

11209



GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL
México • La Ciudad de la Esperanza



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SUBDIRECCION DE FORMACION DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACION EN
CIRUGIA GENERAL

“EVOLUCION CLINICA DE LOS PACIENTES CON
COLEDOCOLITIASIS EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL
GENERAL VILLA”

TRABAJO DE INVESTIGACION CLINICA

PRESENTADO POR
DR. OSVALDO DANIEL BAÑOS PELAEZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
CIRUGIA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS
DR ISAIAS VALDERRAMA BASTIDA

-2005-

m 342451



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL VILLA”**

AUTOR: DR. OSVALDO DANIEL BAÑOS PELÁEZ

**Vo. Bo.
DR. ALFREDO VICENCIO TOVAR**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL**

**Vo. Bo.
DR ROBERTO SANCHEZ RAMÍREZ**

DIRECTOR DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN



DIRECCION DE EDUCACION E INVESTIGACION
SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**“EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS
EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL VILLA”**

**Vo. Bo.
DR. ISAÍAS VALDERRAMA BASTIDA**



**DIRECTOR DE TESIS
JEFE DEL SERVICIO DE ENDOSCOPIA DEL
HOSPITAL GENERAL “LA VILLA”
SSDF**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Bartolomé Peláez
Oswaldo Daniel

FECHA: 31/03/05

FIRMA: 

**A DIOS POR HABERME DADO LA VIDA Y PERMITIR LLEGAR
HASTA AQUÍ.**

**PARA DANIEL BAÑOS GÓMEZ Y BERTHA PELAEZ POR SU
APOYO ¡SIEMPRE!**

AL EJEMPLO DE MIS HERMANOS BERNANRDO Y JOSE FIDEL.

**PERO SOBRE TODO A MIS PACIENTES QUE SIN ELLOS NO
TENDRIA QUE ENSEÑAR.**

INDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN 1

MATERIAL Y MÉTODOS. 7

RESULTADOS. 8

DISCUSIÓN 12

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

ANEXOS.

RESUMEN.

OBJETIVO: Determinar la evolución clínica de los pacientes con coledocolitiasis que recibieron manejo quirúrgico y endoscópico en el Hospital General “La Villa” entre el 1° de julio de 1999 al 31 de junio del 2004.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo. Se realizó censo de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis clínico y quirúrgico del servicio de cirugía general, así mismo se consultó la base de datos del servicio de endoscopia del Hospital General “La Villa” en el período comprendido del 1° de julio de 1999 al 31 de junio del 2004.

Se incluyeron todos los pacientes que se demostró clínicamente o por estudio de gabinete con diagnóstico de coledocolitiasis. Las variables a determinar fueron antecedentes de pancreatitis, ictericia, acolia, coluria, antecedentes de colangitis, ictericia postoperatoria por lito residual, pacientes con colangiografía por sonda en T con defecto de llenado y pacientes asintomático con coledocolitiasis.

RESULTADOS.

Se obtuvieron 93 pacientes con coledocolitiasis de los cuales el 43% (40) el manejo fue colecistectomía y exploración de vías biliares, donde el 21% (20) pacientes se encontraron litos en el colédoco y el 16%(15) de ellos estaban asociados a pancreatitis y solo (5%) 5 presentaron coledocolitiasis pura. En el servicio de endoscopia se realizó en 40%(38) pacientes el diagnóstico de coledocolitiasis mediante Colangiografía Retrograda Endoscópica, de los cuales a 32%(30) pacientes se lograron extraer litos posterior a colecistectomía y exploración de vías biliares mediante Colangiografía Retrograda Endoscópica. A solo 16%(15) pacientes se realizó sólo colecistectomía sin exploración de vías biliares y asociaba a pancreatitis fue decisión del cirujano.

CONCLUSIONES.

Los días de estancia hospitalaria son mayores con la exploración quirúrgica de la vía biliar que cuando se utiliza la Colangiografía Retrograda Endoscópica.

Palabras clave: Colangiografía Retrograda Endoscópica, exploración de la vía biliar.

INTRODUCCIÓN.

La litiasis biliar es un problema frecuente en México. Aunque se desconoce su prevalencia real, se ha definido una frecuencia en material de autopsia del 12.9% en el Hospital General de México.

Una complicación frecuente de la litiasis vesicular es precisamente la colédocolitiasis, la cual hemos informado en 11.9% de los casos sometidos por colelitiasis.¹

En la literatura existe una incidencia de colédocolitiasis del 10-25% en pacientes con colelitiasis y del 10-15% en colecistectomizados.

De acuerdo con el lugar de formación, los cálculos se clasifican en primarios, los cuales se forman en los conductos biliares y los secundarios que se forman en la vesícula biliar y después pasan a la vía biliar.²

La coledocolitiasis se define como la presencia de litos en el colédoco.

