

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL

DERIVACION BILIODIGESTIVA PARA PATOLOGIA
BENIGNA DE LA VIA BILIAR, EXPERIENCIA DE 5 AÑOS
EN EL HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALIZACION EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. OSCAR GONZALEZ GONZALEZ

ASESOR DE TESIS: DR. JUAN GIRON MARQUEZ



MEXICO, D. F.

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA PARA PATOLOGIA
BENIGNA DE LA VIA BILIAR, EXPERIENCIA DE 5
AÑOS EN EL HOSPITAL JUÁREZ DE MÉXICO.

Tesis presentada

Por

Dr. Oscar González González.




Acad. Dr. Roberto Perez Garcia.
Profesor titular del curso universitario
De Especialización en Cirugía General
Hospital Juárez de México.
Jefe de la división de Cirugía
Hospital Juárez de México



Dr. Jorge Alberto Del Castillo Medina
Jefe de enseñanza
Hospital Juárez de México

**SECRETARIA DE SALUD
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO
DIVISION DE ENSEÑANZA**



Dr. Juan Girón Márquez
Profesor adjunto al curso de
Especialización en Cirugía General.
Hospital Juárez de México.
Jefe de quirófanos Hospital Juárez de México.
Asesor de tesis.

AGRADECIMIENTOS.

A mi madre por su dedicación,
Cariño, comprensión y tiempo.

A mi padre por enseñarme la
responsabilidad que se le debe
dar a las cosas que uno emprende

Al Dr. Pérez García cuyas
directrices de maestro como cirujano
siempre las tendremos presentes.

Al Dr. Girón y al Dr. Miranda Fraga
quienes siempre tuvieron un consejo
lo cual nos forma.

A los compañeros con los cuales
Inicie este camino.

INDICE.

RESUMEN.	1
INTRODUCCIÓN.	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
HIPÓTESIS.	17
OBJETIVOS GENERALES.	18
MATERIAL Y METODOS.	18
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	18
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	18
VARIABLES.	19
RESULTADOS.	20
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	24
BIBLIOGRAFÍA.	26

RESUMEN.

La derivación biliodigestiva es un procedimiento que se realiza en última instancia y después que se han agotado otras técnicas y procedimientos para restituir el paso de bilis hacia el tubo digestivo, el cual puede estar alterado por múltiples patologías, entre las cuales se encuentran la coledocolitiasis gigante que no puede ser resuelta por vía endoscópica, la estenosis del colédoco, que puede o no estar asociada a pancreatitis crónica, quiste de colédoco, pero en la actualidad su mayor uso se encuentra en la reparación de las lesiones de la vía biliar, principalmente de tipo iatrogénico, las cuales se pueden presentar en diferentes procedimientos, como son colecistectomía, cirugía de duodeno y de estómago; en el hospital contamos con un porcentaje mayor al 80% de éxito en la realización de este procedimiento, manteniéndonos a la par de lo presentado por otras instituciones, siguiendo como centro de referencia para el manejo y tratamiento de las patologías que a la postre requieren de este tipo de tratamiento.

INTRODUCCIÓN.

Desde que Sprengel en 1891 comunicó el primer caso de colédocoduodeno anastomosis laterolateral, este tipo de procedimientos derivativos han sufrido múltiples cambios, los cuales van de los más sencillos como son el uso de nuevos materiales los cuales se absorben y no permiten la concentración de sales biliares, así como la técnica misma, llegando hasta la actual yeyunoanastomosis en Y de Roux, con colocación de sondas transhepáticas para ferulizar la vía biliar o la misma yeyunoanastomosis pero exteriorizando el lado disfuncional del asa de yeyuno para futuras intervenciones. (13,14,18, 19,21).

La derivación biliodigestiva es un procedimiento que se realiza en última instancia y después que se han agotado otras técnicas y procedimientos para restituir el paso de bilis hacia el tubo digestivo, el cual puede estar alterado por múltiples patologías, entre las cuales se encuentran la coledocolitiasis gigante que no puede ser resuelta por vía endoscópica, la estenosis del colédoco, que puede o no estar asociada a pancreatitis crónica, quiste de colédoco, pero, en la actualidad su mayor uso se encuentra en la reparación de las lesiones de la vía biliar, principalmente de tipo iatrogénico, las cuales se pueden presentar en diferentes procedimientos, como son colecistectomía, cirugía de duodeno y de estómago; con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, estas lesiones han aumentado e inclusive se

presentan con mayor gravedad que cuando se realiza cirugía abierta. (14, 16, 20, 21)

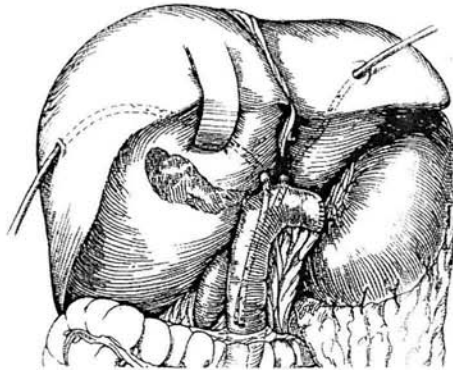


Figura 1. hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux.

