



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado e Investigación

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UTILIDAD DIAGNOSTICA Y TERAPEUTICA DE LA COLANGIOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA EN EL PACIENTE CON ICTERICIA DE PATRÓN OBSTRUCTIVO EN UN HOSPITAL DE 2º NIVEL.

Trabajo de Investigación que Presenta:

DR. GUSTAVO EDUARDO DEL CARMEN CUEN

Para Obtener el Diploma de la Especialidad

CIRUGIA GENERAL

Asesor de Tesis:

DR. FRANCISCO JAVIER RAMIREZ AMEZCUA



No. De Registro en el ISSSTE 108.2010



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.

AGRADECIMIENTOS

- A dios fuente de vida y alivio espiritual.
- A mis padres, hermanas y familiares por el apoyo y amor que siempre me han brindado
- A mis amigos por que siempre saben cuando y como estar junto a mi.
- A mis maestros por que diariamente contribuyeron a mi formación académica.
- A todos lo que depositaron su confianza en mí, incluidos los pacientes.
- A los días de oscuridad por que ahora puedo ver con claridad el sol y ser la Persona que soy.

ÍNDICE

- **RESUMEN.**
- **INTRODUCCION.**
- **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**
- **DISEÑO METODOLOGICO.**
- **OBJETIVOS.**
- **RESULTADOS.**
- **CONCLUSIONES.**
- **ANEXO.**
- **BIBLIOGRAFIAS.**

RESUMEN.

Para la consecución de un diagnóstico etiológico en un paciente con ictericia obstructiva la ecografía es la primera exploración complementaria a realizar. Una vez visualizada la Dilatación del árbol biliar debemos realizar una colangiografía. Habitualmente se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) si existe dilatación del árbol biliar extrahepático y una colangiografía transparietohepática si sólo existe dilatación intrahepática. Ambas exploraciones pueden presentar complicaciones, siendo la colangitis la más frecuente al tener que introducir contrastes en una vía con estasis biliar. Así es como la CPRE se vuelve un pilar en el diagnóstico y tratamiento de la ictericia de origen obstructivo, sin embargo, ¿que ventajas y desventajas se presentan en los paciente sometidos a este estudio?

Objetivos: La colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un método que viene usándose desde hace aproximadamente 30 años en el diagnóstico y manejo de una variedad de desórdenes hepatobiliares y pancreáticos. Este estudio se realiza para determinar la utilidad tanto diagnóstica y terapéutica de los que se realizó CPRE con diagnóstico de ictericia de origen obstructivo, con el objetivo de valorar la eficacia terapéutica y diagnóstica, complicaciones y evolución de los pacientes.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo a través del expediente clínico, observacional y transversal de 90 pacientes sometidos a CPRE por ictericia obstructiva, en el año 2009 por el servicio de endoscopía del Hospital General Darío Fernández Fierro.

Resultados:

Se realizaron 90 CPREs en el año 2009. El 60% de los pacientes fueron de sexo femenino. Previo a la CPRE se integro el diagnostico de Ictericia Obstructiva en un 52 %, Colédocolitiasis en un 42% y Fuga biliar post-quirúrgica en un 6%.

El 72% de las CPREs realizadas fueron diagnosticas y terapéuticas, mientras que el 23 % solo fue diagnostica por reportarse vía biliar normal y únicamente un 5% se reporto fallida por calculo mayor de 2 cm. Realizado el procedimiento, el diagnostico definitivo mas frecuente fue coledocolitiasis en un 34%, seguido por el diagnostico de vía biliar normal en un 23%.

En el 69% de los pacientes se les realizo papiloesfínterotomia, en un 22% se colocó endoprótesis y solo en un 9% no se utilizo ningún tratamiento; el 99% curso sin complicaciones, hiperamilasemia en un 6% y la única complicación fue pancreatitis representándose en 1%.

Se encontró un éxito técnico en un 100% y un éxito clínico en el 93%.

Conclusiones:

La CPRE se ha convertido en uno de los métodos diagnósticos y más aún terapéuticos más importantes en los pacientes con ictericia de origen obstructivo, en nuestro hospital de 2º nivel es el estudio terapéutico de elección, en pacientes con ictericia de origen obstructivo, observando un mínimo grado de complicaciones.

Las variables expuestas nos muestran el éxito del estudio sin presentar ninguna mortalidad y con una morbilidad mínima.

PALABRA CLAVE: Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).

INTRODUCCION.

Con la introducción de la CPRE alrededor de 1970, podemos contar con un método diagnóstico y terapéutico para las patologías bilio-pancreáticas¹, y fue en 1974 cuando se describiese la esfinterotomía y con ello se abriese un extenso abanico de posibilidades terapéuticas en patología biliar y pancreática.

Con el paso de los años se produce la introducción de la ecografía, la tomografía axial computerizada, la resonancia magnética y apenas se ha erosionado la capacidad diagnóstica de la CPRE (tabla 1).

<i>Técnica</i>	<i>Sensibilidad</i> <i>% (rango)</i>	<i>Especificidad</i> <i>% (rango)</i>
Ecografía	71(20-80)	>95 (95-98)
CPRE	98 (84-100)	98 (95-100)
CRM	91 (40-100)	97 (90-100)
Ecoendoscopia	95 (75-98)	96 (90-100)
CIO	90 (75-100)	95 (75-100)
Ecolaparoscopia	100	98

Tabla 1. Representación comparativa en cuanto a la sensibilidad y especificidad de diferentes estudios solicitados en pacientes con ictericia de origen obstructivo.

En el diagnóstico de la enfermedad calculosa biliar, la colangiopancreatografía por resonancia magnética y la ultrasonografía endoscópica han reemplazado a la CPRE diagnóstica pura².

Sin embargo, las posibilidades terapéuticas de la esfinterotomía, en especial el tratamiento de la litiasis de la Vía Biliar Principal no tuvo la popularización que se merecía, entre otras razones porque los cirujanos (habituados a la exploración intraoperatoria del colédoco en la cirugía tradicional) sólo acudían a la esfinterotomía en los casos en que los cálculos se “olvidaban” o recurrían en la vía Biliar principal³; había complicaciones en los conductos tras la cirugía o, a lo sumo, un paciente con ictericia obstructiva se consideraba imposible para la cirugía. Sin embargo, el panorama cambió en 1987 con la introducción explosiva de la vía laparoscópica para la colecistectomía y el concepto de cirugía mínimamente invasiva. Aunque éste sigue sin admitir en su seno a la esfinterotomía⁴.

