

FALLA DE ...

11209  
2 y 73



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales  
para los Trabajadores del Estado  
Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez"

**LESIONES IATROGENICAS DE  
VIAS BILIARES**

**TESIS DE POSTGRADO**

Que para obtener el título de:  
**ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL**

Presenta el Doctor:

**Marco Antonio Villalobos Berna**

Director de Tesis: Dr. Felipe Huerta López

México, D. F.

Febrero 1986





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 está 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.

## INDICE

1.- Anatomía .....	pag.	1
2.- Problema .....	"	4
3.- Hipótesis .....	"	6
4.- Antecedentes .....	"	7
5.- Objetivos .....	"	8
6.- Justificación .....	"	9
7.- Diseño .....	"	10
8.- Aspectos éticos .....	"	11
9.- Material y métodos .....	"	12
10.- Resultados .....	"	13
11.- Conclusiones .....	"	21
12.- Bibliografía .....	"	23

## ANATOMIA.

Los canalículos biliares son el inicio de las vías de excreción de la bilis, drenando su contenido a los conductos intrahepáticos principales, que darán origen a conductos de mayor diámetro, 4, y estos a su vez drenan su contenido en 2 conductos mayores, que son el conducto hepático derecho y el conducto hepático izquierdo. Posteriormente la bilis recorre el conducto hepático común, y pasando por el conducto cístico se almacena en la vesícula biliar, en el momento oportuno regresa por este mismo conducto para llegar al conducto colédoco y por último a duodeno, mecanismo regulado por el esfínter de Oddi (8,9).

### Vesícula biliar:

Tiene alrededor de 10 cms. de longitud y de 3 a 5 cms. de diámetro, se encuentra unida a la superficie inferior de los lóbulos derecho y cuadrado del hígado, está cubierta por peritoneo que se continúa en la superficie hepática. Anatómicamente consta de 4 partes: a) fondo; es la parte que rebasa el borde hepático, b) cuerpo; se pone en contacto con el duodeno y colon, c) infundíbulo o bolsa de Hartmann; que es un abombamiento hacia el cístico y d) cuello; este se encuentra entre el cuerpo y el conducto cístico. La vesícula biliar está formada por una capa mucosa, una capa muscular, una capa subserosa y una capa serosa. Está irrigada por la arteria cística, se origina de la arteria hepática derecha. Se divide en una rama anterior y en otra posterior, estas se comunican entre sí por puentes. El 20% de los casos la arteria cística surge de la arteria hepática de

recha por fuera del triángulo de Callot, de la arteria hepática mediana o izquierda, o incluso de la arteria hepática. Algunas veces nace de la arteria gastroduodenal o del tronco celiaco, - siendo caudal del conducto cístico. "En un 25% existen las arterias císticas dobles. El número posible de variaciones es grande, y su incidencia notable" (15,16).

#### Conducto cístico:

Une a la vesícula biliar con los conductos extrahepáticos, hepático común y colédoco. Variable su longitud pero de pocos - centímetros, en su primera porción es tortuoso y liso en su porción final. En su luz se encuentran las válvulas de Heister, -- que son producto de duplicaciones mucosas, tienen participación fisiológica al regular el llenado y vaciamiento de la vesícula.

#### Conductos hepáticos derecho e izquierdo:

Surgen del hígado y se unen para formar el conducto hepático común, mide 2-3 cms. de longitud, y al unirse con el conducto cístico forman el conducto colédoco.

#### Conducto colédoco:

Con una longitud de 10-15 cms. y diámetro luminal de 2-3 mm. Se localiza entre la unión del conducto cístico y hepático-común, y la segunda porción del duodeno. Se divide en 4 secciones: a) supraduodenal, b) retroduodenal, c) intrapancreática o infraduodenal y d) intraparietal o intraduodenal. Desciende por el epiplón menor, pasa por detrás del duodeno, atraviesa el páncreas, cabeza, de adentro afuera, y por último desemboca en la-

pared interna del duodeno.