La coledocolitiasis residual se define como la presencia de litos dentro de la vía biliar en los primeros dos años de la colecistectomía y se calcula entre 5 al 12%.³

El diagnóstico se basa en la historia clínica, las alteraciones bioquímicas y los diferentes métodos de imagen, como son ultrasonido de hígado y vías biliares, y endoscópico, la colangiografía intravenosa y percutánea transhepática, tomografía axial computada, colangiografía resonancia y la colangiopancreatografía endoscópica, la cual tiene sensibilidad del 92% y aporta información del estado del duodeno, papila de Vater, páncreas y vías biliares es por lo que se considera método de elección para el diagnóstico de la coledocolitiasis.²

Entre las formas de evaluación de la vía biliar la tendencia actual es tratar de resolver la duda diagnóstica durante el mismo procedimiento quirúrgico y en caso necesario, realizar el tratamiento simultáneamente, por eso se prefiere la colangiografía transcística intraoperatoria introducida por Mirizzi en 1932.

Se ha descrito su exactitud diagnóstica entre el 75-99% con falsos negativos de 0.1-19% y falsos positivos de 2-24%.

Se debe ser consciente que existe un riesgo pequeño pero significativo de coledocolitiasis no sospechada, que oscila del 0.3-14% aunque se asume que muchos de estos cálculos pequeños no sospechados vistos por colangiografía pasan espontáneamente al duodeno sin causar problemas clínicos.⁴

La primera visualización endoscópica del ampulla de Vater fue reportada por Watson en 1966 y la primera canulación obteniendo un pancreatograma fue reportada años después por Mc Cune.

En 1973, Classen describió la esfinterotomía endoscópica logrando además la extracción de litos del colédoco.⁵

En México, la práctica de la esfinterotomía endoscópica de la papila de Vater fue publicada por primera vez en 1977 por Pangtay-Tea, posteriormente se publicó la experiencia en algunos centros hospitalarios del Distrito Federal y, finalmente, en hospitales de los diferentes estados de la república mexicana.⁶ En 1978 Soehendra realizó la primera colocación de una endoprotesis para drenaje paliativo de la vía biliar.⁵

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) emergió como una modalidad terapéutica, inicialmente como una alternativa en pacientes con riesgo quirúrgico elevado o en emergencias médicas como la colangiosepsis o pancreatitis biliar.⁵

Han descrito a la Colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica como una poderosa herramienta diagnóstica y terapéutica.¹⁰ Es una excelente técnica para el estudio de la vía biliar, aunque al tratarse de una exploración invasiva sus indicaciones se han cuestionado. En la actualidad la CPRE preoperatoria selectiva esta limitada a pacientes con elevada sospecha de coledocolitiasis. En un 25-60% de las CPRE realizadas no se llega a confirmar el diagnóstico de colédocolitiasis debido fundamentalmente al paso espontáneo de los cálculos a través del esfínter de Oddi durante el tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta la realización de la CPRE.⁶

La esfinterotomía endoscópica de la papila de Vater significa sección de la papila de Vater y del segmento biliar del esfínter de Oddi hasta el infundíbulo coledocal, lo que permite crear una comunicación amplia y sin obstáculos entre el conducto biliar común y el duodeno.

Los pequeños cálculos que migran a través del cístico siguen creciendo en el colédoco por aposición de colesterol, simultáneamente, se produce una dilatación gradual de la vía biliar que, con los años, puede llegar a un diámetro de 2 cm o más, lo que puede llevar a limitaciones del método en el tratamiento de la colédocolitiasis.⁸

Estudios en autopsia han demostrado que esta asociación va en aumento con la edad.

La coledocolitiasis se manifiesta clínicamente de forma muy variable, y presenta incluso resoluciones espontáneas, por lo que su diagnóstico preoperatorio supone un reto importante.

Es un reto por la gravedad con la que puede presentarse ante un diagnóstico tardío, no tanto por la resolución espontánea.

La forma clásica de presentación de la colédocolitiasis es la coexistencia de dolor, ictericia y fiebre. Sin embargo, esta triada sólo se observa en un tercio

de los pacientes; en la mayoría, la enfermedad se manifiesta por sólo uno o dos de estos síntomas.

Habitualmente, el cólico biliar de la colédocolitiasis es complicado, de gran intensidad, y se asocia a un estado nauseoso y vómitos rebeldes. Puede prolongarse durante varias horas y, si se alivia con antiespasmódicos, tiende a reaparecer precozmente.

La ictericia puede ser fugaz o subclínica, manifestándose sólo por una coluria transitoria. En otros casos, el enclavamiento de un cálculo en la ampolla de Vater da origen a una ictericia prolongada, que en los enfermos ancianos puede complicarse con una enfermedad tubular aguda.

La fiebre aparece en brotes aislados, precedidos por escalofríos durante varios meses, estos episodios puede constituir la única manifestación de la enfermedad.⁸

Muchos enfermos con cálculos en el colédoco no tienen ningún síntoma que revele su presencia. Por ello es tan importante, durante la colecistectomía electiva o de urgencia, la cuidadosa exploración radiológica de la vía biliar.