En los pacientes con ictericia obstructiva se magnificó la necesidad de la colangiografía directa por dos razones: para definir exactamente la anatomía del árbol biliar intra y extrahepático, asiente de muchas variaciones individuales; muy especialmente se valoraba el trayecto, permeabilidad e implantación del cístico con la intención de asegurar el menor número de lesiones, la segunda razón era confirmar que no existía litiasis en la Vía Biliar.⁵

La importancia del diagnóstico de la CPRE a disminuido por técnicas menos invasivas como la colangiopancreatografía por resonancia magnética que se considera el patrón o gold standar en patologías obstructiva de la vía biliar, sin embargo aún tiene una inadecuada resolución para pequeños cálculos y lesiones a nivel de los pequeños

conductos biliares y pancreáticos⁶. Ante estas limitaciones la CPRE continúa siendo indicada en los casos difíciles y cuando el diagnóstico es incierto⁷, así la colangiografía intravenosa se ha comprobado es un método menos útil que la CPRE no sólo por verse limitada por alergias al contraste yodado e ictericia, sino también porque su capacidad diagnóstica es menor⁸. Pero es más, la CPRE no sólo era un método certero para demostrar la presencia de cálculos en la Vía Biliar coincidente con los vesiculares sino que hasta en un 90% o más conseguía evacuarlos, en el mismo gesto exploratorio (Fig. 1).

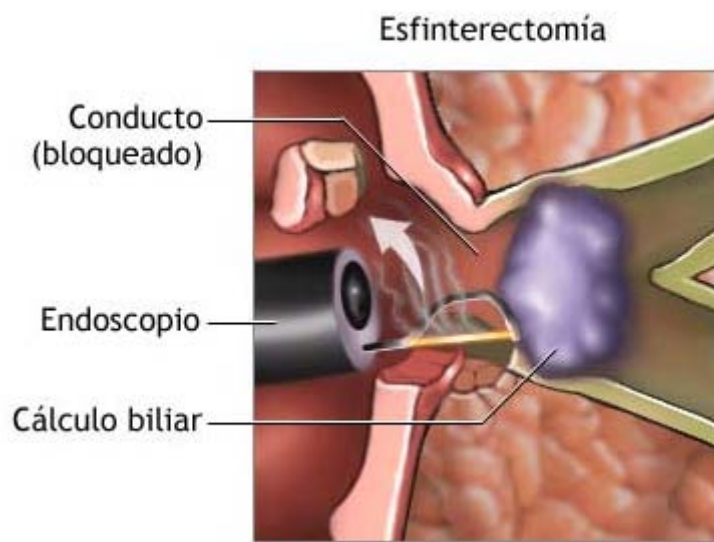


Fig. 1. Presencia de cálculos en la vía biliar. Se realiza esfinterectomía para su extracción.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es una herramienta de diagnóstico y terapéutica con la que cuentan hoy los centros hospitalarios de alto desarrollo donde se practica la cirugía de mínimo acceso, tanto intracavitaria como endoluminal. Mediante este proceder se puede llegar al sistema biliopancreático, diagnosticar enfermedades primarias y complicaciones posquirúrgicas sobre esta esfera y permite realizar en el momento diversos tratamientos a través de la endoscopia que soluciona las mismas, con

un mínimo de riesgo, complicaciones y disminuye la mortalidad (0.1-1.6%) posoperatoria en relación con la cirugía convencional (2.4%)⁹, mejora además la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades malignas y reduce los costos hospitalarios¹⁰.

La pancreatitis es la complicación mas común de la CPRE, con una incidencia reportada entre 1.8 y 7.2% en alguna series prospectivas¹¹, los criterios incluyen la aparición de un nuevo dolor abdominal tipo pancreático, asociado con al menos un incremento de tres veces la amilasa serica y lipasa, dentro de las 24 hrs. después de la CPRE. Asimismo, los síntomas de dolor necesitan se lo suficientemente graves para requerir admisión a un hospital, o prolongar la estancia en pacientes que se encuentran hospitalizados.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica muy eficaz para drenar la vía biliar y pancreática. Los métodos de obtención de imágenes con los que se cuenta en la actualidad, especialmente la colangiopancreatografía por resonancia magnética, han convertido a la CPRE en una técnica eminentemente **terapéutica**. El acceso al colédoco y al Wirsung, la esfinterotomía, la extracción de coledocolitiasis y la inserción de prótesis en el conducto biliar y pancreático, son los procedimientos endoscópicos digestivos más difíciles. La complejidad de la técnica conlleva una morbilidad que parece ser mayor en los centros que realizan pocas exploraciones. Aunque no hay criterios unánimes aceptados, el número mínimo se ha fijado en 200 CPRE anuales, más de una esfinterotomía semanal, o, al menos, 40 esfinterotomías al año por endoscopista. Sin embargo, la distribución y el acceso de los pacientes a los recursos sanitarios, pueden crear la necesidad de realizar esta técnica en hospitales en

que se espere un volumen anual reducido. Presentamos nuestra experiencia en las complicaciones de la práctica de la CPRE en una unidad pequeña.

La Colédocolitis, principal causa de ictericia de origen obstructivo es una patología frecuente en nuestro país y subdiagnosticada, se ha informado una frecuencia de hasta 11.9% de los casos de colelitiasis, en el Hospital General de México; la incidencia varia mucho de acuerdo al área geográfica; sin embargo en México no contamos con una incidencia y prevalencia real ¹²

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) convencional.

La técnica de CPRE se encuentra muy desarrollada en nuestro medio.

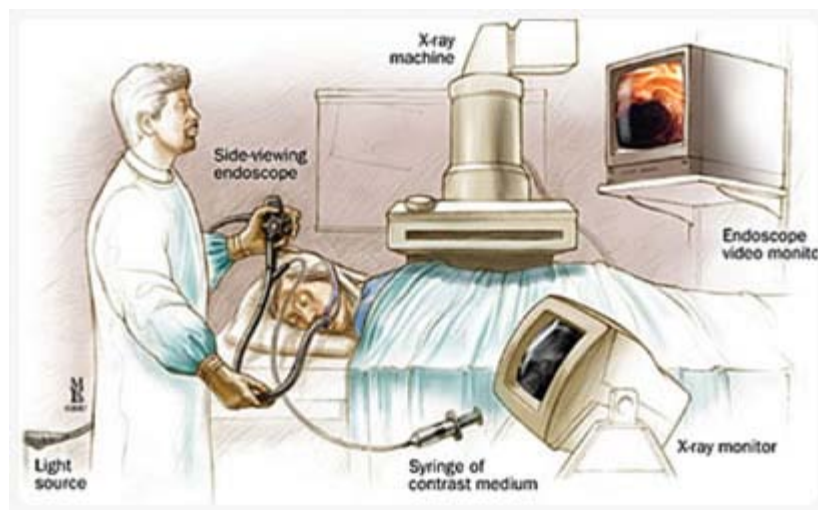


Fig. 2. Material y equipo necesario para realización de la CPRE en un centro de endoscopia.