**Ampolla hepatopancreática de Vater:**

Se forma en la segunda porción del duodeno, donde se abren el conducto colédoco y el conducto pancreático principal o de *Wirsung*. La carúncula mayor, que se sitúa en la cara medial entre los pliegues circulares del intestino, tiene un pliegue longitudinal, constituye la unión coledocoduodenal. A menudo se encuentra la carúncula menor por arriba de la carúncula mayor, -- donde el conducto accesorio o de Santorini vacía su contenido. El esfínter de Oddi rodea el colédoco desde su entrada en el canal duodenal, hasta la unión con el conducto pancreático.

**Variaciones de los conductos biliares:**

Cuando se opera sobre las vías biliares, es importante la disección anatómica, a causa de las variaciones anatómicas, que son comunes y pasan inadvertidas (15), dentro de éstas podemos encontrar:

- Conducto cístico largo con unión baja con el hepático.
- Conducto cístico con adherencias al conducto hepático.
- Conducto cístico corto con unión alta con el hepático.
- Conducto cístico corto o ausente.
- Conducto cístico anterior y en espiral.
- Conducto cístico posterior y en espiral.
- Conducto cístico de mayor diámetro que el colédoco.
- Conducto cístico doble.
- Conducto cístico con nacimiento en el cpo. vesicular.
- Conducto colédoco adherido a vesícula biliar.
- Conducto colédoco posterior a la vesícula biliar.

## PROBLEMA.

Hoy en día los procedimientos quirúrgicos de vesícula y vías biliares como tratamiento definitivo o paliativo de las enfermedades de dichos órganos, alcanza una frecuencia muy alta en las unidades médico-quirúrgicas, siendo la colecistectomía la operación programada más practicada en el aparato digestivo. Por lo que se deriva una condición "sin equanon" que el cirujano conozca y tenga experiencia en la anatomía quirúrgica y sus variantes anatómicas, primarias o secundarias, de vesícula biliar, conductos biliares y arterias nutrientes correspondientes.

Sin embargo y sin duda alguna, la complicación más temida de la colecistectomía o de la exploración de vías biliares es la lesión iatrogénica del sistema ductal, específicamente la sección completa o parcial, ligadura inadvertida que provoque oclusión temprana o tardía del drenaje biliar, o alguna maniobra operatoria que lesione el mecanismo de drenaje, tal sería la fibrosis del esfínter de Oddi.

Las complicaciones que siguen en importancia a las ya mencionadas son la litiasis residual de colédoco, que puede pasar inadvertida o desencadenarse por estenosis benigna distal de colédoco, también no advertida.

Le sigue en frecuencia la hemorragia poscolecistectomía, causada por mala técnica en la ligadura de la arteria cística o por defectuosa hemostasis en el lecho vesicular.

Existen otras complicaciones, afortunadamente raras en nuestro medio, como el biliperitoneo secundario a colecistecto-

mía, causada por mala técnica en la ligadura del conducto cístico, o por punciones repetidas del conducto hepato-colédoco.

En las revisiones de las series americanas la frecuencia de lesión del conducto biliar es de 0.5% (2,6,14), dando como resultado complicaciones transoperatorias, posoperatorias inmediatas, mediatas y tardías, repercutiendo en la morbi-mortalidad del paciente.

## HIPOTESIS.

La lesión iatrogénica de algún conducto biliar, específicamente la sección parcial, total o ligadura accidental, se deriva de variaciones anatómicas que están fuera de nuestros conocimientos, alteraciones morfológicas que no reconocemos, secundarias a enfermedad adyacente, sumado a inexperiencia del cirujano o a un "rápido" cirujano, trae por consiguiente la temida lesión, en algunos casos reconocida inmediatamente y en otros en forma tardía.

De igual manera puede suceder que el cirujano no conozca los pasos fundamentales en la exploración de vías biliares, -- omitiendo alguno de ellos, no realizándolos adecuadamente o -- simplemente los desconoce, dando como resultado la falta de extracción de uno o varios cálculos intraluminales, el no reconocimiento de un esfínter estenótico o la realización de alguna maniobra innecesaria que lesione el tercio distal del colédoco produciéndose en forma secundaria estenosis.

La falta de experiencia o teoría previa puede desencadenar que las técnicas quirúrgicas las modifiquemos sin base, -- predisponiendo al enfermo a sufrir alteraciones homeostáticas y retardando su evolución posoperatoria, tal es el ejemplo de la mala técnica de hemostasis del lecho vesicular o de la ligadura de la arteria cística.