De todas las técnicas que se utilizan en la actualidad la hepático yeyunoanastomosis en Y de Roux (figura 1) a demostrado los mejores resultados, por que la anastomosis técnicamente queda libre de tensión; usualmente la anastomosis se recomienda se realice en un solo plano con sutura continua de monofilamento 4-0 a 6-0, la anastomosis en 2 planos a quedado obsoleta, ya que invierte mucho tejido y puede ocluir el conducto cuando estos son muy pequeños, como es el caso de las reparaciones por iatrogenia. Stewart encontró que el 96% de las anastomosis exitosas se utiliza un solo plano de sutura, el material debe ser absorbible, monofilamento, ya que la seda y otros materiales no absorbibles pueden servir de reservorio para la acumulación de sales biliares, precipitación de la

misma, lo que provoca inflamación, estenosis y la posterior formación de cálculos. Algunos autores difieren sobre el uso de las prótesis posterior a una derivación, ya que la permanencia de la misma provoca reacción inflamatoria, por lo cual algunos expertos han abandonado su uso, principalmente en conductos pequeños, Stewart observó que el 73% de las reparaciones donde se utilizó férulas fracasaron. En el 2002 el INCMNSZ informó de 180 pacientes en los cuales se realizó derivación biliodigestiva, al 78% se les colocó ferulización con sonda transanastomótica, presentando resultados exitosos en más del 80%; los pacientes a los cuales no se les colocó férula presentaron mayores complicaciones, por lo cual estos investigadores recomiendan el uso de las sondas transhepáticas. Otro punto que maneja Stewart fue que el asa de yeyuno fue fijada al hígado en 62% de las reparaciones exitosas y 40% de las que fracasaron. El cirujano debrido los conductos de las adherencias y tejido inflamatorio hasta encontrar tejido sano para realizar la anastomosis en el 60% de las reparaciones exitosas y solo en 10% de las reparaciones que fracasaron, de hecho el cirujano reporto dificultad para encontrar tejido sano en las reparaciones que fracasaron. En el INCMNSZ reportan un gran índice de resección del segmento cuatro del hígado para exponer mejor el hilio biliar, presentando éxito en más del 85% de los pacientes a los cuales se les realizó este procedimiento, por lo que se recomienda este si la exposición es pobre o el daño a los conductos es extenso. Jarnagin, Blumgart, Barker y Winkler mencionan que la colocación de sonda transanastomótica es innecesaria en la mayoría de los pacientes, sin embargo cuando la reconstrucción es difícil y puede existir la posibilidad

de estenosis, se puede crear un acceso con un asa de yeyuno a la pared colocado en el tejido celular subcutáneo, para tener una vía de abordaje posterior para manipulación radiológica intervencionista si es requerida (figura 2). La estenosis de la anastomosis puede ser manejada con dilatación con balón ya sea por vía percutánea o a través del asa de yeyuno y si esto falla se debe reconstruir la anastomosis. (18, 22, 23, 24).

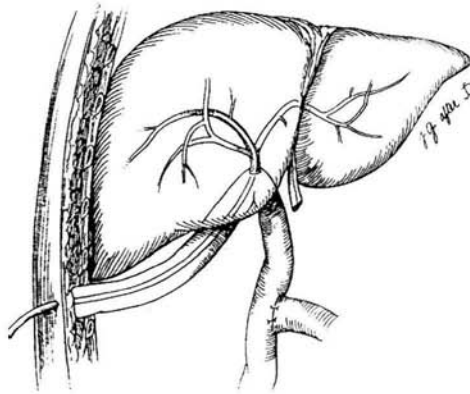


Figura 2. hepatoyeyunoanastomosis con estoma mucoso.

La reconstrucción biliar en términos generales tiene un éxito del 70 al 80%, con una morbilidad perioperatoria del 20 al 36%, con una mortalidad del 0 al 4%, los factores pronósticos para reestenosis son reparaciones previas, dilatación biliar menor de 1.5cm y la experiencia del cirujano, así como enfermedades concomitantes y el estado general del paciente. La

recurrencia se presenta en los primeros 5 años en el 40% de los pacientes.(18, 19, 21, 24,25)

Se ha recomendado para lesiones complejas proximales y fracasos en cirugía previa la derivación bilioenterica del conducto hepático izquierdo con el abordaje de Hepp Couinaud con un 90% de éxito (figura 3), también se puede utilizar la derivación tipo Rodney Smith, con un rango de éxito del 70%. La Longmire presenta éxito menor por lo cual es muy poco su uso. (Figura 4).

