bilioma se interpretan como fuga por un conducto de luscka o fuga del conducto cístico. (4) Las manifestaciones clínicas consisten en dolor abdominal, ileo, fiebre bajo grado, en ocasiones nauseas y vomito que preceden a la ictericia. A la exploración revela de manera típica, distensión abdominal de leve a moderada con hipersensibilidad y defensa muscular difusa o localización en epigastrio o cuadrante superior derecho. (1). En un estudio valorando los síntomas posteriores a

la lesión inadvertida se encontraron manifestaciones poco específicas en el postoperatorio temprano, incluyendo malestar general, náusea, anorexia, dolor abdominal leve, febrícula, con un leve incremento de las pruebas de función hepática y ausencia de dilatación en las imágenes radiológicas. Generalmente son egresados al segundo día postoperatorio y reingresan días después por persistencia de síntomas. Los signos clásicos de ictericia y sepsis se manifiestan en un estadio tardío y eventualmente llevan al diagnóstico. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico se realiza en un intervalo de tiempo de 7 a 10 días después de la colecistectomía. (4) Estos datos persisten durante varios días, hasta desarrollar ictericia de manera inevitable. La ictericia es más pronunciada en los pacientes que tienen obstrucción o sepsis intraperitoneales, cuando hay obstrucción biliar completa sin fuga de bilis o infección la manifestación de ictericia se presenta durante varios días o semanas después de la operación. Por sí sola la ictericia es una manifestación temprana poco

frecuente de la lesión biliar. Las presentaciones tardías después de varias semanas o meses pueden ser resultado de estenosis, la cual puede presentarse como colangitis, con perfil enzimático hepático colestásico progresivo.(1)

#### DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES BILIARES:

El diagnóstico de una lesión de conducto biliar puede diagnosticarse durante el transquirúrgico de la colecistectomía por la presencia de fuga o bilis, o al efectuar la colangiografía transoperatoria que no permite ver por completo el árbol biliar. Puede identificarse en el postoperatorio. Es muy importante una investigación intensa temprana en un paciente que se sospecha lesión de la vía biliar.(1,4,20).

La ultrasonografía y topografía computarizada pueden poner de manifiesto ascitis, acumulaciones de líquido y dilatación de vías biliares, pero los datos que aporta son inespecíficos de lesión además de insuficientes para instituir el tratamiento definitivo, por lo que se requiere la colangiografía retrograda

endoscópica, la cual identifica retención de cálculos, estrecheces, fuga de bilis desde el muñón del conducto cístico, o por una lesión lateral del mismo, u obstrucción completa del conducto distal. Cuando se sospeche una lesión de conducto mayor, la colangiografía retrograda endoscópica será la prueba imagenológica inicial con mayor eficacia. La colangiografía transhepática percutánea es importante para identificar la extensión proximal de la lesión o las estrecheces altas, por lo que puede identificar segmentos de conducto excluido a causa de sección o ligadura de conductos segmentarios que no se visualizaron con la colangiografía endoscópica retrograda. El ultrasonido es generalmente el primer estudio diagnóstico, posteriormente CPRE, si no evidencia datos objetivos es necesario la colangigrafía transhepática. (4,20). Actualmente se cuenta con estudios como la colangiopancreatografía por resonancia magnética nuclear CPRNM, es muy costosa, y no esta

disponible en la mayoría de los centros hospitalarios.

#### TRATAMIENTO.

En las lesiones de vía biliar, el tratamiento es altamente dependiente de un abordaje multidisciplinario. No todas las modalidades de tratamiento están disponibles en cada hospital. El tratamiento requiere de experiencia en radiología intervencionista, endoscopia terapéutica y en cirugía biliar reconstructiva en la que se reporta resultados diagnósticos favorables en un 94% realizada por cirujano experimentado en reparaciones de vía biliar versus 79% en aquellos no experimentados. El tratamiento depende de cuando es detectada la lesión, el manejo de la lesión aguda difiere de la lesión diagnosticada tardíamente. Si la lesión es detectada durante la colecistectomía laparoscópica, se debe convertir a cirugía abierta, si la anatomía esta perdida, o los tejidos inflamados, se sugiere colocar drenaje subhepático, para evitar ocasionar mayor daño. Si los tejidos están en buenas condiciones y el diámetro de la lesión es pequeño y no