Existen otras complicaciones derivadas de la falta de conocimientos y/o ausencia de experiencia, que no se trataron en el presente trabajo por su baja frecuencia.

#### ANTECEDENTES.

Aproximadamente del 0.5 al 1% de los enfermos que son intervenidos quirúrgicamente de colecistectomía y/o exploración de vías biliares, sufren lesión iatrogénica según las series -- americanas revisadas (11,12), este porcentaje varía de acuerdo a la lesión específica, siendo el más bajo para la sección de algún conducto biliar, y el más alto, según Glenn, para la litiasis residual con 1.1%.

Estas series americanas señalan otros tipos de complicaciones, comunes para ellos pero raras en nuestro medio, tales son:

- a) Muñón cístico residual.
- b) Papilitis.
- c) Pancreatitis.
- d) Síndrome poscolecistectomía ???

Teniendo una frecuencia tal alta del 2.4 y 5% para pancreatitis y síndrome poscolecistectomía respectivamente (5,7,13).

En nuestro medio las complicaciones más comunes se refieren a:

- a) Sección coledociana.
- b) Litiasis residual.
- c) Hemorragia poscolecistectomía.

El presente trabajo se encaminó a estudiar este tipo de lesiones y a detectar algún otro no frecuente para nosotros.

OBJETIVOS.

Se encaminana;

- Conocer la causa o causas que originan las lesiones de -  
vias biliares.
  
- Obtener el porcentaje de lesiones en nuestro hospital.
  
- Erradicar las causas predisponentes y causales.
  
- Orientar a los futuros cirujanos sobre los puntos ante--  
riores.
  
- Ofrecer a nuestros pacientes un mejor pronóstico en cuanto  
to a función y calidad de vida.

JUSTIFICACION.

- Ningún cirujano está exento de lesionar en alguna ocasión las vías biliares, aún los mejores, por lo que se justifica y obliga a reconocer y evitar las posibles causas que la originan.

- En nuestro hospital tenemos antecedentes de lesión de vías biliares, no conociendo la casuística, causa que la ocasionó y en algunos casos desconociendo su evolución a largo plazo.

- En nuestra unidad médica se efectúan un número considerable de intervenciones quirúrgicas de vesícula y vías biliares, a la par de otras unidades de la misma Institución y como de otras Instituciones.

Siendo interesante considerar los puntos anteriores, y más interesante lograr los objetivos.

DISEÑO.

Se efectuó una revisión de los años quirúrgicos comprendidos entre 1979 y 1983, de los expedientes de enfermos que fueron operados de vesícula biliar y/o vías biliares, con la característica de ser:

- a) Observacional.
- b) Transversal.
- c) Retrospectiva.
- d) Descriptiva.
- e) A ciegas.

Llevando los siguientes criterios de inclusión:

- a) Ser pacientes del H.G. Dr. Fernando Quiróz Gutierrez.
- b) Haber sido operados por cirujanos y/o residentes de --- nuestro hospital.
- c) Haber sido operados de vesícula y/o vías biliares, no --- interesando el tipo de procedimiento quirúrgico.
- d) Pacientes operados en otra unidad médica, pero que re--- quirieron reintervención quirúrgica de vías biliares.

El criterio de exclusión fue:

- a) Pacientes operados en otra unidad médica, pero atendi--- dos médicamente en la nuestra (17).

## ASPECTOS ETICOS.

Todo paciente que es sometido a tratamiento quirúrgico es etiquetado con un riesgo, dado por los especialistas que lo valoraron en el preoperatorio, este aumentará o disminuirá de acuerdo a su edad, estado nutricional, enfermedad de base y tiempo de evolución, estado del sistema cardiovascular y aparato respiratorio, a la presencia o ausencia de enfermedad metabólica, etc, etc.

Existe otro riesgo que no se etiqueta, no se valora y que en muchas ocasiones no se percibe, es la habilidad, experiencia y conocimientos del cirujano.