Si durante una laparotomía se detecta la colédocolitiasis, se procede a la coledocostomía y limpieza del conducto, y se deja una sonda en T de calibre adecuado para el drenaje postoperatorio. Cabe señalar que la coledocostomía aumenta significativamente la morbilidad y la mortalidad de la cirugía biliar.⁸

El síndrome clínico de una colangitis aguda se produce por la combinación entre obstrucción e infección piógena del árbol biliar. La obstrucción puede deberse a múltiples causas, pero, la más frecuente es la litiasis. En Chile, la colédoco litiasis es responsable de entre 77 y 92% de los casos.

Clásicamente, la colangitis ha sido tratada mediante cirugía. Sin embargo, este tipo de manejo se asocia a una alta morbilidad y a una mortalidad que puede llegar a 40%.

En Chile, la mortalidad asociada al tratamiento quirúrgico de la colangitis fluctúa entre 3 y 23%. Las cifras más altas se observan en los pacientes que han sido sometidos a procedimientos más complejos y definitivos.⁹

Los avances de la radiología y muy especialmente de la endoscopia, han proporcionado alternativas menos invasivas para la descompresión biliar de urgencia, entre las que se cuentan el drenaje percutáneo y endoscópico.

Múltiples autores extranjeros han señalado que, comparado con la cirugía tradicional, el drenaje endoscópico se asocia a tasas de morbilidad y mortalidad significativamente menores.⁹

El drenaje endoscópico de la vía biliar es seguro y efectivo asociándose a una tasa alta de éxito y baja morbilidad.

El tratamiento de la colédocolitiasis residual ha experimentado grandes progresos en los últimos años y se dispone de alternativas terapéuticas que permiten evitar, en la mayoría de los pacientes, una laparotomía.

Un enfermo que tiene una coledocostomía reciente y una sonda en T, se puede intentar la extracción de los cálculos mediante canastillas metálicas o pinzas especiales, que se introducen hasta el lumen del colédoco a través del trayecto fistuloso formado alrededor de la sonda. En manos expertas este método tiene éxito en más del 80% de los casos con una morbilidad del 5% y prácticamente sin mortalidad alguna.

Si la colédocolitiasis se diagnostica en un paciente colecistectomizado meses o años atrás, caben dos alternativas terapéuticas principales para remover los cálculos: la reoperación o la esfinterotomía transendoscópica, seguida por la extracción instrumental.

La reoperación implica los riesgos propios de una coledocostomía agravados por la patología asociada, tan común en estos enfermos. Por ello la esfinterotomía ha significado un gran proceso y se ha convertido en la primera opción terapéutica. La vasta experiencia acumulada con esta técnica muestra un 85-96% en la remoción de los cálculos con la esfinterotomía, con morbilidad del 7-14% y una mortalidad del 0-3% en las principales series publicadas.⁸

El diagnóstico de colangitis sigue siendo esencialmente clínico y generalmente no es difícil, sin embargo, existe una amplia variedad de formas de presentación clínica. Las leves o ascendentes, se presentan en 80 y 85% de los casos y habitualmente responden en forma satisfactoria al tratamiento médico. Por otro lado las formas graves, conocidas como colangitis supuradas obstructivas agudas o tóxicas, evolucionan hacia la septicemia y muerte si la vía biliar no es drenada de urgencia.⁹

Se ha propuesto el manejo inicial de los pacientes con colangitis aguda debiera ser conservador, ya que con el uso de antibióticos adecuados la mayoría de las veces el cuadro clínico regresa. Esta es la evolución esperada de las formas leves o ascendentes. Una vez que el cuadro clínico haya cedido, podría efectuarse el tratamiento definitivo, reduciendo así la morbilidad y mortalidad de la cirugía.

De acuerdo con esta manera de proceder, la descompresión de urgencia debería hacerse sólo cuando, a pesar de un tratamiento adecuado, la infección no desaparece o progresa, situación que se observa en las formas graves.

La endoscopia permite solucionar la obstrucción biliar en forma definitiva en el 96% de los pacientes con cálculos de menos de 15 Mm. de diámetro y con una muy baja morbilidad.

Se estima que en pacientes portadores de una colédocolitiasis y sometidos a una exploración de la vía biliar, incluso con la utilización de métodos diagnósticos intraoperatorios, aproximadamente 10% presentará cálculos residuales.⁹

La esfinterotomía transendoscópica ha reducido las molestias de los enfermos, la duración y costo de la hospitalización y además, ha permitido solucionar muchos casos de obstrucción biliar que, por la gravedad de su patología asociada tienen contraindicación quirúrgica absoluta.⁸

Discuten ampliamente que la esfinterotomía endoscópica de papila de Vater es un procedimiento técnicamente demandante y realizado en la porción más peligrosa del tracto gastrointestinal.

La endoscopia terapéutica (CPRE) tiene los mismos riesgos asociados con cualquier otro procedimiento endoscópico, incluyendo reacción a los medicamentos, problemas en la anestesia endovenosa, accidentes cardiopulmonares y perforación intestinal. Ocurre en cerca del 10% de los pacientes con una mortalidad relacionada al procedimiento de cerca de 0.5%. Hay complicaciones inmediatas (que ocurren durante el procedimiento) o tardías (que se presentan horas o días después).