El acceso a la vía biliar desde la segunda porción duodenal mediante un endoscopio de visión lateral permite observar radiológicamente las vías biliares al introducir materiales de contraste, y también manejar terapéuticamente la vía biliar obstruida al

realizar una esfinterotomía o la dilatación con balón del esfínter de Oddi, procedimientos que pueden facilitar el paso espontáneo del cálculo al duodeno.

También es posible introducir a través del endoscopio una **canastilla de Dormia** o un catéter de balón (Fig. 2).

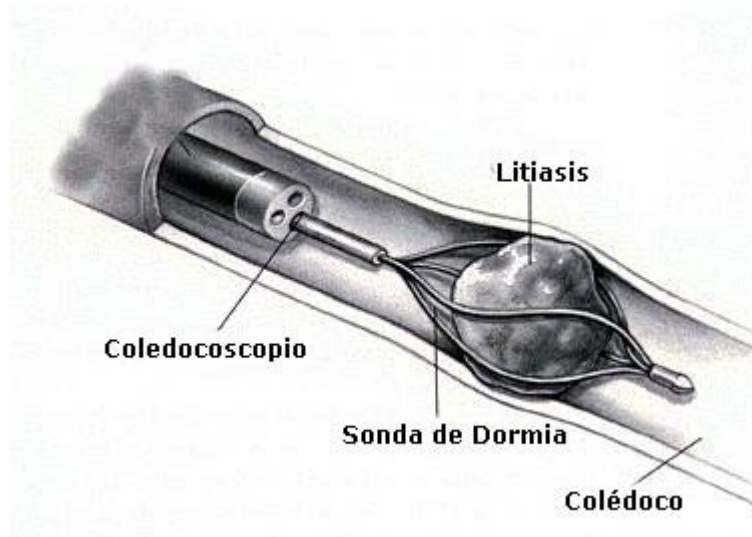


Fig. 3. Extracción de cálculos de la vía biliar mediante mediante sonda de Dormia.

La canastilla atrapa firmemente el cálculo y lo extrae hacia la luz del duodeno; el catéter de balón se infla proximalmente al cálculo y lo empuja hacia el duodeno. Con estos procedimientos, el éxito en la extracción de los cálculos en el conducto hepatocolédoco es cercano a 90%.⁹ Dicho porcentaje resulta de gran importancia debido al costo relativamente bajo del equipo necesario, sin llegar a requerir dispositivos costosos tales como litotriptores mecánicos. Este tipo de procedimientos deben realizarse por médicos especialistas entrenados cuyos éxito va de la mano con un la práctica y experiencia en la realización de esta para fines diagnósticos y terapéuticos¹³.

Las causas de falla de este procedimiento incluyen:

a) Cálculo mayor de 1.5 cm de diámetro.

b) Dificultad para canular la vía biliar (divertículos duodenales (Fig. 3), acceso difícil a la segunda porción duodenal en caso de cirugía gástrica previa).



Fig. 4. Divertículo Duodenal que llega a dificultar la canalización de la vía biliar.

- c) Complicación temprana por la esfinterotomía (hemorragia, perforación duodenal).
- d) Presencia de estenosis del conducto hepato-colédoco con cálculo impactado.
- e) Litiasis intrahepática.

Por estas diversas causas se han desarrollado numerosas técnicas operatorias y no operatorias para resolver temporal o permanentemente el problema. Entre las opciones no quirúrgicas encontramos diversas técnicas de litotripsia: endoscópica (mecánica, electrohidráulica y con rayo láser) y extracorpórea con ondas de choque. Otros procedimientos de utilidad son la colocación de prótesis.

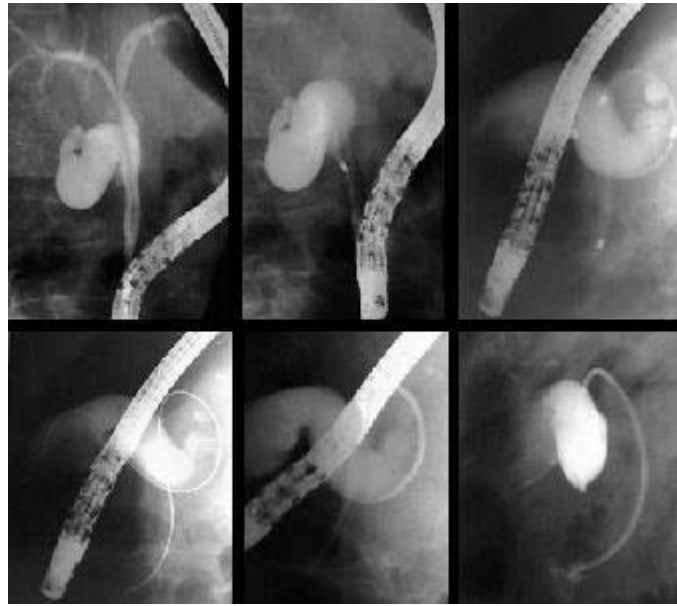


Fig. 5. CPRE Gold estándar para el tratamiento de la ictericia de origen obstructivo.

Actualmente la CPRE es el gold estándar para el diagnóstico y tratamiento de la ictericia de origen obstructivo a nivel de vías biliares, sin embargo se trata de un procedimiento invasivo que se encuentra ligado aun grado de dificultad y presentan una falla diagnóstica en un 25-60% de las CPRE 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 (12) por lo que este estudio tiene como finalidad valorar el éxito, fracasos, complicaciones y eficacia del diagnóstico en los paciente con ictericia de origen obstructivos a los que se realiza CPRE.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Actualmente los procedimientos endoscópicos van ganando terreno a la cirugía abierta, siendo la Colangiografía Retrograda Endoscópica en los pacientes con ictericia de origen obstructivo una técnica endoscópica variante de la cirugía abierta (exploración de vías biliares); la cual es una técnica vanguardista que cobra auge entre los cirujanos.