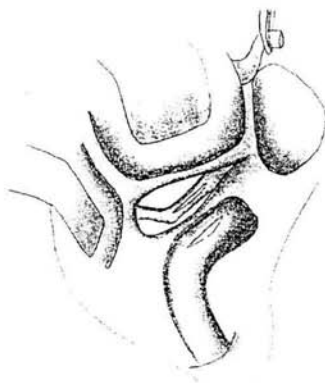


Figura 3. derivación tipo Hepp-Couinaud

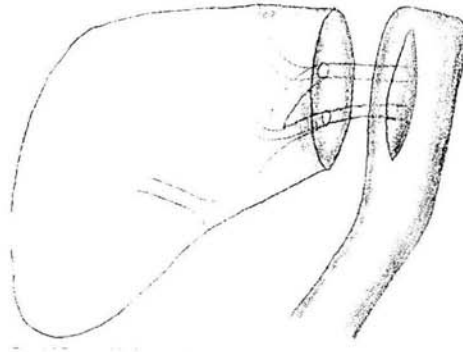


Figura 4. derivación Lomgmiere.

Las complicaciones que se pueden presentar son varias, desde la filtración de bilis por la línea de sutura hasta los bilomas; los drenajes obtenidos por aspiración cerrada teñidos por bilis no deben ser retirados. En principio todas estas pérdidas cederán con un manejo conservador, de ser necesario puede realizarse un gamagrama para demostrar la permeabilidad de la anastomosis. Todas las anastomosis bilioentericas están sujetas a la estenosis. Los episodios reiterados de colangitis acompañados por uno o más síntomas, como escalofríos o fiebre, dolor abdominal en cuadrante superior derecho o ictericia, son motivo suficiente para realizar una endoscopia gastrointestinal alta y una colangiografía retrograda. Además, las concentraciones de fosfatasa alcalina serica que permanecen elevadas indican la necesidad de una colangiografía retrograda. El gamagrama y el ultrasonido pueden utilizarse también para evaluar la permeabilidad de la derivación. La técnica de dilatación con balón puede considerarse el primer

tratamiento ante una estenosis anastomótica, si esta fracasa, luego de varios intentos, será necesaria una nueva intervención. (1, 3, 6, 18, 20, 22).

Las indicaciones por las cuales en la actualidad se realizan las derivaciones biliodigestivas son variables, pero se deja como tratamiento después que se han agotado otras terapéuticas menos agresivas, como son las endoscópicas, la colocación de endoprotesis y drenajes. Estas indicaciones son:

CALCULOS GRANDES

Los cálculos mayores de 1.5 cm son difíciles de extraer, tanto en forma abierta, como endoscópica, para este último método es importante aplicar la papilotomía endoscópica y un litotriptor mecánico, cuando se coloca una sonda en T en la vía biliar se debe dejar que se forme un trayecto fistuloso por alrededor de 6 semanas, entonces por ese trayecto se puede intentar su remoción después de que se retire en forma temporal la sonda en T. Los cálculos múltiples con dilatación de la vía biliar mayor de 15 mm también será una indicación de realizar una derivación sino se logra la extracción satisfactoria de los mismos, otra indicación es un cálculo impactado, lo cual se presenta en tercio distal de colédoco, que es donde atraviesa el páncreas y la zona más estrecha. (28,29,30).

ESTENOSIS.

Las estenosis dentro del sistema biliar predispone al paciente a padecer episodios de colangitis, formación de cálculos, cirrosis biliar y aun la muerte. Con frecuencia los episodios reiterados de colangitis producen fibrosis y estrechamiento de las vías biliares, en la zona contigua a la estenosis, lo cual dificulta la reparación quirúrgica.

En ocasiones los pacientes que eliminaron un cálculo impactado en la porción distal del colédoco desarrollan una pequeña estenosis en el área de impacto, hecho que, según se estima, proviene de la destrucción de la mucosa y de la inflamación asociadas a la presencia del cálculo. Así, la fibrosis subsecuentes de la vía biliar y del tejido circundante son responsables de la estenosis.

Las estenosis que derivan de una lesión iatrogénica del colédoco distal al conducto cístico son raras, pero su índice a aumentado con el empleo de la colecistectomía laparoscópica, por la aplicación cercana de grapas al colédoco, así como quemaduras térmicas provocadas por el uso de cauterio a poca distancia del colédoco. (28,29,30).