hay extensión del daño se puede realizar una anastomosis terminoterminal con colocación de sonda en T. Si hay pérdida de tejido una opción es la hepaticoyeyunoanastomosis, en el caso de lesión más proximal BII o BIII, una HIYA es lo ideal cuando las condiciones del tejido lo permite, al igual que para estenosis tardías. Si la lesión es alta y los conductos no están dilatados o en buenas condiciones no se debe realizar una reconstrucción primaria, es más favorable drenar el área si es posible con un drenaje intraluminal y programar posteriormente para una reconstrucción electiva. Si la condición de los conductos biliares es mala el intento de una reconstrucción en esta situación resulta en un aumento e la incidencia de fugas anastomosis y posteriormente estenosis, en lugar de un 90% de éxito si la anastomosis es electiva. Sugiriendo un periodo de 6 a 8 semanas posterior al drenaje externo para realizar la reconstrucción electiva.(4, 13, 18). Miguel AM, Héctor O.et al, describen una técnica para reconstrucción

intrahepática del árbol biliar, cuando es una lesión compleja alta, generalmente BIV. El fundamento del procedimiento es remover una cuña del segmento IV del hígado a nivel de la placa hilar, entre el lecho de la vesícula y el ligamento redondo, exponiendo así el conducto derecho e izquierdo, logrando una vista anteroposterior de la placa hilar, exponiendo conductos sanos sin fibrosis para la reconstrucción. (17).

George Z, Kelly WM. Explican la forma en la que no debe colocarse el asa de Roux (posición antiperistáltica), esta técnica de error propicia a la presencia de colangitis frecuentes con falla en la anastomosis.(3)

#### PRONÓSTICO QUIRÚRGICO:

Michael MM et al. Hacen referencia a la clasificación del pronóstico quirúrgico, como excelente, bueno, mal o fracaso del tratamiento. Considerando como excelente pronóstico aquellos pacientes sin síntomas y con pruebas de función hepáticas (PFH) normales , bueno aquellos con ausencia de síntomas y PFH moderadamente elevadas, malo aquellos con síntomas y PFH

elevadas, y fracaso aquellos que requirieron intervención por estenosis sé anastomosis.(6)

#### CALIDAD DE VIDA

El término calidad de vida pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en que modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Esta valoración deberá ser multidimensional, y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social. La interpretación del cuestionario puede ser descriptiva del estado de salud de un paciente concreto o de un conjunto muestral con características determinadas. Se pueden utilizar diferentes pruebas estadísticas a la hora de interpretar los resultados, medias, mediana, desviaciones estándar. (5,6,10,11,12).

Los reportes de centros hospitalarios son a corto tiempo, pocos a largo plazo, no son disponibles o aprovechables para estudiar la

calidad de vida de pacientes con LVB. Se muestra un estudio actual de pacientes a los cuales se les realizo cirugía entre 8m y 11 años, reportamos nuestros resultados de calidad de vida y pronostico quirúrgico a largo plazo(6).

#### PACIENTES Y METODOS:

Previa aceptación del Comité de Enseñanza, Ética e Investigación del Hospital General Del Estado de Sonora se realizo un estudio retrospectivo, observacional, longitudinal, de pacientes a los que se les realizo derivación biliodigestiva Hepaticoizquierdoyeyeunoanastomosis (HIYA) como tratamiento de lesión de la vía biliar, en el Hospital General del Estado de Sonora, en un periodo comprendido de enero de 1989 al 30 de junio del 2002, 2 propias y 14 derivadas de otros centros hospitalarios. Se recolectaron datos de los expedientes en relación a información demográfica, características clínicas prequirúrgicas y posquirúrgicas, derivación biliodigestiva inicial o de segunda intención, tiempo entre la colecistectomía y la manifestación de

síntomas, tiempo transcurrido para realizar él diagnostico, nivel de lesión de acuerdo a la clasificación de Bismuth, hallazgos transquirúrgicos, días totales de estancia intrahospitalaria, días de estancia hospitalaria posterior a la derivación, resultados de pruebas de función hepática prequirúrgicos y posquirúrgicos.

Se localizaron los pacientes vía telefónica, o en su domicilio, se les aplico un cuestionario de salud estandarizado, SF-36, el cual a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional de un paciente. La derivación biliodigestiva se realizo a un total de 16 pacientes, se incluyen 12 pacientes con una edad promedio de 45 años (30 y 73 años las edades límites), 11 pacientes del sexo femenino y un masculino, a los cuales se aplico el cuestionario, se realizó una valoración clínica actual, se actualizaron estudios bioquímicas de pruebas de función hepática. Se