La verdadera incidencia de la ictericia secundaria a proceso obstructivo es desconocida, a pesar de ser una enfermedad bastante frecuente, no contamos con datos de nuestro medio que revelen la verdadera incidencia, sin embargo de bien sabido es que la CPRE por ser el “GOLD ESTANDAR” terapéutico para el paciente con ictericia de origen obstructiva, se a utilizado de manera desmedida, dando así como resultado un alto porcentaje de exploraciones en las que no se encuentran cálculos en el colédoco, ni evidencia de proceso obstructivo.

Por lo que analizando criterios, diagnostico post CPRE, y complicaciones pretendemos responder la pregunta: ¿cuales son las ventajas y desventajas de dicho estudio, así como eficacia tanto diagnóstica y terapéutica?

DISEÑO METODOLOGICO:

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y transversal; con el objetivo de determinar la utilidad diagnóstica y terapéutica de CPRE en pacientes con ictericia obstructiva en un Hospital de 2º nivel en el servicio de Cirugía General, así como las complicaciones y tratamiento definitivo. Se utilizaron los expedientes clínicos de 90 pacientes cuyo diagnóstico fue ictericia obstructiva y que fueron sometidos a CPRE durante el periodo comprendido del 1º de enero del 2009 al 31 de diciembre del 2009.

La recopilación de los datos se realizó a través de un formulario diseñado a base de preguntas abiertas y cerradas relacionadas con las principales variables: edad, sexo, tipo de derechohabiente institucional, hallazgos de CPRE, evolución, diagnóstico y tratamiento definitivo las cuales nos permitieron alcanzar los objetivos antes expuestos. Los datos fueron procesados utilizando el programa estadístico SSPS V.16 y el informe final fue elaborado en Word. La información obtenida fue revisada y analizada para su presentación en gráficas y tablas.

MUESTRA:

Se utilizó un muestreo no probabilístico con un tamaño de la muestra elegido por conveniencia de 90 expedientes.

CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Pacientes con ictericia de origen obstructivo.
- ✓ Haberse sometido a CPRE.
- ✓ Mayores de 15 años de edad.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Ictericia de origen no obstructivo.
- ✓ Manejo quirúrgico abierto.
- ✓ Manejo quirúrgico conservador.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- ✓ Expedientes con datos incompletos.

OBJETIVOS GENERALES.

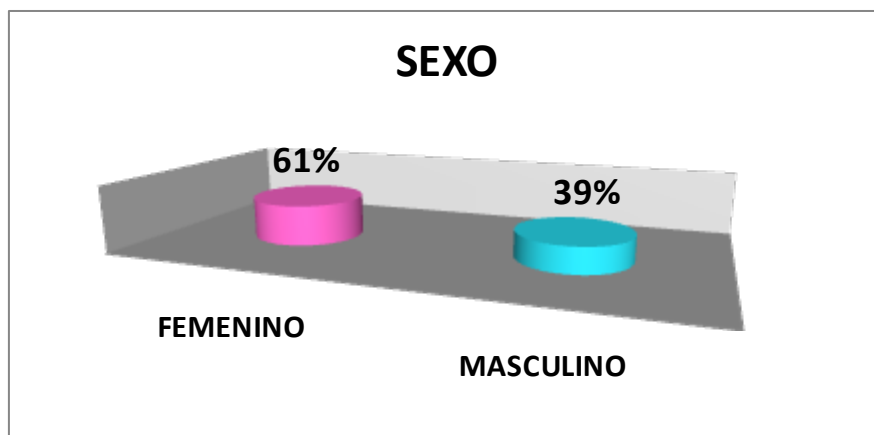
Determinar la utilidad tanto diagnóstica y terapéutica de los paciente a los que se realizó CPRE con diagnóstico de ictericia de origen obstructivos, así como su evolución clínica posterior al estudio, en un hospital de 2º nivel.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Determinar la evolución clínica en los pacientes con ictericia obstructiva en los que se realizó CPRE.
- ✓ Identificar el porcentaje de pacientes con ictericia obstructiva en los que se realizó CPRE y se llegó a un diagnóstico.
- ✓ Conocer el porcentaje de pacientes con ictericia obstructiva a los que se les realizó CPRE y se logró con éxito un procedimiento terapéutico.
- ✓ Objetivizar los diagnósticos más frecuentes realizados por una CPRE en pacientes ictericos de origen obstructivo.
- ✓ Concluir el porcentaje de complicaciones de la CPRE en un hospital de 2º nivel, realizadas en pacientes con ictericia obstructiva.
- ✓ Determinar el porcentaje de CPRE fallidas en un hospital de 2º nivel, realizadas a paciente con ictericia de origen obstructivo.
- ✓ Fijar las causas de las CPRE fallidas realizadas a los pacientes con ictericia de origen obstructivo en un hospital de 2º nivel.