Desde luego que en los hospitales-escuela, como el nuestro, el futuro cirujano, que es el residente, está obligado a documentarse, a dialogar con sus maestros y a poner en práctica sus conocimientos, en un principio asesorado SIEMPRE por otro médico cirujano con mayor experiencia. Es fundamental que el cirujano sea honesto con sí mismo y conozca sus limitaciones, apoyándose siempre en médicos cirujanos capacitados, esto ayudará a obtener conocimientos, habilidad y experiencia, pero sobre todo a NO LESIONAR. Por consiguiente en los hospitales-escuela los enfermos no serán "conejillos de India", serán pacientes a los que se les ofrezca seguridad en su tratamiento, calidad de medicina y lo mejor de nosotros mismos.

## MATERIAL Y METODOS.

Se realizó una revisión retrospectiva de los expedientes - quirúrgicos de enfermos operados de vesícula biliar y/o vías biliares, comprendidos entre los años de 1979 y 1983. Los datos - recolectados incluyeron: nombre, edad, sexo, No. de expediente, diagnóstico preoperatorio, tipo de operación, diagnóstico posoperatorio, la presencia de lesión iatrogénica previa o transoperatoria y tipo de resolución.

Los pacientes operados en otras unidades médicas con daño de vías biliares y que ameritaron tratamiento quirúrgico en -- nuestra unidad, no contaron para el porcentaje de lesiones iatrogénicas de nuestra serie, pero si para el porcentaje de pacientes intervenidos.

En todos los pacientes se estudió su evolución inmediata y mediata. Las complicaciones tales como infección de la herida - quirúrgica, dehiscencia o evisceración no se tomaron en cuenta para el estudio, ya que estas son relativamente comunes para -- cualquier tipo de operación de cavidad abdominal.

Se obtuvo el porcentaje global de lesiones iatrogénicas y el porcentaje específico. Se compararon los diagnósticos preoperatorios, con los diagnósticos posoperatorios, y se obtuvieron los diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos.

## RESULTADOS.

Entre los años de 1979 y 1983 se operaron a 630 pacientes de vesícula y/o vías biliares, 530, 84.12%, fueron del sexo femenino y 100, 15.87%, del sexo masculino, con una edad mínima de 18 años y edad máxima de 108 años, con media de 44 años.

De estos 630 pacientes, 7 fueron reoperados, 1.11%, por lesión iatrogénica, 5 del sexo femenino y 2 del sexo masculino; - una paciente en 2 ocasiones y 6 en una ocasión, dando un total de 638 operaciones. 2 pacientes más sufrieron lesión iatrogénica de vías biliares que se detectaron en el transoperatorio, reparándose en ese tiempo, dando un total de 9 pacientes iatrogenizados, 1.428%, tabla No. 1.

De los 9 pacientes mencionados:

- 3 sufrieron sección del colédoco, 0.476%.
- 3 sufrieron litiasis residual, 0.476%.
- 2 sufrieron hemorragia poscolecistectomía, 0.317%.
- 1 no se detectó estenosis del ampulla de Vater, 0.159%.

De los 3 pacientes que sufrieron sección del colédoco, una paciente se reoperó en 2 ocasiones, la primera por dehiscencia de la anastomosis termino-terminal de colédoco y la segunda por estenosis de la derivación biliodigestiva. De los 2 pacientes que presentaron hemorragia poscolecistectomía, uno se debió a hemorragia del lecho vesicular y el segundo a mala técnica en la ligadura de la arteria cística, tabla No. 2.

Tabla No. 1

Años		1979	1980	1981	1982	1983		
No. de pac.	Fem.	120	35	108	121	146	= 530	
	Masc.	12	6	24	31	27	= 100	
		total					=	630
No. de operaciones		134	42	134	153	175	= 638	
No. de pac. reoperados	Fem.	1	0	2	1	1	= 5	
	Masc.	0	1	0	0	1	= 2	
		total					=	7
No. de pac. iatrogenizados	Fem.	1	0	2	2	2	= 7	
	Masc.	0	1	0	0	1	= 2	
		total					=	9

Tabla No. 2

Lesiones especifica:	No. de casos
Sección de colédoco -----	3 = 0.476%
Litiasis residual -----	3 = 0.476%
Hemorragia poscolecistectomía -----	2 = 0.317%
No detección estenosis ampula de Vater ---	1 = 0.159%
total	= 9 = 1.428%

523 pacientes tenían el diagnóstico preoperatorio de litiasis vesicular, el diagnóstico posoperatorio de: 44, 8.4%, fue el de coledocolitiasis no detectada clínicamente. 7, 1.33%, píocolecisto. 3, 0.573%, vesícula sana. 7, 1.33%, disquinesia vesicular. 1, 0.191%, pancreatitis crónica. En otro paciente se --- agregó el diagnóstico de lesión displásica, en otro fístula cistogástrica, en otro tumor pancreático, en otro fístula cistocolodociana y en otro absceso hepático, tabla No. 3.