excluyeron del estudio a 4 pacientes, 2 por fallecimiento, 1 no se localizo, 1 por expediente incompleto. Se evaluó el resultado de la reparación quirúrgica de los conductos biliares acuerdo a criterios objetivos (síntomas de dolor, ictericia y colangitis) y criterios subjetivos (pruebas de función hepática y el requerir reintervención. Se considero excelente (pacientes asintomático, con pruebas de función hepática normales), buena (paciente asintomático y pruebas de función hepática moderadamente elevadas), mala (pacientes sintomáticos y pruebas de función hepática anormales), en caso de requerir nueva intervención quirúrgica para manejo de estenosis recurrentes se considera fracaso quirúrgico. Se separaron en dos grupos aquellos con estenosis, cuya causa fue estenosis postcolecistectomía en dos casos, y estenosis de una derivación biliodigestiva previa, con fracaso de la misma evolucionando a estenosis en 5 casos, un segundo grupo que presentaron lesión inadvertida de la vía biliar durante el procedimiento quirúrgico, el tratamiento inicial fue

derivación externa, por la mala condición de los tejidos, posteriormente fueron programados para derivación biliodigestiva.

#### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

De los datos obtenidos se realizó una correlación lineal entre la calidad de vida y los parámetros clínicos mediante la correlación por rangos de Spearman y Estadístico de prueba. Se utilizaron medias, desviaciones estándar y porcentajes.

$$r_s = \frac{2(n^3 - n) - \sum e_x - \sum e_y - 12(\sum d^2)}{\sqrt{(n^3 - n - e_x)} \cdot \sqrt{(n^3 - n - e_y)}}$$

#### RESULTADOS:

##### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

En un periodo de once años (enero de 1889 a junio del 2002), a 16 pacientes se les realizó intervención quirúrgica por lesión de la vía biliar en

el Hospital General del Estado de Sonora, realizándose HIYA, se incluyen 12 pacientes 11 mujeres (91.7%) y 1 hombre (8.3%), con edad promedio de 45 años (rango de 30 a 73 años), 11 de los pacientes fueron referidos de otras instituciones en periodos variables después de la lesión. El procedimiento inicial fue colecistectomía laparoscópica en 2 pacientes (16.66%), y colecistectomía abierta en 10 pacientes (83.33%). Solo en un paciente la lesión biliar fue descubierta durante la colecistectomía, se le realizó derivación biliar interna Rodney Smith, la cual presentó estenosis tardía 1 año posterior. En 11 pacientes el diagnóstico se realizó posterior a la cirugía (tiempo promedio de 5.5 días, rango de 2 a 10 días). Para los pacientes con estenosis postcolecistectomía (tiempo promedio de 75 días, rango de 60 a 90 días). La indicación para la colecistectomía fue colecistolitiasis (41.66% [n=5]), colecistitis aguda (58.33% [n=7]).

**Tabla 1. Variables Demográficas**

<b>Variable demográfica</b>	<b>Grupo 1</b>	<b>Grupo 2</b>	<b>Total</b>
<b>Edad en años</b>	n=7 media= 45.14 $\sigma=13.37$	n=5 media= 43.8 $\sigma=16.2$	n=12 media= 4.58 $\sigma=9.83$
<b>Sexo</b>	Fem n=6	n=5	n=11 (91.66%)
	Mas n=1	n=0	n=1 (8.33%)
<b>Proc</b>	Otra inst. n=6	n=5	n=11 (91.66%)
	HG n=1 ES	n=0	n=1 (8.33%)

### MANIFESTACIONES CLÍNICAS

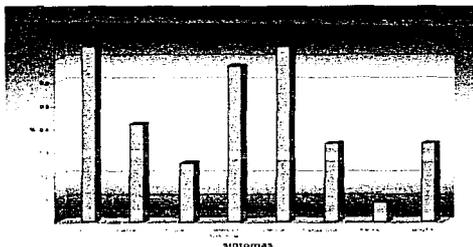
La presentación clínica después de lesión de los conductos biliares en la mayoría de los pacientes, fue en su inicio molestias abdominales vagas inespecíficas, posteriormente inicio de dolor, fiebre, prurito, distensión abdominal, ictericia, ascitis, colangitis, y fistula biliar, en aquellos que durante el procedimiento se coloco drenaje. La mayoría de los pacientes manifestó 2 o más síntomas, predominando el dolor y distensión

abdominal en su inicio, posteriormente ictericia, acompañada de prurito, en algunas ocasiones fiebre, y colangitis. Las manifestaciones de cirrosis biliar solo se presento en una paciente. Una paciente presento sangrado de tubo digestivo, con choque hipovolémico, secundario a una fistula entre arteria hepática derecha y yeyuno a un cm del sitio de la anastomosis, antes de la derivación biliodigestiva definitiva, la cual requirió estancia en Unidad Cuidados Intensivos por 35 días. En la tabla No. 2 se muestran las manifestaciones clínicas más frecuentes encontradas posterior a la lesión de la vía biliar.