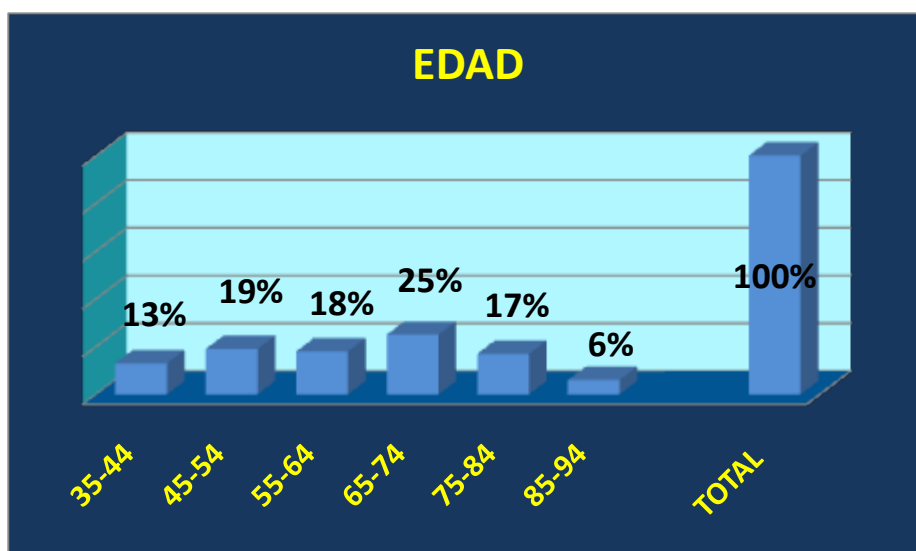
RESULTADOS

1. Distribución del sexo de los pacientes.



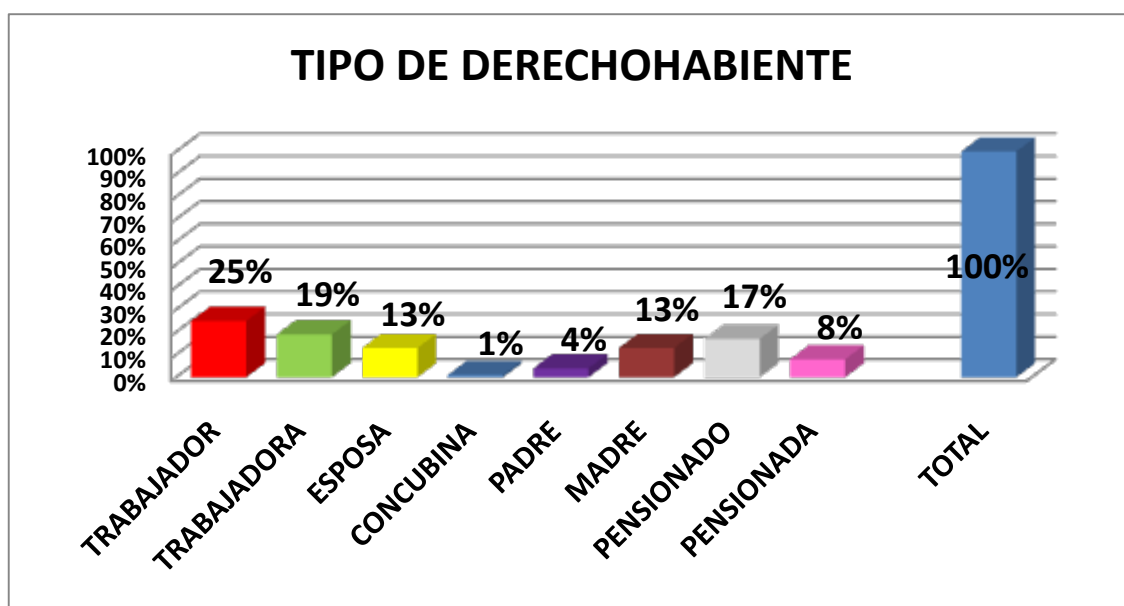
Distribución del sexo de pacientes sometidos a CPRE, para el sexo femenino 55 (61%) y masculino 36 (39%). (Gráfica 1).

2. Análisis grupal en cuanto a la edad de los pacientes



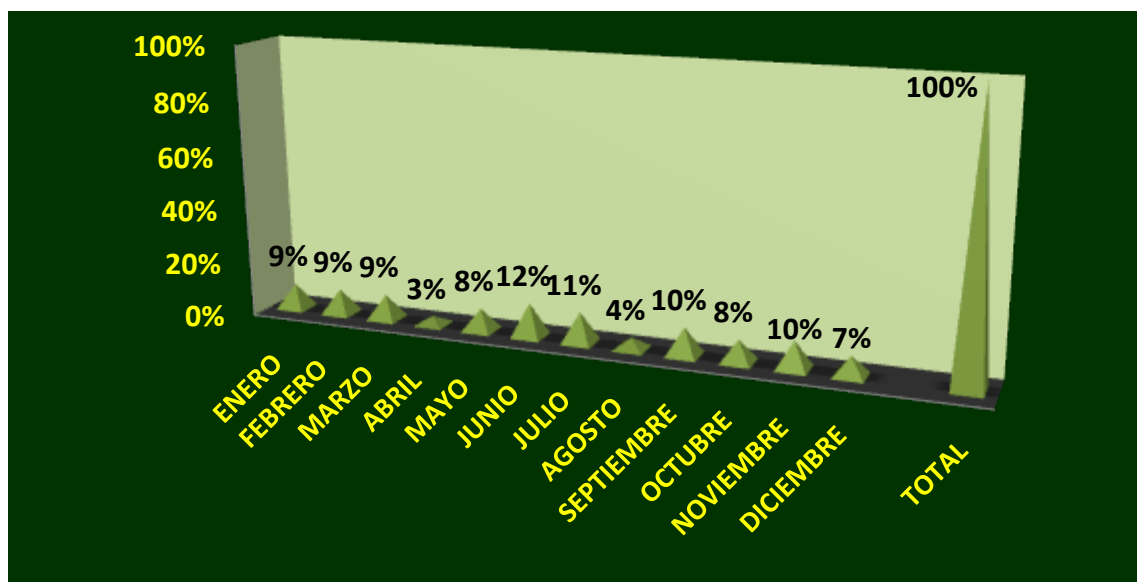
La edad media fue de 65 años, con edad mínima de 35 años y máxima de 92 años. (Gráfica 2).

3. Distribución de paciente por tipo de derechohabiente.



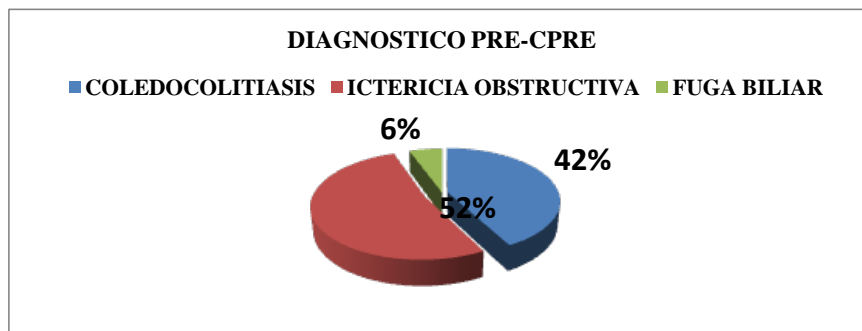
El mas alto porcentaje se obtuvo en la población económicamente activa siendo el sexo masculino (25%) mas frecuente que el sexo femenino (19%) (Gráfica 3).