Las complicaciones inmediatas son desaturación de oxígeno, pancreatitis, hemorragia, perforación duodenal o retroperitoneal, colangitis e hiperamilasemia.

Las complicaciones tardías son hemorragia tardía, íleo biliar, colangitis.⁶

La **desaturación** de oxígeno, para su prevención se recomienda administrar oxígeno por catéter nasal a razón de 4.5 litros por minuto.

La **pancreatitis** es una complicación común después de la esfinterotomía y ocurre entre el 3 y 5% de los casos, y son considerados como mínimos o moderados y se recuperan en pocos días con medidas terapéuticas conservadoras.

La hemorragia ocurre en aproximadamente el 2% de los pacientes, existe tendencia a disminuir dado mejor técnica en la esfinterotomía, mediante el uso de generadores electro quirúrgico, debido al corte realizado excesivamente rápido y muy amplio.

La **perforación duodenal** puede ser causada por un corte excesivamente largo, papilas pequeñas o estén óticas, inadecuada posición del esfinterotomo.

La **colangitis** puede resultar como consecuencia del procedimiento mismo o bien como consecuencia de tres principales factores: obstrucción biliar, presencia de bacterias en la bilis y proliferación local de bacterias.

Dentro de las ventajas que ofrece la CPRE menor estancia intrahospitalaria, disminuye la morbilidad, mortalidad, la evolución clínica es más rápida, en mujeres embarazadas, niños, y ancianos está indicado este estudio por menor tiempo quirúrgico y tiene desventajas como el costo, disponibilidad técnica, o fracaso del procedimiento.

Las ventajas que ofrece el tratamiento quirúrgico de la exploración de la vía biliar un menor costo, siempre disponible y desventajas como mayor tiempo quirúrgico, aumenta la morbilidad, mortalidad, mayor estancia intrahospitalaria evolución clínica lenta, litiasis residual, reacciones secundarias al uso de medio de contraste al realizar la colangiografía transonda, desequilibrio hidroelectrolítico por falta de reposición de líquidos y electrolitos que se eliminan por sonda en T, y que se salga accidentalmente la sonda en T.

En el Hospital General “La Villa” se cuenta con el servicio de endoscopia pero en los pacientes con sospecha clínica de coledocolitiasis por falta de disposición de horario, de recursos materiales, recursos humanos y su costo elevado no se realiza CPRE preoperatoriamente en pacientes que van a ser sometidos a cirugía, por lo que se realiza colecistectomía y exploración de la vía biliar en forma abierta, y se decide realizar la exploración de la vía biliar dependiendo de la sospecha clínica y de los hallazgos transoperatorios, debido a que se debería solicitar una colangiografía transcística y transoperatoria pero en ocasiones no se cuenta con recursos materiales y personal para apoyo por el servicio de rayos X, solo en el turno matutino es factible en ocasiones realizar colangiografía transcística, método utilizado para decidir si se exploramos la vía biliar de forma abierta ya que en ocasiones se intervienen pacientes en la noche o en la tarde y no se cuenta con apoyo de rayos X.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó estudio descriptivo, retrospectivo transversal. El censo de revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis clínico y quirúrgico del servicio de Cirugía General, así mismo se consultó la base de datos del servicio de Endoscopia del Hospital General “La Villa” en el periodo comprendido del 1º julio de 1999 al 31 de junio del 2004.

Se incluyeron todos los pacientes que se demostró clínicamente o por estudio de gabinete con diagnóstico de coledocolitiasis. Las variables a determinar fueron dilatación de la vía biliar mayor de 12mm, pacientes que se demostró con pruebas bioquímicas (Pruebas de Funcionamiento Hepático) alteradas, antecedentes de pancreatitis, ictericia, acolia, coluria, antecedentes de colangitis, ictericia postoperatoria por lito residual, pacientes con colangiografía por sonda en T con defecto de llenado y pacientes asintomático con coledocolitiasis.

También se excluyeron todos los pacientes ictericos que la causa no sea coledocolitiasis demostrado por estudios de gabinete, pacientes sin el diagnóstico de coledocolitiasis posterior al evento quirúrgico y que no tuvieran expediente clínico completo.

RESULTADOS.

Se obtuvieron 93 pacientes con colédocolitiasis de los cuales el 43%(40) fueron manejados con colecistectomía y exploración de vías biliares de los cuales 22%(20) presentaron litos en el colédoco y el 16%(15) de ellos asociados a pancreatitis y el 5%(5) presentaron colédocolitiasis pura. El otro 22%(20) se realizó colecistectomía y exploración de vías biliares sin encontrar litos en el interior del colédoco.

En el servicio de endoscopia del Hospital General Villa se realizó en el 40% (38) de los pacientes el diagnóstico de colédocolitiasis mediante CPRE.

Pacientes a los cuales se realizó colecistectomía y exploración de vías biliares se hizo extracción de litos mediante CPRE en el 32%(30) de los pacientes, que fue necesario por litiasis residual.