**TABLA No.2 Manifestaciones clínicas**

<b>Manifestaciones clínicas</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Dolor</b>	9	75.00%
<b>Fiebre</b>	5	41.66%
<b>Prurito</b>	3	25.00%
<b>distensión Abdominal</b>	8	66.55%
<b>Ictericia</b>	9	75.00%
<b>Fistula biliar</b>	4	33.33%
<b>Ascitis</b>	1	8.33%
<b>Colangitis</b>	4	33.33%

**GRAFICA No.1**  
**MANIFESTACIONES CLINICAS**

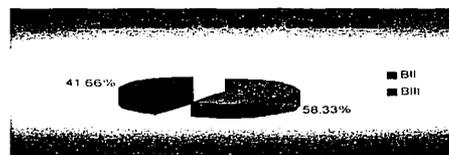


**TRATAMIENTO PREVIO A LA HEPATICOIZQUIERDOYEYUNOANASTOMOSIS**

Se les realizó derivación biliodigestiva previa, con fracaso de la misma (5pacientes 41.66%), estenosis posterior a colecistectomía en 2 pacientes (16.66%), a 5 pacientes (41.66%) se les realizó derivación externa en un tiempo promedio de 14.6 días, (rango de 7 a 20 días) posterior a la lesión, realizándose HIYA un promedio de 8.6 meses (rango de 6 a 12 meses).

**CLASIFICACION DE LAS LESIONES**  
La clasificación de las lesiones se realizaron en base a la clasificación de lesión biliar de conductos extrahepáticos de Bismuth. Encontrando (25% [n=3]), un Bismuth III, (75%[n=9]) Bismuth II. Sin embargo durante el procedimiento quirúrgico para realizar la reparación definitiva la mayoría de las lesiones se extendían más proximal a la bifurcación de los hepáticos, por malas condiciones del tejido hasta encontrar mucosa sana sin definirse claramente la extensión de la lesión en la información recabada

**GRAFICA No. 2 CLASIFICACION**



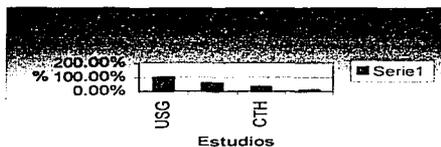
**DE LAS LESIONES**

**ESTUDIOS DIAGNOSTICOS**

Se realizó una combinación de estudios radiológicos diagnósticos. El estudio diagnóstico inicial más frecuente realizado fue el ultrasonido abdominal, en busca de colecciones

intraabdominales y dimensiones de la vía biliar, así como características del hígado, bazo, vena porta. Fue realizado en el 100% de los pacientes. Colangiografía retrograda endoscópica (58.33% [n=7]), la cual reporto amputación, ligadura o estenosis de la vía biliar. Colangiografía transhepática percutánea (33.33% [n=4]), Colangiopancreatografía por Resonancia magnética nuclear CPRNM (8.33% [n=1]), el cual se realizo en Estados Unidos.

### GRAFICA No. 3 Estudios diagnósticos.



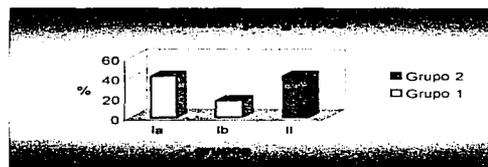
### REPARACIÓN BILIAR

Los 12 pacientes fueron intervenidos con el mismo procedimiento de derivación biliodigestiva, hepaticoizquierdoyeyunoanastomosis. Para su estudio los dividimos en 2 grupos GRUPO I.- Pacientes con estenosis posterior a la colecistectomía (16.66% [n=2]), o estenosis a nivel de la anastomosis

(41.66% [n=5]) a los que se les había realizado derivación biliodigestiva previa, con fracaso de la misma, de los cuales a 3 se les había realizado hepaticoyeyunoanastomosis y a 2 Rodney Smith. Un total de 7 pacientes, los cuales se comparan con un GRUPO II.- 5

Pacientes (41.66%) a los cuales se les realizo derivación externa en un tiempo promedio de 14.6 días, (rango de 7 a 20 días) posterior a la lesión, realizándose HIYA un promedio de 8.6 meses (rango de 6 a 12 meses). El tiempo quirúrgico para GRUPO I.- fue de 302 minutos, para el GRUPO II.- de 278 minutos.

### GRAFICA No.5 División por grupos.



Ia.- Pacientes con anastomosis biliodigestiva previa

Ib.- Pacientes con estenosis postcolecistectomía

II.- Pacientes con derivación externa previa a derivación definitiva.