4. Distribución por en que se realizarón las CPREs.



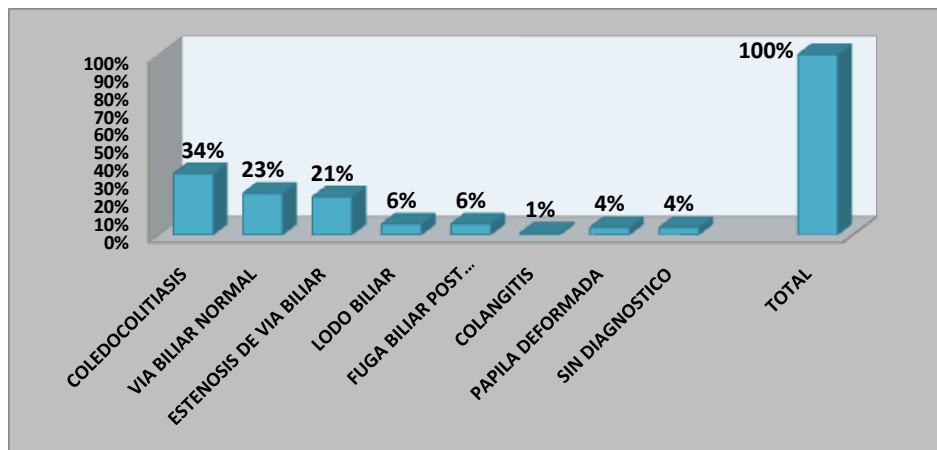
El mes de JUNIO fue cuando se realizarón mas CPREs realizándose 11 (12.2%) procedimientos en total y el mes en que menos CPRE se realizarón fue el mes de ABRIL con 3 (3.3%)

5. Diagnósticos Pre-CPRE.



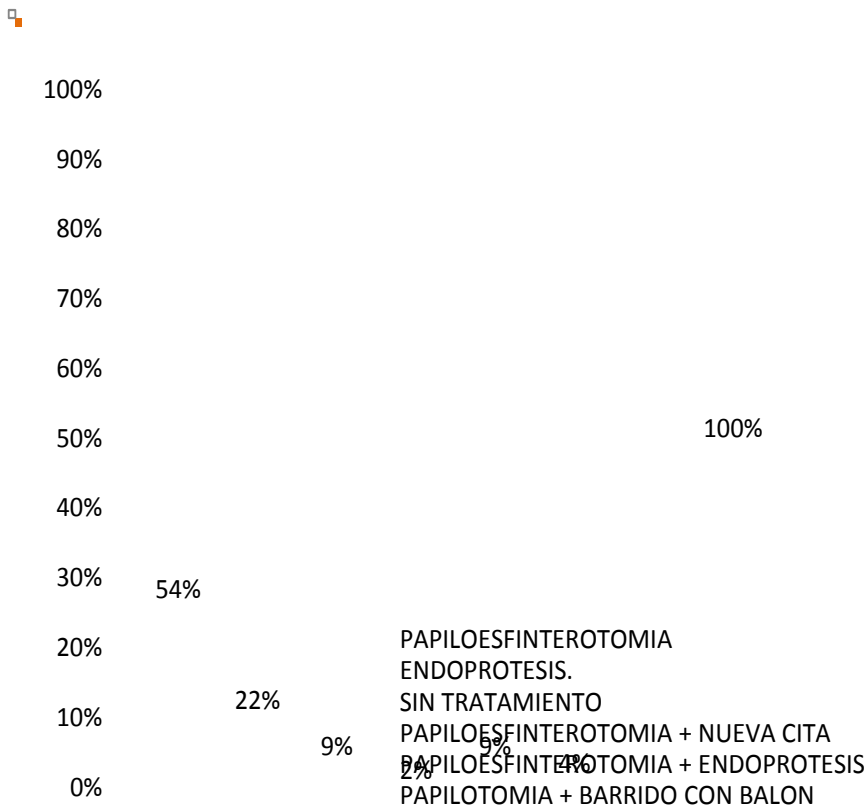
Diagnósticos pre-CPRE, la ictericia obstructiva fue el diagnóstico más frecuente presentándose en 49 (52%) pacientes, la coledocolitiasis el 2º lugar con 38 (42%) y fuga biliar presentándose en un 4 (6%). (Gráfica 5).

6. Diagnósticos Post-CPRE.



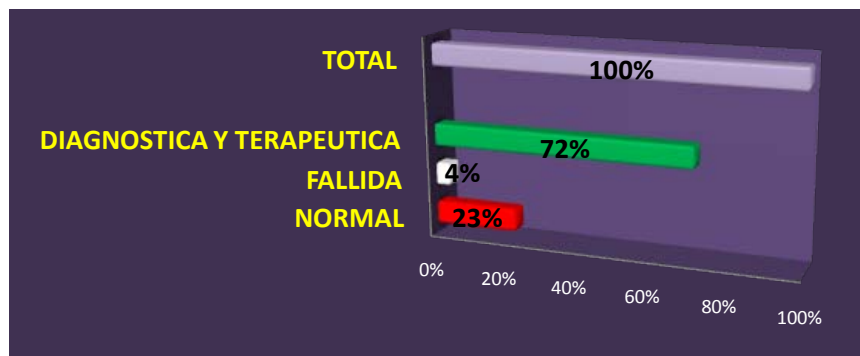
La coledocolitiasis se presentó con mayor frecuencia en 31 casos (34%) y solamente 1 (1%) caso de colangitis. (Gráfica 6).

7. Terapéutica empleada.



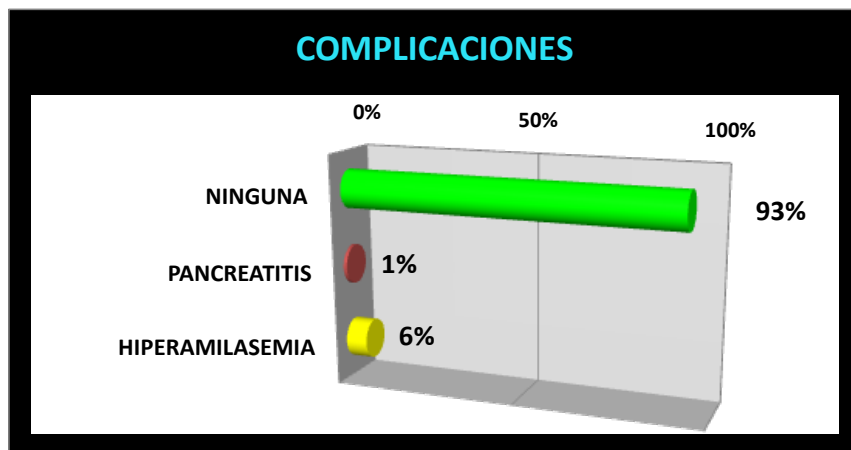
La medida terapéutica mas empleada es la papiloesfinterotomía en un 54% y en 2º lugar la colocación de endoprótesis con un 22% de los casos (Gráfica 7).