38 pacientes con diagnóstico preoperatorio de coledocolitiasis, presentaron como diagnóstico posoperatorio: 7, 18.42%, litiasis vesicular. 1, 2.6%, cirrosis hepática. 1, 2.6%, textioma. En 2 pacientes se agregó el diagnóstico de CA de vías biliares, y en otro fístula cistocolodociana, tabla No. 4.

17 pacientes con diagnóstico preoperatorio de litiasis residual de colédoco, presentaron diagnóstico posoperatorio: 1, - 5.8%, colédoco sano. 1 neoformación. 1 CA de páncreas y otro -- adenocarcinoma de vías biliares, tabla No. 5.

16 casos con diagnóstico de ictericia obstructiva se confirmaron: 4, 25%, coledocolitiasis. 5, 31.25%, CA de vesícula y/o vías biliares. 2, 12.5%, litiasis vesicular. 2, 12.5%, CA de páncreas. 1, 6.25%, quiste de colédoco. 1 píocolecisto y una fístula cistocolodociana, tabla No. 6.

10 pacientes con diagnóstico preoperatorio de píocolecisto, se detectó en el transoperatorio: un caso, 1%, litiasis vesicular y absceso pancreático. Otro caso de CA de vesícula y un último correspondiente a un colasco, tabla No. 7.

4 enfermos con diagnóstico preoperatorio de CA de vesícula biliar y/o vías biliares, presentaron diagnóstico posoperatorio

en un caso, 25%, cirrosis y en otro CA de páncreas, tabla No.- 8.

5 pacientes que presentaron abdomen agudo, 3, 60%, se debió a piocolecisto. En otro caso, 20%, a pancreatitis secundaria a colelitiasis y en otro caso a litiasis vesicular, tabla No. 9.

Se confirmaron: 2 hidrocolecisto. 3 disquinecia vesiculares. 1 colasco. 4 colecistitis crónicas alitiásicas. 1 pancreatitis secundaria a colelitiasis. 2 hemorragias poscolecistectomias. 1 estenosis del ámpula de Vater. 2 estenosis de colédoco, y una dehiscencia de anastomosis hepatoyeyunal, tabla No.- 10.

Se efectuaron además diagnósticos preoperatorios de: trombosis mesentérica, absceso hepático amibiano, absceso pancreático, oclusión intestinal, fiebre de origen a determinar, pólipos vesicular y colecistitis aguda, teniendo como diagnósticos-posoperatorios: piocolecisto, litiasis vesicular, litiasis vesicular y pancreatitis, oclusión intestinal y litiasis vesicular, vesícula sana y coledocolitiasis respectivamente, tabla No. 11.

T A B L A S   D I A G N O S T I C A S .

Tabla No. 3

Diagnóstico	No. pacientes	%
COLELITIASIS	523 =	100
Diagnóstico acertado posoperatorio	461 =	88.145
Diagnóstico erróneo posoperatorio	62 =	11.854
De estos pacientes los diagnóstico fueron:		
Coledocolitiasis	44 =	8.404
Piocollecisto	7 =	1.337
Disquinesia vesicular	7 =	1.337
Vesícula sana	3 =	.573
Pancreatitis crónica	1 =	.191

Tabla No. 4

Diagnóstico	No. pacientes	%
COLEDOCOLITIASIS	38 =	100
Diagnóstico acertado posoperatorio	29 =	76.315
Diagnóstico erróneo posoperatorio	9 =	23.684
De estos pacientes los diagnósticos fueron:		
Colelitiasis	7 =	18.417
Cirrosis hepática	1 =	2.631
Textiloma	1 =	2.631