## MORBILIDAD

Se presentaron 5 complicaciones en 10 pacientes: Abscesos intrabdominales (n=2); Infección de la herida (n=3), colangitis (n=1), enfermedad acidopeptica (n=8), cirrosis biliar (n=1). Uno de los abscesos se presento en una paciente que había presentado absceso intra hepático posterior a anastomosis previa, el cual se había resuelto con antibióticos, se presento 7 días posterior a la cirugía, y fue drenaje por punción guiado por tomografía computarizada, por lo que se prolongo su estancia hospitalaria a 26 días, el otro absceso se presento posterior a un textiloma, la cual requirió reintervención para drenaje del absceso y extracción del textiloma, lo que prolongo su estancia hospitalaria a 21 días, el paciente con colangitis, presento mismo cuadro en dos ocasiones los dos primeros meses posterior a la cirugía, remitieron en un tiempo menor a 48 horas con antibióticos, la ecografía no evidencio dilatación de la vía biliar y la colangiografía retrograda endoscópica reporto ausencia de

estenosis a nivel de la anastomosis sin presentarse nuevos cuadros desde hace 2 años. Los pacientes con enfermedad ácido péptica, manifestaron síntomas los cuales remitieron con bloqueadores H2. La paciente con cirrosis biliar, ya presentaba sintomatología previa a la cirugía, requiriendo paracentesis repetidas, con mejoría posterior a la cirugía, prolongo su estancia hospitalaria a 15 días.

GRAFICA No.6 Morbilidad.



## ESTUDIOS BIOQUIMICOS

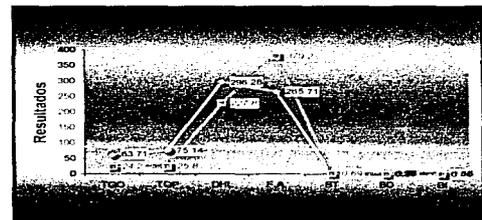
Se revisaron los reportes de laboratorio prequirúrgicos y posquirúrgicos en relación pruebas de función hepática, se valoro TGO, TGP, DHL, Fosfatasa alcalina, bilirrubinas, los cuales se compararon con pruebas de laboratorio recientes

en todos los pacientes, se encontró una disminución gradual en el posquirúrgico en todas las pruebas, sin embargo, persisten elevadas las transaminasas y la fosfatasa alcalina en el Grupo 1, que fueron los pacientes que presentaron mayor tiempo con obstrucción biliar, por tiempo prolongado de estenosis posquirúrgica, de anastomosis o postcolecistectomía. En el Grupo 2 se observa una disminución de estas pruebas bioquímicas, a valores cercanos a lo normal. Las bilirrubinas permanecen normales en el reporte actual en todos los pacientes. En la tabla No. 3, Grafica No7. Se muestra las medias y desviaciones estándar para ambos grupos. Donde se observa una **diferencia significativa** en relación a TGO, TGP y fosfatasa alcalina.

**TABLA No.3 Medias y desviaciones estándar de pruebas bioquímicas**

EST. BIOQ- ACT.	GRUPO 1		GRUPO 2	
	$\sigma$		$\sigma$	
	Media		Media	
TGO U/L	63.71	37.78	24.2	6.76
TGP U/L	75.14	52.84	25.8	6.66
DHL U/L	296.2	67.61	227.8	99.82
F.A. U/L	265.7	135.6	379.2	165.6
BTm g/dl	1.80	0.42	0.69	0.46
BDm g/dl	0.27	0.19	0.24	0.29
BI mg/dl	0.50	0.25	0.45	0.2

**GRAFICA No.7 MEDIA DE LOS ESTUDIOS BIOQUIMICOS.**



## SEGUIMIENTO

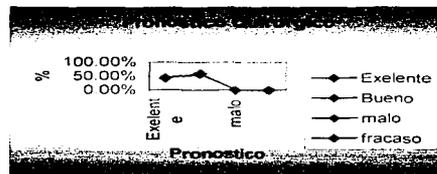
Dos pacientes fallecieron, solo uno se atribuye a procedimiento quirúrgico, 24 horas posterior a la derivación por insuficiencia renal y necrosis de un segmento del lóbulo izquierdo del hígado, otra paciente falleció 18 meses posterior a la derivación por Mieloma múltiple. Un paciente no fue localizado para aplicar el cuestionario de calidad de vida y otro paciente su expediente estaba incompleto. 12 pacientes estuvieron disponibles para responder el cuestionario.