8. Resultados generales.



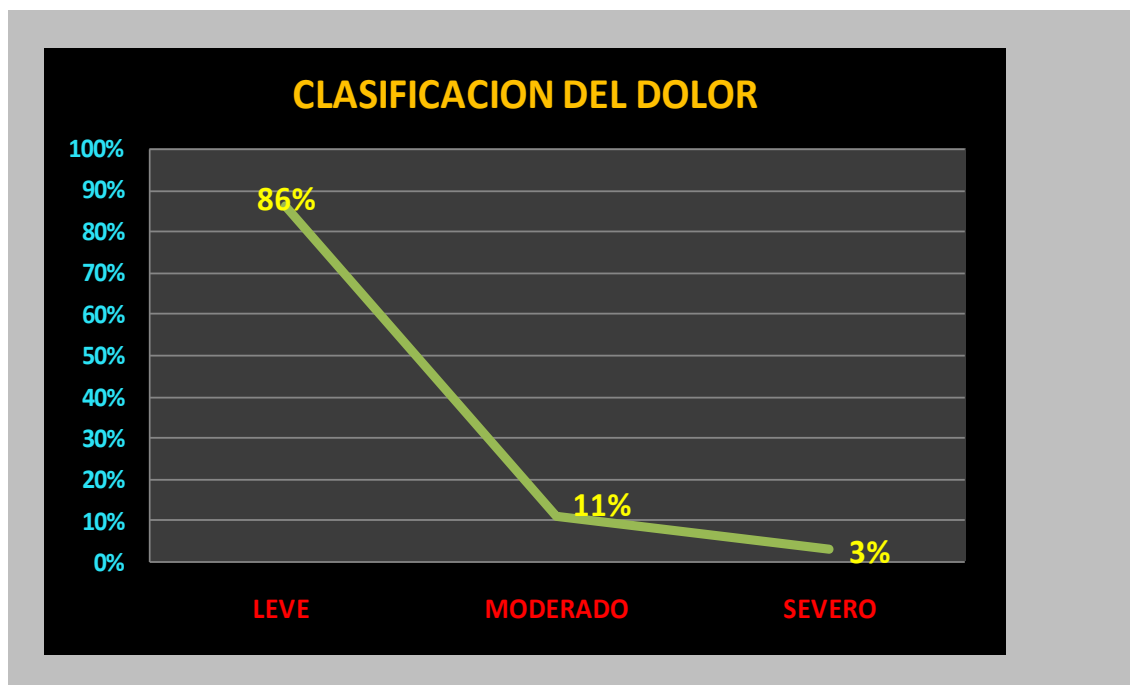
La CPRE fue diagnóstica y terapéutica en un 72%, Normal en un 23% y fallida únicamente en 4% (Gráfica 8).

9. Complicaciones.



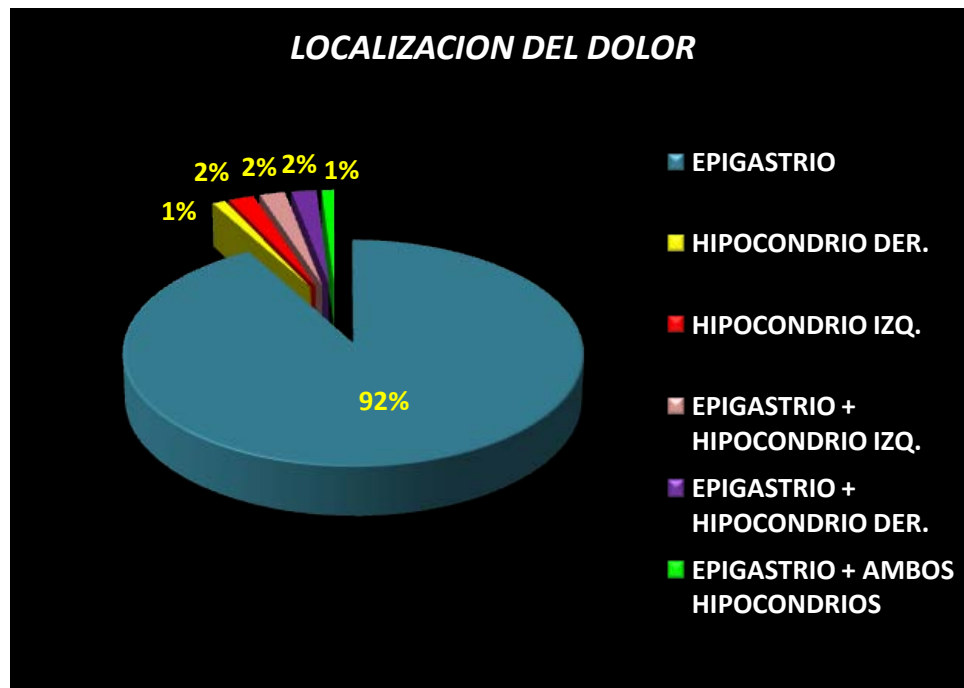
Se presentó 1 complicación (1%) que fue el caso de una pancreatitis. Con hallazgo de Hiperamilasemia asintomática en un 6% y sin alteraciones en un 93% (Gráfica 9).

10. Clasificación del dolor.



Dolor post-CPRE leve 3%, Dolor moderado 11% y en un 86% se reportó con dolor leve referido como molestias (Gráfica 10).

11. Localización del dolor.



La localización del dolor se presentó en un 92% a nivel de epigastrio. Muy pocos pacientes presentaron dolor con irradiaciones 2% y el menor porcentaje fue para los pacientes que presentaron dolor a nivel del Hipocondrio derecho 1% (Gráfica 11).

CONCLUSIONES.

En el trabajo se muestra la alta eficacia de la CPRE en un Hospital de 2º.Nivel (96%), superior a la casuística reportada en series anteriormente publicadas¹⁴.

En el estudio, casi 2/3 de los pacientes que se realizaron CPRE pertenecían al sexo femenino, la mayoría de ellos asociados con litiasis biliar, esto se debe a la alta frecuencia reportada de grupos etáreos mayores de 40 años del sexo femenino con esta entidad y que se corresponde en el país con lo publicado sobre la enfermedad litiásica biliar^{15 16}. La ictericia de origen obstructivo (94%) es la principal causa de indicaciones de CPRE, ocasionada con frecuencia de litiasis biliar en el sexo femenino.

La indicación de CPRE a causa fuga biliar postquirúrgica se presentó en un 6% de todos los casos, esta indicación fue posterior a la realización de colecistectomías laparoscópicas, ya que ante la duda de la lesión de la vía biliar por presencia de conductos aberrantes, tortuosos o con diferentes posiciones anatómicas se decide indicar la realización de la CPRE, para así disminuir la presión del colédoco, por medio de la papiloesfinterotomía, logrando así en todos los paciente una importante mejoría clínica, remisión completa de la fuga y sobre todo disminuir el rango de estancia hospitalaria¹⁷.