Pacientes a los cuales se les realizó solamente colecistectomía sin exploración de vías biliares a pesar de tener dilatado el colédoco y se asociaba a pancreatitis, fue decisión del cirujano y se obtuvieron 16%(15) pacientes.

Dentro del cuadro clínico de los pacientes con diagnóstico de colédocolitiasis se puede decir que el síntoma más frecuente fue la ictericia en un 23% (21), seguido del dolor correspondiente al 17%(16) y en tercer lugar la fiebre con el 14%(13) aunque es importante mencionar que aquellos pacientes provenientes de consulta externa en el 16% (15) se requirió hacer exploración de vías biliares y estaban asintomáticos completamente de ahí su importancia para tenerla en cuenta (Figura 1).

Dentro de las **pruebas de funcionamiento hepático** se tiene que tomar en cuenta ya que es de esperarse que estén alteradas y sin embargo se encontró que en el 22%(20) de los pacientes las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales, en el 78% (73) de los pacientes se encontraron las pruebas de funcionamiento hepático anormales por lo tanto no debemos descartar la colédocolitiasis por completo pacientes que tengan las pruebas de funcionamiento hepático normales.

La **colangiografía transoperatoria** es una herramienta útil en la colédocolitiasis y se tiene que mencionar que solo se llevó a cabo en el 17%(6) de los pacientes, el 6.5%(6) fueron positivas y ameritó exploración de la vía biliar, y el 11%(10) no se requirió de exploración quirúrgica de la vía biliar por que fue negativa la colangiografía transoperatoria para litos en el colédoco.

El **tipo de intervención quirúrgica** para este tipo de procedimiento es mas frecuente de urgencias en el 84%(78) de los pacientes y en 16%(15) se realizó de forma electiva y se realizó así por que el paciente estaba programada sólo para colecistectomía simple y se tomó la decisión durante el transoperatorio realizar la exploración quirúrgica.

Dentro de los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis también se encontraron como **hallazgos transoperatorios** mas frecuentes la pancreatitis en el 54%(50) pacientes, colangitis leve en 37%(35) de los pacientes y definiendo colangitis leve como dolor, fiebre e ictericia, colangitis severa en 8.6%(8) de los pacientes con dolor, fiebre, ictericia, alteraciones hemodinámicas, alteraciones del estado de conciencia.

Dentro de las **complicaciones secundarias al procedimiento quirúrgico** fueron de fistulas biliares el 6.5%(6), estenosis el 8.6%(8) e infección de heridas quirúrgicas el 16%(15).

Dentro de las **complicaciones secundarias al procedimiento endoscópico** fue la hiperamilasemia 11%(10), pancreatitis 16%(15), sangrado 5%(5) y colangitis 2%(2).

Cabe señalar que la coledocostomía aumenta significativamente la morbilidad y el número de muertes, en la cirugía de la vía biliar, se tuvieron 5 muertes pacientes correspondientes al 6 %, debido al estado de gravedad en el que se encontraban y ocurrió en tres pacientes que se encontraban en estadio de colangitis severa, otro paciente falleció durante el transoperatorio, así como uno más posterior a la intervención quirúrgica en el servicio de unidad de cuidados intensivos.

Los **días de estancia intrahospitalaria** para los pacientes que fueron sometidos a manejo quirúrgico y manejo endoscopico de la vía biliar.

Por lo que se puede observar que su estancia es de 3-5 días en promedio lo más frecuente y le siguen de 6 a 10 días, y en tercer orden de 11 a 15 días.

Sin embargo en pacientes sometidos a manejo endoscopico (CPRE) su estancia promedio en el hospital fue máximo 3 días posterior al estudio, y la paciente que tuvo estancia tan prolongada de 39 días manejada inicialmente con exploración de la vía biliar quirúrgicamente, posterior a este manejo se utilizó la CPRE y se egresó al día siguiente del estudio endoscópico.

(FIGURA2)

En cuanto a **género** más frecuente fue el femenino en el 81%(75) de los pacientes y en el 19%(18) de los pacientes masculinos.

En cuanto a la **edad** los pacientes más afectados fueron los de la cuarta década de la vida en el 32%(30), seguida de la tercera década de la vida con 22%(20) y menor frecuencia la quinta década de la vida con 20%(19),(FIGURA 3).

Se intervino una paciente de 97 años con coledocolitiasis, es raro pero en pacientes ancianos se ha visto que se ha incrementado últimamente el número de muertes.

DISCUSIÓN.

El manejo quirúrgico de colecistectomía y exploración de vías biliares se realizó en 40 pacientes, debido a que se encontraban con antecedentes por clínica o por estudios de gabinete con diagnóstico de coledocolitiasis por lo que se obtuvieron 20 pacientes que no se encontraron litos en el conducto colédoco y 20 pacientes que la exploración fue satisfactoria y encontraron litos en el colédoco de los cuales 15 se asociaban a pancreatitis y 5 solamente coledocolitiasis. Es importante debido a que existe mucha controversia del uso rutinario de la colangiografía transoperatoria, ya que también no es inocuo el estudio y es mayor tiempo quirúrgico pero si disminuiría el número de exploraciones de la vía biliar innecesarias.