## PRONOSTICO DE LA HIYA

El pronóstico final fue posible reportarse en los 12 pacientes. 5 pacientes tuvieron excelentes resultados, 7 pacientes tuvieron buen resultado, ningún paciente desarrollo mal pronostico o fracaso en la anastomosis por estenosis, ninguno ha requerido procedimientos terapéuticos por estenosis. En nuestro estudio cuando se utiliza hepaticoizquierdoyeyunoanastomosis el resultado predictivo es excelente

en un 41.66%, bueno en 58.33% ( $P < 0.05$ ).

## GRAFICA No.8. Pronostico quirúrgico



## CALIDAD DE VIDA

Se analizaron los resultados de la calidad de vida de los pacientes posterior al procedimiento quirúrgico, aplicándose el cuestionario de salud SF-36, el cual contiene 36 ítems formando 8 dimensiones que evalúan: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol emocional, salud mental. Los cuatro primeros integran el componente de evacuación física y los últimos cuatro componente mental. El tiempo promedio posquirúrgico de los pacientes al momento de la aplicación del cuestionario fue de 44.22 meses (rango de 8-123 meses). Los resultados a largo plazo fueron analizados de acuerdo al tipo de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

lesión, edad actual de los pacientes, numero de intervenciones, datos de laboratorio, tiempo del diagnostico de la lesión biliar, números de días de estancia hospitalaria.

Al correlacionar linealmente la calidad de vida con el grado de lesión Gpo.1( $r=-.590$ ), Gpo. 2 ( $r=-.634$ ), días de estancia hospitalaria Gpo 1 ( $r=-.00072$ ), Gpo 2 ( $r=-.1315$ ), tiempo transcurrido para realizar el diagnostico Gpo 1 ( $r=-.3450$ ) Gpo 2 ( $r=-.6315$ ) y pruebas de función hepática TGO Gpo 1 ( $r=-.3545$ ), Gpo 2 ( $r=-.2105$ ), TGP Gpo 1 ( $r=-.7300$ ), Gpo 2 ( $r=-.3420$ ), Fosfatasa alcalina Gpo 1 ( $r=-.3810$ ), Gpo 2 ( $r=-.6842$ ). **Tiempo Quirúrgico** Gpo 1 ( $r=-.684$ ), Gpo 2 ( $r=.693$ ). No hubo diferencia significativa, en el coeficiente de correlación observado en la muestra. Por lo que se encontró una relación casi nula entre la calidad de vida y estas variables. En relación a las pruebas de función hepática los pacientes del Grupo 1 presenta pruebas de transaminasas y fosfatasa alcalina elevada, a diferencia del grupo 2, sin embargo esto no se ve reflejado en la calidad de vida del paciente, por lo que no hay relación

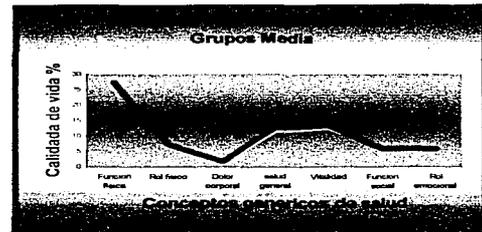
directa actual entre estudios bioquímicas y la calidad de vida, pero si hay una relación directamente proporcional en aquellos pacientes con retraso en el diagnostico, o tiempo prolongado de estenosis con las pruebas bioquímicas, las cuales persisten elevadas en aquellos pacientes que no fueron derivados oportunamente encontrándose normales en aquellos a los que se realizo derivación externa oportuna, y posteriormente se programaron para la derivación definitiva. El rango en la calidad de vida en relación a la edad fue para el Grupo 1 de  $-.8363$  ( $P<0.05$ ). Para el Grupo 2 de  $-.9746$  ( $p<0.05$ ). Por lo que se observo una relación indirecta a mayor edad menor calidad de vida, sin embargo se puede considerar, la edad misma como causa de limitaciones en la función física, donde se observo mas bajo puntos. En la tabla No. 4 se muestra las medias y desviaciones estándar en los dos grupos de estudio, observamos no hay diferencias significativa entre ambos grupos. Al evaluar el pronostico quirúrgico hubo diferencia entre los resultados excelente y buenos con la

calidad de vida, ambos grupos reporta un porcentaje elevado, 93.6% para los de pronostico excelente y 90.71% para los de buen pronostico.