El manejo de las estenosis se realiza en forma quirúrgica con buenos resultados a largo plazo, con una recurrencia del 10 al 30%, por lo que el avance en los procedimientos endoscópicos, a promovido como una alternativa adecuada para el manejo de este tipo de lesiones a la dilatación y la colocación de endoprotesis, obteniendo buenos resultados a corto plazo, siendo elegibles los pacientes que tienen continuidad de la vía biliar, la dilatación puede también realizarse por vía percutánea con un rango de éxito a corto plazo del 67 al 93%, con una recurrencia del 30%. También se pueden considerar el uso de endoprotesis metálicas en pacientes no candidatos a cirugía, estenosis intrahepáticas o con fracasos en cirugía previa. Tochi y cols. Evaluaron dos grupos de pacientes con estenosis manejados con cirugía y con dilataciones endoscópicas, encontrando excelentes resultados en el 77% de pacientes manejados con cirugía y del 80% de pacientes manejados con dilataciones endoscópicas y endoprotesis. La recurrencia o falla se obtuvo en el 23% y 20% respectivamente, las fallas fueron manejadas en ambos casos con reconstrucción quirúrgica. Asimismo, se sabe desde hace mucho que las estenosis que afectan el colédoco o el conducto hepático común bajo son más fáciles de reparar que las estenosis más altas, que pueden comprometer la confluencia de los conductos biliares. Reconociendo estos factores, Bismuth ha propuesto una clasificación anatómica de las estenosis de los conductos biliares en cinco tipos: (figura 5).

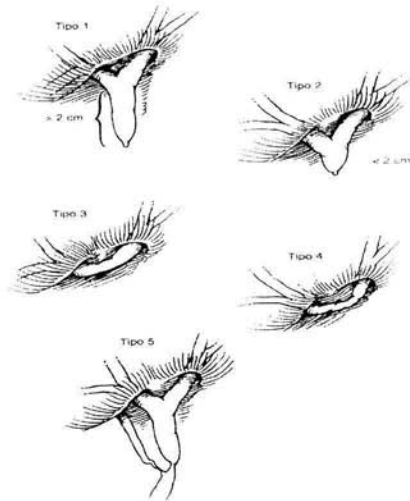


Figura 5. Clasificación de Bismuth.

- Tipo 1. estenosis baja del conducto hepático; conducto hepático >2 cm.
- Tipo 2. muñón del conducto hepático común medio <2cm.
- Tipo 3. estenosis alta (hiliar), ausencia del conducto hepático; confluencia intacta.
- Tipo 4. destrucción de la confluencia hiliar; conductos hepáticos derecho e izquierdo separados.
- Tipo 5. compromiso solo de la rama sectorial derecha o con conducto común.

PANCREATITIS CRÓNICA.

La incidencia de una estenosis significativa de la vía biliar distal se observa en el 5 al 10% de los pacientes con pancreatitis crónica. Esta estenosis es el resultado de la fibrosis crónica en el páncreas y la compresión externa de la porción intrapancreática del colédoco, en 1976 Snape y col. Describieron por primera vez los síntomas de este cuadro. Las manifestaciones clínicas son la elevación marcada de la fosfatasa alcalina sérica y una concentración normal o levemente elevada de bilirrubinas séricas. A veces los pacientes presentan dolor en hemiabdomen superior o colangitis, el ultrasonido detecta con frecuencia dilatación de la vía biliar proximal, la cual se confirma por colangiografía. Las estenosis aparentes pueden ser resultado de la compresión y del edema temporal del colédoco distal durante episodios de pancreatitis o de formación de pseudoquistes e inmediatamente después de ellos. El tratamiento quirúrgico se aplica en caso de estenosis persistente que no remiten con el uso de endoprotesis y tratamiento endoscópico. (28,29,30).

LESIONES POR IATROGENIA.

La posibilidad de lesionar una vía biliar siempre este presente, sobre todo en hospitales de enseñanza, donde la incidencia es mayor al inicio de un ciclo de ingreso del personal en entrenamiento y va disminuyendo conforme los

cirujanos adquieren mayor experiencia en el manejo de la vía biliar y en el reconocimiento de los mecanismos de la lesión. (3, 5,6,7,24,25,26,27).

La causa principal del traumatismo biliar, que es la visualización insuficiente de la unión entre los conductos cístico y colédoco, no ha cambiado mucho desde los primeros años del siglo pasado a pesar de la creación de técnicas laparoscópicas. La incidencia de la mortalidad de la colecistectomía abierta va del 0 al 1.8% con un predominio menor de 0.5%, siendo los factores pronósticos la edad mayor de 65 años, sexo masculino, así como la presencia de enfermedades comórbidas, como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus y la cirrosis hepática. La tasa de mortalidad que acompaña a las operaciones en la colecistitis aguda es cerca de 3 veces superior que la que presenta la colecistitis crónica. El riesgo se aumenta seis veces en la colecistitis gangrenosa, empiema y perforación; y nueve veces en los que experimentan pancreatitis aguda. La lesión de la vía biliar ha sido causa de defunción en un 2 al 5% y se presenta con una incidencia del 0.5 al 2% existiendo reportes que van del 2 al 7% durante las curvas de aprendizaje. (3, 5,6,7,24,25,26,27).

Los factores existentes para que se presente una lesión de la vía biliar se pueden agrupar en tres categorías amplias, anatomía, datos patológicos e intervención quirúrgica penosa. Tabla 1, 2, 3.