La papiloesfinterotomía fue la técnica quirúrgica básica en la terapéutica de de las enfermedades de la esfera biliopancreática en un 69%¹⁸. La extracción de cálculos de la vía biliar, la colocación de endoprótesis en las estenosis malignas por proceso neoplásico necesitan de un espacio para el paso del instrumental con el fin de resolver el daño encontrado. Por ello es que a través de este, podemos realizar diversos procedimientos terapéuticos en un solo paciente, por ejemplo de ello es, papiloesfinterotomía – barrido con balón – colocación de endoprótesis, con un mínimo

de molestias para el paciente, una disminución de la morbilidad así como de la mortalidad y con disminución notable de las complicaciones ¹⁹.

Esta serie tuvo solamente 1 complicaciones caracterizándose por pancreatitis leve (1%), muy debajo de lo reportado por diferentes especialistas²⁰, resolviéndose la complicación sin incrementar la morbilidad del paciente. No hubo fallecidos.

Se considera que la CPRE en la actualidad es la técnica de gran utilidad en la solución ictericia de origen obstructivo, que permite no solo el diagnóstico de estas, sino también se considera el gold estándar terapéutico para patologías obstructivas del árbol biliar-pancreático, con un mínimo de riesgo para la vida del enfermo, lo que mejora la calidad de vida en algunos y en otros restablece su salud de forma definitiva, acompañado de un margen pequeño de complicaciones en manos expertas.

ANEXO 1

FICHA DE RECOPIACION DE INFORMACION

IDENTIFICACION:

NOMBRE: _____ EDAD: _____
CEDULA: _____ SEXO: _____
FECHA: _____
DX: _____

CUADRO CLINICO:

ICTERICIA: _____
TIEMPO DE EVOL. DE LA ICTERICIA _____
DOLOR: _____ NAUSEA: _____ EMESIS: _____
FIEBRE: _____ PERDIDA DE PESO: _____

LABORATORIO PRE-CPRE:

LEUCOCITOS: _____ HB: _____ BT: _____ BD: _____ BI: _____ TGO: _____ TGP: _____
FA: _____ DHL: _____ AMILASA: _____ TP: _____ TPT: _____

LABORATORIO POST-CEPRE.

LEUCOCITOS: _____ HB: _____ BT: _____ BD: _____ BI: _____ TGO: _____ TGP: _____
FA: _____ DHL: _____ AMILASA: _____ TP: _____ TPT: _____

CPRE:

EIH: _____ FRACASO: _____
POR QUE?: _____
DIAGNOSTICA _____ TERAPEUTICA _____

COMPLICACIONES: _____ CUAL: _____
TRATAMIENTO DEFINITIVO: _____
REQUIRIO OTRO PROCEDIMIENTO POST CEPRE: _____
MOTIVO DEL EGRESO: _____

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Hinze Re, Alder A, Veltzere W. et. Al Clinical significance of magnetic resonante cholangiopancreatography (MRCP) compared to endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). Endoscopy 1997; 29: 182-7

² Ciocirlan M, Ponchon T. Diagnostic endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Endoscopy. 2004; 35(2): 137-46.

³ Ponsky JL, Heniford BT, Gersin K. Choledocholithiasis: evolving intraoperative strategies. Am Surg 2000; 66: 262- 8. (1)

⁴ L. Martin Herrera. Lugar de la CPRE en a cirugía Biliar actual. VII simposium sobre tratamiento actual de las enfermedades digestivas. Servicio de aparato digestivo. Hospital Universitario Puerta del Mar.

⁵ Cotton PB, Baillie J, Pappas TN, et al. Laparoscopic cholecystectomy and the biliary endoscopist. Gastrointest Endosc 1991; 37: 94-7.

⁶ Soto Ja, Barish Ma, Yucel Ek, et. Al. Magnetic resonance cholangiography. Gastroenterology 1996 ; 110 : 589-97.

⁷ Tham TCK, Collins JSA, Watson RGP, et al. Diagnosis of comun bile duct stones by intravenous cholangiography: prediction by ultrasound and liver function tests

compared with endoscopic retrograde cholangiography. *Gastrointest Endosc* 1996; 44 1: 58-63.

⁸ Freeman, Nelson Db., Sherman S., et al. Complications of endoscopic biliary sphinterotomy. *N Engle J Med* 1996;335:909- 18

⁹ Cotton PB, Williams CB. En *Practical gastrointestinal endoscopy*. 2da ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1992:62-97.

¹⁰ Pérez E, García, Sobrino, Abdo Tratamiento de La coledocolitiasis en El Hospital General de México, SS. *Rev. Gastroenterology Mex* 1991; 56(3): 191-196.

¹¹ Freeman ML, DiSario JA, Natson DB, Fennerly MB, Lee JB, Biorkman DJ, et al. Risk Factors for post-ERCP pancreatitis: a prospective, multicenter study. *Gastrointest Endosc*. 2001; 54(4): 425-34.

¹² Vandervoord J, Soetikno RM, Tham TC, Wong RC, Ferrari AP, Montes H, et al. Risk Factors for complications after performance of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2002; 56 (5): 652-56

¹³ Demartines N, Eisner L, Schnabel K, Fried R, Zuber M, Harder F. Evaluation of magnetic resonance cholangiography in the management of bile duct stones. *Arch Surg* 2000;135:148-52

¹⁴ Kowalski T, Kanchana T., Pungpapong S. Perceptions of gastroenterology fellows regarding CPRE competency and training. *Gastroint Endosc.* 2003; 58 (3): 345-9.

¹⁵ Strasberg S. Laparoscopic Biliary Surgery. *Gastroenterology Clin. North. Am.* 1999; 28(1): 117-29.

¹⁶ Howard DE, Fromm H. Nonsurgical management of gallstone disease. *Gastroenterology Clin North Am.* 1999; 28(1): 133-40.

¹⁷ Prat F, Pelletier G, Ponchon T. What role can endoscopy play in the management of biliary complications after laparoscopic cholecystectomy. *Endoscopy* 1997; 29: 341-8.

¹⁸ Venu RP., Geen JE. Ampullary pathology. En: Barkin JS, Rogers Al. *Difficult decisions in digestive disease.* 1994. 2 ed. St. Louis: Mosby-Year Book; 1994; 2215-224.

¹⁹ Johansson JF. Quality assessment of ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2002; 56 (2): 165-9.

²⁰ Freeman ML., Nelson DB, Sherman S. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy. *N. Engl. J. Med.* 1996; 335: 909-18.