**Tabla No.4 Calidad de Vida Medias y desviaciones Estándar.**

GRUPOS	GRUPO 1		GRUPO 2	
	Med	$\sigma$	Med	$\sigma$
<b>Func. Física</b>	26.8	3.5	27.4	1.4
<b>Rol fisico</b>	7.71	.487	7.4	.547
<b>Dolor corp.</b>	1.42	.534	1.8	.447
<b>Salud gen.</b>	11.4	1.2	12.4	1.5
<b>Vitalidad</b>	12.5	.77	13.2	.447
<b>Func. Social</b>	6	0	6	0
<b>Rol emoc.</b>	6	0	5.8	.447
<b>Salud mental</b>	18.8	1.8	19.5	.547

**GRAFICA No.9 Calidad de Vida.**



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**TABLA.No.5 CALIDAD DE VIDA  
RELACION CON DIFERENTES  
VARIABLES DE ACUERDO A  
CORRELACION LINEAL DE  
SPEARMAN.**

VARIABLES	GRUPO 1		GRUPO 2	
	rs	p	rs	p
EDAD	-.8363	P(<0 .05)	-.974 6	P(<0 .05)
TIEMPO QX.	-0.684	n/s	- 0.69 33	n/s

GRADO DE LESIÓN	- .509	n/s	n/s
DIAS HOSP.	- .007	n/s	n/s .131
TIEMPO DEL DX	- .345	n/s	n/s .210
TGO ACTUAL	- .354	n/s	n/s .210
TGP ACTUAL	- .273 0	n/s	n/s .342 0
FOSF. ALC.	- .381	n/s	n/s .684

## DISCUSIÓN

La colecistectomía es una de las cirugías más frecuentes realizadas en este y en muchos otros hospitales, la cual lleva consigo un cierto porcentaje de lesiones iatrógenas de la vía biliar, que muchas veces son inadvertidas, con potenciales consecuencias lamentables. Son lesiones clásicas que se pueden prevenir. El mejor método es comprender los mecanismos de lesión que los producen. Estas consecuencias lamentables implican mayor morbilidad, mortalidad, así como altos costos, para el paciente, y trastorno para el y su entorno familiar. La calidad de vida a largo plazo de los pacientes estudiados fue buena. En la visita a los pacientes se pudo observar que realizan aparentemente una vida normal, realizando labores cotidianas, la mayoría de ellos con empleo, sin embargo es difícil evaluar la calidad de vida, este término pretende valorar aspectos de la enfermedad que no son estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en que modo se

ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser multidimensional, y se incluye al menos evaluar la función física, funcional, psicológica y social. Si definimos salud según la OMSS es el completo estado de salud física y mental y no solo la ausencia de enfermedad. El cuestionario aplicado engloba todas estas dimensiones y nos da un parámetro general del estado actual del paciente en relación a su calidad de vida. Los resultados a largo plazo en relación al pronóstico del procedimiento quirúrgico, fue bueno en todos los casos, esto se ve reflejado en la calidad de vida del paciente, la cual también es buena a largo plazo. En el grupo 1 no hubo evidencia física, sí alteraciones bioquímicas a largo plazo, con resultados pronósticos buenos a pesar de haber requerido mas de 2 procedimientos quirúrgicos. En el grupo 2 no hubo evidencia física, ni bioquímica, con resultados pronósticos quirúrgicos excelentes. En ambos grupos se evidencio una buena calidad de vida 93.6% para el

grupo 1 y 90.71% para el Grupo 2, con una diferencia a favor del Grupo 1, se refleja con un intervalo de confianza del 95%. La severidad de la lesión no afecto a largo plazo en la calidad de vida, 7 pacientes con lesión BIII y 5 con lesión BII no manifestaron diferencia posterior a la derivación, se considera un 95% de intervalo de confianza. La calidad de vida es cambiante de acuerdo a variables independientes, así podemos observar un valor mas bajo en la calidad de vida en pacientes con mayor edad, se presenta el caso de un paciente de 73 años, sin complicaciones actuales posquirúrgicas, con pronóstico quirúrgico bueno, con antecedentes de parkinson, cuyo valor de calidad de vida fue de 83%. Se observo en la mayoría de los pacientes referidos fallas en el manejo inicial, empezando por un retraso en el diagnóstico en la mayoría de ellos, una vez diagnosticados, a pesar de encontrar tejidos inflamados, se realizo anastomosis biliodigestiva de inicio con 100% de fracaso con estenosis posterior de la misma, se observan mejores resultados a largo plazo en