Tabla 1. Factores de riesgo en colecistectomía abierta.

Fibrosis en el triángulo de Calot.
Colecistitis aguda
Obesidad
Hemorragia local.
anatomía aberrante
Grasa en el hilio hepático
Longitud insuficiente de la incisión
No efectuar colangiografía transoperatoria

Tabla 2. Factores de riesgo en colecistectomía laparoscópica

Fibrosis en el triángulo de Calot.
Colecistitis aguda.
Obesidad.
Hemorragia local.
anatomía aberrante
Grasa en el hilio hepático.

Tabla 3. Factores predisponentes para lesionar la vía biliar

Colecistitis aguda
Colecistitis gangrenosa
Colecistitis perforada
Enfermedad poliquística del hígado.
Cirrosis hepática.
Vesícula biliar escleroatrófica.
Síndrome de Mirizzi
Úlcera duodenal
Neoplasias pancreáticas.
Pancreatitis
Neoplasias e infección del hígado

Otro factor importante en el que se presenta la lesión de la vía biliar es el uso más frecuente de dispositivos de electrocauterización para la disección y el control de la hemostasia, ya que no siempre puede controlarse la

profundidad de la penetración de la energía en los tejidos circundantes. Por añadidura, la conductividad de la energía térmica por los tejidos varia, dependiendo de la humedad que se presente en ese momento, produciendo electrocoagulación de los vasos sanguíneos que riegan los conductos biliares, lo que da como resultado formación tardía de estenosis. (3, 5,6,7,24,25,26,27).

El pronóstico de la lesión de los conductos biliares depende de la naturaleza de la lesión. Una laceración o lesión pequeña sin pérdida de longitud del conducto, se puede reparar en forma inmediata, reparación primaria y colocación de sonda en T, pero el pronóstico se empobrece cuando la lesión es mayor y generalmente requiere una derivación biliodigestiva, así también el tiempo que pasa entre el reconocimiento de la lesión y su reparación es vital para el pronóstico de la misma, por lo que existe una clasificación de las lesiones de acuerdo a su gravedad en lesiones mayores o menores. Tabla 4.

Tabla 4. Gravedad de las lesiones	
Lesión mayor de la vía biliar.	
Laceración >25% del diámetro del conducto biliar.	
Sección del conducto hepático común o del colédoco.	
Lesión menor de la vía biliar.	
Laceración <25% del diámetro del conducto biliar	
Laceración a nivel de la unión del conducto cístico con el colédoco.	

Las lesiones mayores corresponden al 54% de todas las lesiones, de estas se presentan del 30 al 45% en el colédoco, del 45% del hepático común, generalmente las lesiones mayores requieren de derivación biliodigestivas y las lesiones menores generalmente son manejadas con reparación primaria y colocación de sonda en T. La colecistectomía laparoscópica se relaciona con una mayor incidencia de lesiones mayores en relación con la colecistectomía abierta la cual generalmente presenta lesiones menores.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las patologías y causas por la cual se realiza una derivación biliodigestiva han disminuido con el mayor uso de la endoscopia terapéutica y la radiología intervencionista, pero en un hospital de enseñanza, el índice por el cual se realiza con mayor frecuencia es el ocasionado por iatrogénica, por lo cual va acompañado de una morbilidad y una mortalidad aumentada con respecto al procedimiento por el cual ingresa el paciente, por lo tanto analizaremos la patología benigna por la cual se realiza este procedimiento en nuestro hospital y los resultados que tenemos. Así como el tipo de tratamiento instituido según la patología por la cual se realiza y revisaremos los datos epidemiológicos presentados por otras instituciones para comparación de resultados.

HIPÓTESIS.

Al ser este un hospital receptor, se cuenta con el personal capacitado para la realización correcta de estos procedimientos, por lo cual los resultados obtenidos en virtud de la funcionalidad de la realización de las derivaciones biliodigestivas tendrán que ser muy similares a lo reportado en la literatura.

OBJETIVOS GENERALES.

1. Determinar el tipo de patología por la cual se realiza derivación biliodigestiva en nuestra institución
2. Obtener los datos epidemiológicos diagnósticos y tipo de técnica utilizada, así como su éxito en función de la calidad de vida del paciente a un año de realizado el procedimiento.

MATERIAL Y METODOS.

Se revisaron los expedientes de los pacientes con diagnóstico de derivación biliodigestiva, en el Hospital Juárez de México, durante el periodo de enero de 1998 a diciembre de 2002.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Todos los pacientes a los cuales se les realizó derivación biliodigestiva en el servicio de cirugía general y que no presentaron resultado de patología de enfermedad maligna.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Expedientes en los cuales los datos se encuentran incompletos, pacientes con patología maligna de la vía biliar, pacientes en los cuales se les realizó el

procedimiento en otro hospital y que llegaron solo para apoyo en nuestra unidad y aquellos pacientes que no continuaron seguimiento por un mínimo de un año posterior a la realización del procedimiento.