Debido a una infraestructura insuficiente solo se efectuaron 38 estudios de CPRE de los cuales se hizo el diagnóstico de coledocolitiasis.

Sólo a 30 pacientes se les pudo realizar extracción de litos, pacientes que se realizó colecistectomía y exploración de vías biliares y se detecto litos residuales.

Se observó que la sintomatología más frecuente es la ictericia seguida del dolor y fiebre aunque es importante resaltar que pueden cursar pacientes con coledocolitiasis asintomática y no se debe descartar el diagnóstico.

De hecho los pacientes programados para cirugía electiva cursaban asintomáticos y con pruebas de funcionamiento hepático normales y se tuvo que realizar la exploración de la vía biliar por los hallazgos transoperatorios y se encontraron 20 pacientes con pruebas de funcionamiento hepático normales.

El tipo de cirugía de urgencia en 78 pacientes fue más frecuente, que la electiva en 15 pacientes pero no hay que descartar por completo las cirugías electivas va depender del cirujano y de los hallazgos transoperatorios.

Es de vital importancia conocer los diagnósticos mas frecuentemente asociados a coledocolitiasis como pancreatitis, colangitis severa y colangitis leve.

Es importante saber que los procedimientos de exploración quirúrgica de la vía biliar comparado con el procedimiento endoscopico CPRE tiene mayor estancia intrahospitalaria y mayor número de complicaciones comparado con la CPRE y el costo día cama para el hospital puede ser mayor a final de

cuentas, ya que la CPRE su estancia máxima es de tres días de estancia en el hospital.

El género más frecuente sigue siendo el femenino el principal y con respecto a la edad es frecuente los pacientes que se encuentran en la cuarta década de la vida.

Debido a que existen varias opciones de manejo para la coledocolitiasis y es un tema con mucha controversia, porque no hay estudios que comparen cual es mejor técnica si la cirugía convencional o la cirugía endoscópica por medio de CPRE ya que cada opción tiene sus ventajas e indicaciones para cada caso.

Esta demostrado que la cirugía de la vía biliar aumenta el número de muertes por el riesgo anestésico y quirúrgico, el tiempo de exposición, duración de la cirugía, pero no se cuenta con disponibilidad técnica de la CPRE ya que esta comprobado que el número de muertes es muy baja y el estudio realizado en nuestro hospital no demostró mortalidad solo morbilidad baja por la experiencia de los endoscopistas del hospital, a los aditamentos y accesorios endoscópicos que se cuentan pero son escasos y de alto costo por lo que el nivel socioeconómico de nuestros pacientes no lo pueden adquirir para realizar el estudio endoscópico CPRE para observar resultados en mayor número de pacientes y solo contamos con la exploración quirúrgica de la vía biliar que es accesible a todos los pacientes y aparentemente es más económica, sería conveniente comparar ambos estudios en cuanto a costo, beneficios, ventajas, desventajas y mejores resultados terapéuticos.

Las ventajas de la CPRE menor estancia intrahospitalaria, mejoría clínica rápida, disminuye la morbilidad y mortalidad, esta indicado para niños, ancianos y mujeres embarazadas por el menor tiempo de exposición a la cirugía y menores riesgos.

Las desventajas que es de alto costo, no hay disponibilidad técnica, recursos materiales, humanos, complicaciones como hiperamilasemia, pancreatitis, perforación de duodeno, colangitis pero un porcentaje muy bajo en manos expertas y casi nula mortalidad.

El manejo establecido en el hospital general la villa es adecuado de acuerdo a los recursos con que contamos pero si hay mortalidad del 9% en procedimientos de cirugía de la vía biliar comparados con el endoscópico CPRE que no tiene registrado casos de mortalidad, por lo que se propone esta

opción de manejo sobre todo en pacientes con colangitis leve o severa de primera instancia, manejo conservador.

La CPRE es una herramienta útil en procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos pancreatobiliares.

La CPRE ofrece ventajas comparada con el procedimiento de exploración de la vía biliar.

La exploración de la vía biliar es una buena técnica y útil pero con un porcentaje de muertes elevada.

Ambas técnicas tienen ventajas, desventajas y son procedimientos invasivos pero con ninguna muerte en la CPRE en manos expertas.

Los días de estancia hospitalaria son mayores con la exploración quirúrgica de la vía biliar que cuando se utiliza la CPRE.