aquellos pacientes que de inicio se realiza una derivación externa de la vía biliar, y posteriormente se programan cuando los tejidos se encuentran en mejores condiciones plazo de 4 a 6 meses, individualizando cada caso. Se han realizado intentos endoscópicos, percutáneos y con diferentes procedimientos quirúrgicos utilizando diferentes técnicas, nosotros recomendamos la HIYA para las lesiones altas de la vía biliar, donde se disponga del conducto hepático izquierdo para anastomosis. El resultado alto de PFH en los pacientes con tiempo prolongado de obstrucción previo a la cirugía definitiva, no altera la calidad de vida, sin embargo no se puede corroborar que efectivamente estos pacientes quedan con daño hepático, se considera realizar durante el procedimiento quirúrgico biopsia hepática para poder hacerlo evidente. Si relacionamos el resultado pronostico de un test de calidad de vida con el resultado de un procedimiento quirúrgico, la calidad de vida actual mide el impacto del proceso de la enfermedad, en el

aspecto físico, mental y social de la vida de la persona. Se realiza este estudio evaluando a los pacientes.

La calidad de Vida de los pacientes postoperados de HIYA parece ser física y mentalmente buena. No dependió de la severidad de la lesión, estudios bioquímicas elevados, días de estancia o nivel de la lesión. Fue independientemente pronóstico para una buena calidad de vida física y mental, con una relación inversa con la edad, donde se reflejo menor puntaje, sin embargo se encuentran la limitación física por otras patologías lo que altera las respuestas así como la propia edad. Existe evidencia que estos pacientes tienen una buena calidad de vida.

#### CONCLUSIÓN

Se requiere conocer adecuadamente la anatomía biliar, así como los mecanismos de lesión para evitar lesionar una vía biliar, se debe considerar, que una patología benigna, tan frecuente, puede presentarse con una complicación grave, que trastorna, en entorno global de un paciente y su familia,

que se acompaña de alto índice de morbilidad, en ocasiones mortalidad, que requiere reparación definitiva de la lesión. La cual se debe realizar en el momento ideal, cuando los tejidos se encuentren en las mejores condiciones. El pronóstico quirúrgico de la HIYA realizada en las mejores condiciones es bueno. La calidad de vida de los pacientes a largo plazo es buena, los pacientes llevan a cabo una vida normal, con variables independientes que se deben analizar en cada paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ricardo LR, MD, Guest editor. The Surgical Clinics of North America. Biliary Tract Injuries Revisited. 1994; 74:4.
2. Stephen BA, David WB, Daniel S, et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecistectomy. Ann Surg 2001;234:549-559
3. George LZ, Kelly W, Wright P, et al. Antiperistaltic Roux-en-Y biliary-enteric bypass after bile duct injury: A technical error in reconstruction. Am Surg 1999; 65:581-585.
4. de Wit LTH, Rauws DJ. Surgical management of iatrogenic bile duct injury. Scand J Gastroenterol 1999;230:89-94.
5. Djemila B, Erik AJ, RauwsP, et al. Impaired quiality of life 5 years after bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy. Ann surg 2001;234:750-757.
6. Genevieve BM, Keith DL, Patricia AS. Major bile duct injuries associated with laparoscopic cholecystectomy. Effect of surgical repair on quality of life. Ann surg 2002;235: pag . 235-239.
7. Davis ES, Lester wJ, Johnson M. Iatrogenic and Noniatrogenic extrahepatic biliary tract injurues: A multi-Institucional Review. Am Surg 2001; 67:473-477.
8. David RF, Michael ST, et al. Complications of cholecistectomy: Risks of the laparoscopic approach and prospective effects of operative cholangiography. Ann surg 1998;229:449-457.
9. Moossa MD, David M, et al. Iatrogenic Injury to the bile duct. Arch surg 1990;125:1028-31.
10. Ira BW, Paul DC. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. JAMA 1995;273:59-65.
11. Gordon HG, David N, et al. User guides to the medical literature. XII. How to use articles about health-related quality of life. JAMA; 1997;277:1232-12.
12. McHorney CA, Sherbourne CD. The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Test of data quality. Scaln assumptions, and reability across diverse patient groups. Med Care 1994, 32(1):40-66.
13. Andrew MD, Theodore NP, et al. Mechanisms of mayor biliary injury during laroscópica cholecystectomy. Ann surg;125:196-202.
14. Keith DL, Scot AM, John LC et al. Major bile duct injuries during laparoscópica cholecystectomy. Ann surg;225:459-469.
15. ScottJS, KeithDL, et al. Laparoscopic Cholecystectomy related bile duct injuries. Ann surg;225:268-273.
16. Moosa MD, David WE. Et al. Laparoscopic injuries to the bile duct. Ann surg;125:203-208.
17. Miguel M, Héctor O, Lorenzo G, et al. Biliary duct injury. Partial segment IV resection for intrahepatic reconstruction of biliary lesions. Arch Surg 1999;134:1008-1010.