VARIABLES.

Se determina el número de derivaciones biliodigestivas realizadas durante el periodo comprendido del estudio, la patología por la cual fue indicada, el tipo de técnica empleada; Edad, sexo, método con el cual se realiza el diagnóstico y la calidad de vida durante su seguimiento (mínimo un año de realizado el procedimiento) de acuerdo a los siguientes criterios.

Buena: paciente capaz de desarrollar sus actividades ocupacionales, domésticas o sociales sin restricción.

Moderada: pacientes capaces de desarrollar sus actividades, pero con tratamiento médico y con visitas frecuentes al hospital, para su supervisión.

Pobre: pacientes incapaces de desarrollar sus actividades cotidianas, que requirieron reoperación o intervención radiológica o que eran frecuentemente admitidos por colangitis o falla hepática.

Se describieron las complicaciones del tratamiento y el periodo de seguimiento.

Este estudio fue retrospectivo, descriptivo, analítico, longitudinal y se utilizó estadística descriptiva.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

RESULTADOS.

El análisis retrospectivo de los 5 años de estudio arroja la realización de 35 derivaciones biliodigestivas en el servicio de cirugía general, de los cuales solo se integraron 28 al estudio, excluyendo 7 pacientes; 2 por contar con resultado de patología maligna, 2 por no acudir a valoración posterior a su egreso del hospital y 3 por encontrarse el expediente incompleto.

De los 28 pacientes incluidos en el estudio 24 fueron del sexo femenino y 4 del sexo masculino, presentando un porcentaje de 78% para el sexo femenino y 22% para el sexo masculino. Figura. 6.

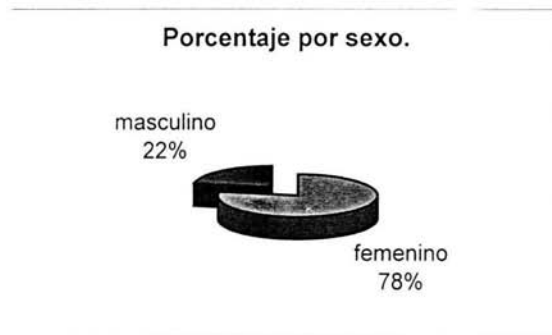


Figura 6.

Se encontraron con una edad promedio de 29.4 años, con límites de edad de los 19-85 años. De los 28 casos, 20 pacientes fueron referidos a nuestro hospital, la patología presentada por la cual se realizó este tipo de procedimientos fueron: 4 pacientes por colédocolitiasis, uno por quiste de

colédoco, 2 por estenosis posquirúrgica y 21 pacientes por lesión de la vía biliar, figura 7. de los cuales 3 pacientes presentaron lesión bismuth I, 15 pacientes con lesión tipo bismuth II, 2 con lesión bismuth III y 1 paciente con lesión tipo bismuth IV. Figura 8.

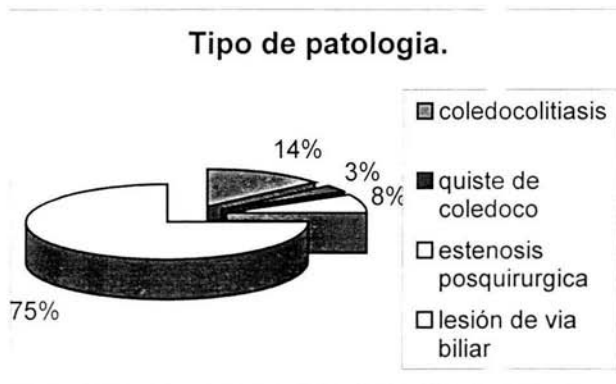


Figura 7.

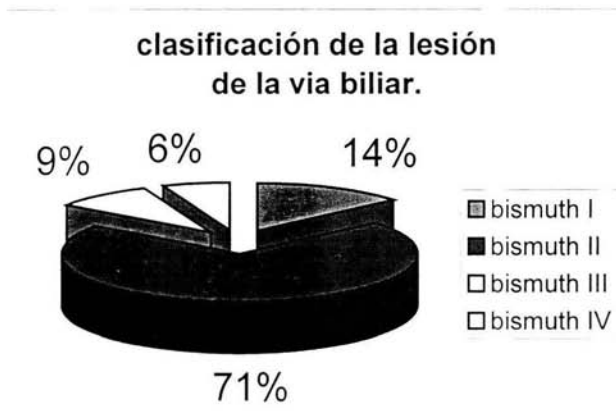


Figura 8.

De las lesiones de la vía biliar 17 se presentaron en colecistectomía abierta, 3 en colecistectomía laparoscópica y 1 se presentó en cirugía de estómago figura 9. Es importante recalcar que de estas solo 4 pacientes presentaron la lesión dentro del hospital, el resto son pacientes referidos de otros centros hospitalarios.