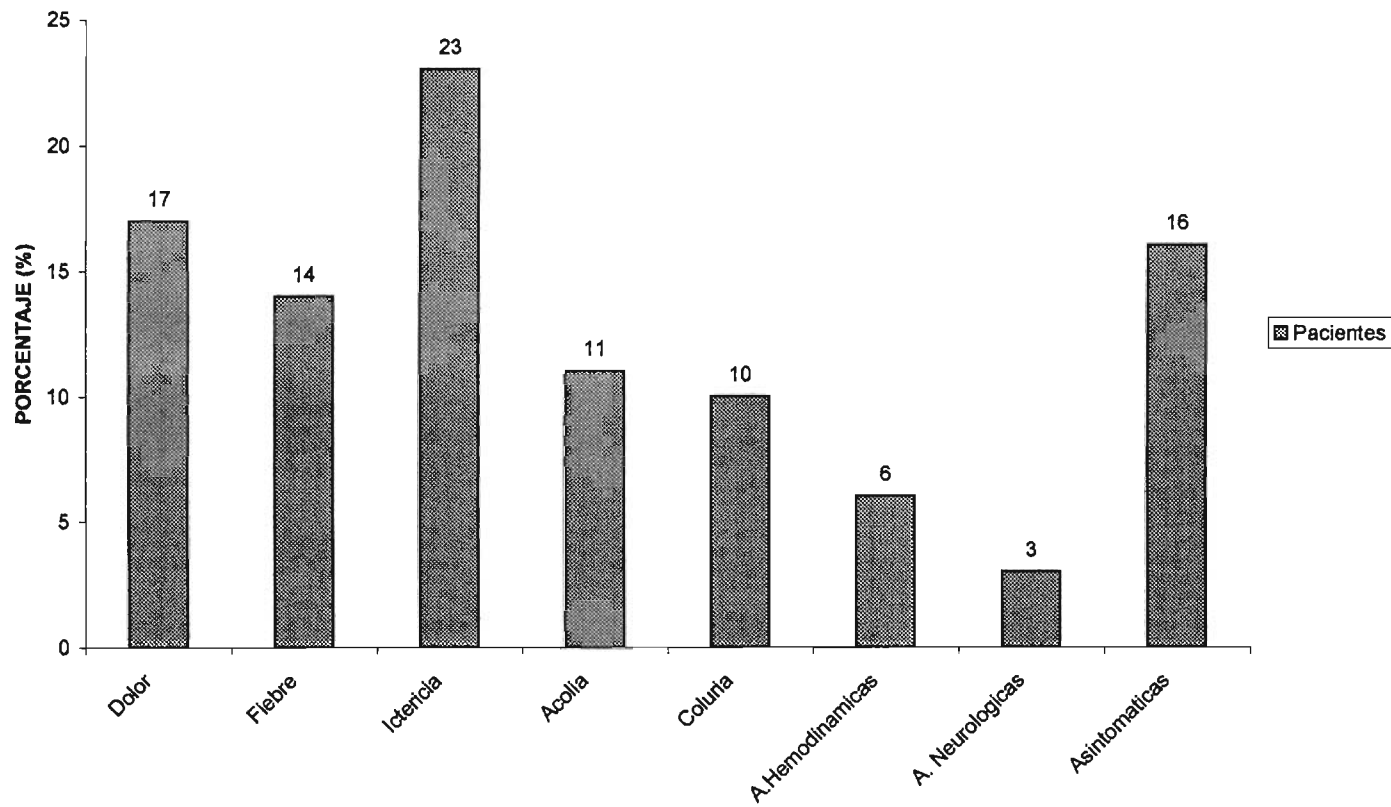
La CPRE es el estudio de elección para pacientes con colangitis leve o severa.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.

1. García G Victor, Zárate G. Ángel, Corral M Adalberto, Manejo actual de la colédocolitiasis. **Revista Médica del Hospital General de México** 1999; No. 2, Vol. 62 Abr-Jun: 121-127.
2. Espinosa T Luis, Torices E Eduardo, Zavala V Everardo, Manejo endoscópico de la colédocolitiasis. **Endoscopia**. 2000; No. 1, Vol. 11, Ene-Marzo: 21-24.
3. Gómez C Xavier, Pérez B Blanca, Rendón C Eloy, Tratamiento endoscópico de colédocolitiasis residual. **Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica**. 2003;No. 4 Vol. 4 Oct-Dic:178-183
4. Bejarano C Mónica, Utilidad de los factores predictores de colédocolitiasis en pacientes operados en la clínica Rafael Uribe Uribe – Cali 2000.1-14
5. Reyes D. ángel, Arana P Guillermo, Hernández C Eliseo, colangiopancreatografía Retrógrada Endoscópica Terapéutica. **Endoscopia**.1998 No. 2 Vol. 9 abril-Jun 41-46.
6. Güitron Alfredo, Esfinterotomía Endoscópica. **Endoscopia**. 2001, No. 2 Vol. 12, abril - Junio.:49-59.
7. J Castellón Camilo, Fernández Miguel, Del Amo Elías, Coledocolitiasis: indicaciones de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colangiorresonancia magnética. **Cirugía española** 2002, No. 6 Vol. 71 Junio: 314-318.
8. Camacho N. Miguel, Esfinterotomía guiada Indicaciones y prevalencia en el Hospital 1^o de Octubre ISSSTE **Endoscopia** 2000; N^o 1, Vol. 11, Enero Marzo.25-29.
9. Anselmo M Mario, Salgado O Julio, Arancibia S. Andrés, Colangitis aguda debida a Colédocolitiasis: Cirugía tradicional o drenaje biliar endoscópico? **Rev. Med. Chile**. 2001; No. 7, Vol. 129. Julio 753-62.
10. Llanos L Osvaldo, Tratamiento de la Colédocolitiasis. **Boletín Esc. de Medicina P. Universidad Católica de Chile**. 1994; No. 23:127-129.
11. Brizuela Q Raúl, Fábregas R Carlos, Experiencia en el tratamiento endoscópico de la obstrucción de la vía biliar principal **Rev. Cubana Med. Milit** 2003; No. 2, Vol. 32,
12. Piña G María, Torices E Eduardo, Zavala V. Everardo, Papilotomía de Preecorte **Endoscopia**.2000;No. 1 Vol. 11, enero-Marzo: 17-20.