Tabla No. 5

Diagnóstico	No. pacientes	%
LITIASIS RESIDUAL	17 =	100
Diagnóstico acertado posoperatorio	13 =	76.470
Diagnóstico erróneo posoperatorio	4 =	23.529
De estos pacientes los diagnósticos fueron:		
Colédoco sano	1 =	5.882
Neoformación	1 =	5.882
CA de páncreas	1 =	5.882
Adenocarcinoma de vías biliares	1 =	5.882

Tabla No. 6

Diagnóstico	No. pacientes	%
<b>ICTERICIA OBSTRUCTIVA</b>		
Diagnóstico acertado posoperatorio	16	= 100
Causas:		
CA de vesícula y/o vías biliares	5	= 31.250
Coledocolitiasis	4	= 25.000
Colelitiasis	2	= 12.500
CA de páncreas	2	= 12.500
Quiste de colédoco	1	= 6.250
Piocolocisto	1	= 6.250
Fístula cisto-coledociana	1	= 6.250

Tabla No. 7

Diagnóstico	No. pacientes	%
<b>PIOCOLECISTO</b>	10	= 100
Diagnóstico acertado posoperatorio	7	= 70
Diagnóstico erróneo posoperatorio	3	= 30
De estos pacientes los diagnósticos fueron:		
Absceso pancreático	1	= 10
CA de vesícula	1	= 10
Colasco	1	= 10

Tabla No. 8

Diagnóstico	No. pacientes	%
<b>CA DE VESICULA Y/O VIAS BILIARES</b>	4	= 100
Diagnóstico acertado posoperatorio	2	= 50
Diagnóstico erróneo posoperatorio	2	= 50
De estos pacientes los diagnósticos fueron:		
Cirrosis hepática	1	= 25
CA de páncreas	1	= 25

- ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Tabla No. 9

Diagnóstico preoperatorio:	No. pacientes
ABDOMEN AGUDO	5
Causas:	
Pícolecisto	3
Pancreatitis aguda secundaria a colelitiasis	1
Colelitiasis	1

Tabla No. 10

MISCELANEA DE DIAGNOSTICOS CONFIRMADOS	No. pacientes
Colecistitis crónica alitiásica	4
Disquinecia vesicular	3
Hidrocolecisto	2
Estenosis de colédoco	2
Hemorragia poscolecistectomía	2
Perforación de vesícula biliar	1
Colasco	1
Pancreatitis secundaria a colecistitis	1
Estenosis del ámpula de Vater	1
Dehiscencia de anastomosis hepato-yeyunal	1
total	= 18

Tabla No. 11

MISCELANEA DE DIAGNOSTICOS ERRONEOS		7 casos
Preoperatorio		Posoperatorio
Trombosis mesentérica	-	Pícolecisto
Absceso hepático	-	Colelitiasis
Absceso pancreático	-	Colelitiasis y pancreatitis
Oclusión intestinal	-	Ocl. intest. y colelitiasis
Fiebre de origen a determ.	-	Tb. peritoneal y colelitiasis
Polipo vesicular	-	Vesícula sana
Colecistitis aguda	-	Coledocolitiasis

Los procedimientos quirúrgicos realizados fueron:

- Colectomías .....	594
- Exploración de vías biliares .....	146
- Coledoscopías .....	49
- Toma de biopsia páncreas y/o hígado .....	7
- Coledoscopías con cierre primario .....	6
- Esfinteroplastias .....	5
- Coledocoyuncoanastomosis termino-lateral .....	4
- Anastomosis termino-terminal de colédoco .....	3
- Gastroyuncoanastomosis .....	2
- Ligadura de arteria cística .....	1
- Hemostasia lecho vesicular .....	1
- Coledocoduodenoanastomosis .....	1
- Extracción de textiloma .....	1
- Cistoyuncoanastomosis .....	1
- Punción absceso hepático .....	1
- Cistoduodenoanastomosis .....	1

En todos los casos en que se realizó coledoscopia, en forma primaria o secundaria, no se reportaron casos de litiasis residual.

CONCLUSIONES.

- La sección de colédoco fue causada por variantes anatómicas y alteraciones morfológicas de este, secundarias a la enfermedad de base, en la que el cirujano confundió el colédoco por el cístico, según el reporte quirúrgico.