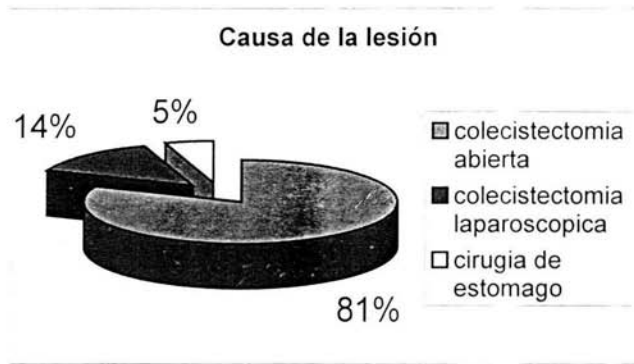


Figura 9.

A los 28 pacientes se les realiza ultrasonido, colangiografía transonda en T (cuando la presentaban) ó colangiografía percutánea y C.P.E. para la realización del diagnóstico.

Se realizaron 18 hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, 4 hepato duodenoanastomosis y 6 coledocoduodenoanastomosis terminolateral. Solo a 16 pacientes se les coloco sonda transanastomotica, la cual en promedio se dejo 3 meses, 3 pacientes requirieron remodelación de la derivación

biliodigestiva por presentar estenosis de la misma y los días de estancia en promedio fue de 14 posterior a la cirugía, presentando rango desde los 8 días hasta los 96 días de estancia.

3 pacientes fallecieron en el postoperatorio, por causas atribuibles a su patología. De los 25 pacientes que continúan con vida se evaluó su calidad de vida presentando 18 pacientes una calidad de vida buena, 5 pacientes moderada y 2 pacientes una calidad de vida pobre, ya que han presentado múltiples ingresos por cuadros de colangitis, a todos se les realizó gammagrama hepático con lo cual se evalúa la funcionalidad de la anastomosis, así como pruebas de funcionamiento hepático, con lo cual hemos encontrado que el 85% de nuestros pacientes presentan una rehabilitación buena tanto clínica como bioquímica, del resto de los pacientes encontramos que ha persistido con elevación de sus PFH, principalmente de la fosfatasa alcalina, así como requerir manejo por lo menos en 2 ocasiones al año en el servicio de urgencias.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

Hemos encontrado que las derivaciones biliodigestivas que se realizan en el hospital presentan resultados similares con lo reportado por otras instituciones tanto nacionales, como internacionales, solo cabe recalcar que dentro del grupo de pacientes que presentaron mayor estancia hospitalaria, son pacientes a los cuales se superó en casi 20 días la referencia a nuestro hospital de los centros de atención primario y/o realización de la primera cirugía, con lo cual las complicaciones por la patología base habían mermado el estado bioquímico, metabólico y físico de los pacientes, también es importante apuntar que otro grupo con mayor estancia hospitalaria fueron aquellos a los cuales se les intento realizar un primer procedimiento terapéutico en la vía biliar, sea reoperación, exploraciones y/o intentos fallidos de derivación.

Dentro de los pacientes que fallecieron y aquellos que presentaron estenosis de la derivación ninguno se le practico colocación de sondas transanastomoticas, lo cual es un punto importante ya que se ha demostrado su efectividad, sobre todo en pacientes con mucho daño de la vía biliar.

Teniendo estos resultados, es importante entonces hacer saber a los centros hospitalarios que nos refieren pacientes la importancia de la prontitud que ante la duda de no poder ofrecer mejor tratamiento a los pacientes sean enviados, sin realizar procedimientos en los cuales no cuenten con el

personal adiestrado, así como si no cuentan con servicios de apoyo como son un radiólogo intervencionista y un endoscopista, ya que estos pacientes a la larga requieren de estos servicios tanto para su diagnóstico como en la terapéutica misma.

Hay que hacer énfasis en los pacientes a los cuales se les realiza este procedimiento que el seguimiento es largo, ya que las mayores complicaciones se presentan posterior a los 5 años, como son la estenosis de la derivación.

BIBLIOGRAFIA.