13. Guevara G Rafael, Drenaje Nasobiliar. **Endoscopia**. 2001; No. 2 Vol. 12, abril-Junio, 69-71.
14. Gallardo A Efrén, Prótesis Biliares. **Endoscopia**. 2001; No. 2 Vol. 12, Abril-Junio. 73-79.
15. Schwartz et al. Principios de Cirugía. 7ª Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 1999: 1543-1550.
16. C.M.C.G. Tratado de Cirugía General. Manual Moderno 2003. 985-989.

FIG.1 CUADRO CLINICO



SIGNOS Y SINTOMAS.

FIG.2 ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA

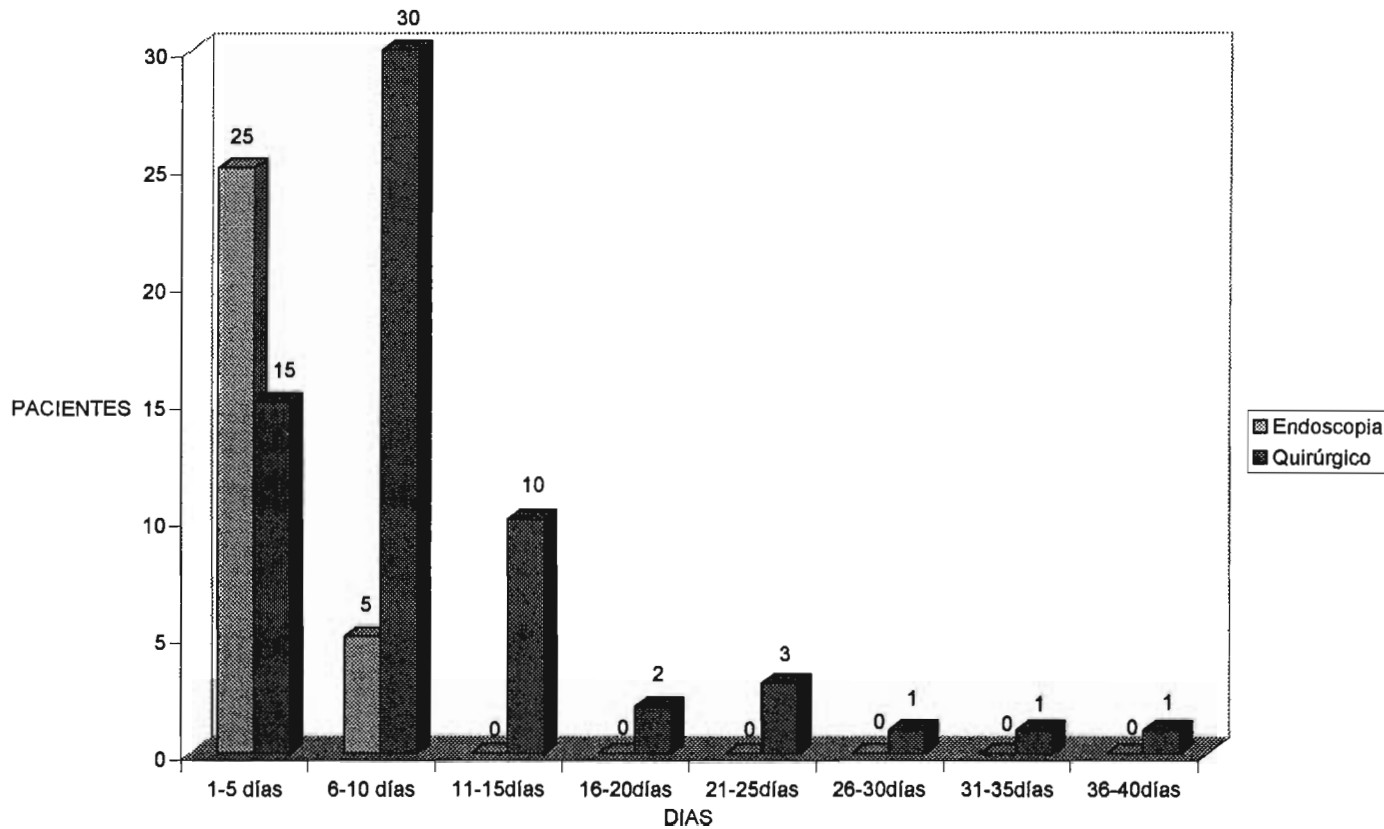


FIG.3 FRECUENCIA DE EDADES