- La litiasis residual fue producto de mala técnica en la interpretación de la colangiografía transoperatoria, en la primera operación, ya que a estos pacientes se les practicó y fue reportada como normal.

- En 2 casos las maniobras de hemostasis fallaron, por defectos en la técnica.

- Y en otro caso no se detectó estenosis del ampulla de Vater, de igual manera a mala interpretación de la colangiografía transoperatoria, que fue reportada como normal.

- En todos los casos de lesiones de vías biliares faltó experiencia, tanto en la interpretación anatómica como de las colangiografías.

- Las hemorragias poscolecistectomías revela técnica inadecuada de hemostasis.

- Nuestras lesiones en porcentaje global y específico es menor a los porcentajes reportados en las series americanas.

- No tenemos otro tipo de complicaciones, también reportadas en las series americanas, como muñón residual, pancreatitis poscolecistectomía, papilitis, etc.

- El futuro cirujano jamás deberá confiarse en conocer todas las variantes anatómicas de las vías biliares, se deberá -- asegurar que su técnica es la correcta, y en caso de duda recurrir a cirujanos con mayor experiencia.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aranka, G.V., Sonta, S.J. and Greenlee, H.G. Cholecystectomy in cirrhotic patients: A formidable operation. Am. J. -- Surg. 143:55, 1982.
- 2.- Bismuth, H. and Lazardes, F. Les traumatismes operative de la voie binaire principale. Paris, Masson Editeur, 1981.
- 3.- Charles, P. Pancreatitis por cálculo biliar. Cl. Quirur. NA 4:905, 1981.
- 4.- Frank, M. Aplicaciones quirúrgicas de la esfinteroplastia y la coledocoduodenostomia. Cl. Quirur. NA. 4:891, 1981.
- 5.- Glenn, F. Retained calculi within the biliary ductal system. Ann. Surg. 179:528, 1974.
- 6.- Glenn, F. Iatrogenic injuries to the biliary duct system. - Surg. Gynecol. Obstet. 146:430, 1978.
- 7.- Gregg, J.A. Postcholecystectomy syndrome and its association with ampullary stenosis. Am. J. Surg. 139:374. 1980.
- 8.- Healey, J.E. and Schoray, P.C. Anatomy of the biliary ducts within the human liver: Analysis of the prevailing of branchings and the major variations of the biliary ducts. Arch. Surg. 66:599, 1953.
- 9.- Hjortsjo, CH. The topography of the intrehatic duct systems. Acta Anat. 11:599, 1951.
- 10.- Kappes, S.K., Adams, M.B. and Wilson, S.D. Intraoperative - biliary endoscopy. Arch. Surg. 117:603, 1982.
- 11.- Lawrence, W. y Robin, A. Estrechex biliar. Cl. Quirur. NA.- 4:945, 1981.

- 12.- Lygidakis, N.J. Operative risk factors of cholecystectomy--choledochotomy in the elderly. Surg. Gynecol. Obstet. 157:15, 1983.
- 13.- McSherry, C. and Glenn, F. The incidence and causes of ---- death following surgery for non malignant biliary tract disease. Ann. Surg. 191:271, 1980.
- 14.- Mitchell, L.H. and Larry, C.C. Complicaciones de la colecistectomía. Cl. Quirur. NA. 6:1189, 1983.
- 15.- Netter, H.F., Sistema digestivo. Hígado, vías biliares y -- páncreas. III/3:14 Salvat Editores, México 1983.
- 16.- Quiróz, F., Anatomía humana. 197. Editorial Porrúa. México-1972.
- 17.- Valdés, R.S., Schesfler, L. y cols. Apuntes de Metodología de la Investigación. Curso, 1985.
- 18.- Valencia, J.J., Romero, F., Torres, F. La fibroendoscopia de las vías biliares. Experiencia en 100 casos. Cirugía y Cirujanos. 49:97, 1981.
- 19.- Valencia, J.J., Romero, F., Torres, F. y cols. Colangioscopia con aparato flexible. Cirugía y Cirujanos. 51:397, ---1983.
- 20.- Vargas, R. Cierre primario de colédoco. Coledocorrafia racional. Tesis de postgrado. 1985.