1. Buanes T, Mjaland O. Complications in laparoscopic and open cholecystectomy: a prospective comparative trial. *Surg Laparosc Endosc* 1996;6:266-72.
2. Davidoff AM. Mechanism of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg*, 1992;(215):196-202.
3. Hunter JG. Exposure, dissection and laser versus electrosurgery in laparoscopic cholecystectomy. *Ann J Surg*, 1993; (165):492-6.
4. Rossi. Bile duct injuries: spectrum, mechanism of injury and their prevention. *Surg Clin North Am* 1994;74:806-7.
5. Shea JA, Berlin JA, Bachwich PR, Straroscik RN, Molet PF, McGuckin M. Indications for and outcomes of cholecystectomy. A comparison of the pre and post laparoscopic eras. *Ann Surg* 1998;227:343-50.
6. McMahon AJ, Fullarton G, Bazter JN, O'Dwyer. Lesiones de la vía biliar y fuga biliar en la colecistectomía laparoscópica. *Br J Surg* 1995;224:609-20.
7. Ponsky JI. The incidence and management of complications of laparoscopic cholecystectomy. *Adv Surg* 1994;27:21-41.
8. Steele RJC, Marshall M, Lang M, Doran J. La introducción de la colecistectomía laparoscópica en un gran hospital docente: una auditoría independiente de los 3 primeros años. *Br J Surg* 1995;14:257-60.
9. Hjelmquist B. Complications of laparoscopic cholecystectomy as recorded in the Swedish laparoscopic registry. *Eur J Surg* 2000;585:18-21.
10. Ruiz JF, Leon FR, Martínez MA, Torres R, Fernández A, Pascual H, et al. Colecistectomía laparoscópica CCE Calixto García. *Av Med Cu* 1997;5:39-42.
11. Velric D, Perko Z, Cala Z. Bile duct injuries in laparoscopic cholecystectomy. *LijecVjesa* 2001;123:9-13.

12. Branum G, Schuri HC, Braille J. Management of major biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Surg*, 1993;217:532-41.
13. Invi H, Kwon AH, Kamiyama Y. Management bile duct injury during and after laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary Pancreatic Surg* 1998;5):445-9.
14. Johnson JR, Koehler A, Pemmington LK, Hanlon DW. Long term results of surgical repair of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy. *Surg* 2000;128):668-77.
15. Ringham J, McKie LN, McLoughm J, Diamond T. Biliary complications associated with laparoscopic cholecystectomy: Analysis of common misconception. *Br J Surg* 2000;87:362-73.
16. The Southern Surgeons Club, Moore MJ, Beunett CL. The learning curve for laparoscopic cholecystectomy: A multi institutional study. *Ann J Surg* 1995;170:27-34.
17. Calvete J, Sabater L, Camps B, Verdes A, Gómez P, Mrlin J, et al. Bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy: myth or reality of the learning curve?. *SurgEndosc* 2000;14:608-11.
18. Mercado M. Á., Chan C, Tielve M, Contreras A, Galvez T. R., Ramos G.g., Orozco H. Lesión iatrogénica de la vía biliar. Experiencia en la reconstrucción de 180 pacientes. *Rev. gastroenterol Mex.* 2002. Vol. 67, Núm.4. pag 245-249.
19. Palacio V. F., Castro M.A., Oliver G.A. Resultados a 21 años de la cirugía para lesión de la vía biliar. *Rev. Gastroenterol Méx.* 2002. Vol. 67, Núm. 2. pag. 76-81.
20. Perez. T.E., Garcia G.E., Bernal. S. F., Abdo. F. JM., Murguía D.D., Dzid S.J. Tratamiento de las lesiones quirúrgicas de las vías biliares. *Cir Ciruj* 2000; 68: pag. 189-193.
21. Rios Garcia G. Experiencia derivaciones biliodigestivas instituto de gastroenterología de Sucre. *Rev. Inst. Med. "Sucre"* 2000; LXV: 117. pag. 26-29.

22. Guitron C. A., Adalid M.R., Gutierrez B. JA., Estenosis biliar posoperatoria: resultados del tratamiento endoscopico a largo plazo. Rev. Gastroenterol. Méx. 2003; 68 (2). Pag. 88-93.
23. Mercado M. Á., Chan C, Orozco H, Férulas después de la reconstrucción de la vía biliar. El papel de los acidos biliares. Rev. Gastroenterol Méx. 2002; 67 (2). Pag. 82-86.
24. Moreno G. S., González A. MA., Vazquez S. JH., Diaz de Leon F. F., Santiago . C. H. Manejo y perspectiva de las lesiones de la vía biliar por colecistectomia laparoscopica. Aso. Méx. De Cir. Endos. 2002; 3 (1). Pag. 6-12
25. Fernández S. L., Diaz C. JM., Lesiones de la vía biliar en cirugía laparoscopica. Análisis de 10 años de trabajo. Hosp.. Cli. Quirur. Cuba. 2002, 67 (3). Pag. 234-242.
26. Bizueto R. H., Hernández P. N., Jaime G. G. Morbilidad y mortalidad en la cirugía de urgencia de la colecistitis crónica litiasica agudizada. Cir Ciruj 2002; 70: 82-85.
27. Vivas M. JL., Giron M. J. Fistula biliodigestiva espontanea secundaria a clipaje de coledoco. Reporte de un caso. Rev. Hosp.. Jua Méx 2003; 70(2): pag 72-76.
28. Alvarado G. R., Reza V.A, Quiste gigante de coledoco. Reporte de un caso pediátrico. Cir Cirj 2002; 70:pag 40-43.
29. Zinner M, Schwartz S, Ellis H. Operaciones abdominales. Edit. Panamericana 1998.
30. Tratado de cirugía general. Manual Moderno. 2003.