

11209
15
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

I. S. S. S. T. E.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
HOSPITAL REGIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

"REINTERVENCIONES EN CIRUGIA DE VIAS BILIARES"

TESIS RECEPCIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DR. ARNULFO ALEJANDRO CASTILLO CABALLERO



ISSSTE

MEXICO, D. F.

FALLA DE ORIGEN

1990



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS GENERALES	3
OBJETIVOS ESPECIFICOS	4
DESCRIPCION GENERAL DEL TRABAJO	5
HISTORIA	6
ANATOMIA	7
FISIOPATOLOGIA	11
JUSTIFICACION Y OBJETIVOS	12
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS	17
Edad y sexo	17
Estancia Hospitalaria	18
Antecedentes de Medicamentos	19
Sfntomas y Signos	21
Exploración Física	21
Laboratorio	23
Diagnóstico	24
Tratamiento Quirúrgico	25
DISCUSION	29
Morbilidad y Mortalidad	29
Etiologfa	30
Diagnóstico	31
Factores de Riesgo	32
Tratamiento	33
Técnicas Quirúrgicas	35
CONCLUSIONES	38
RESUMEN	44
BIBLIOGRAFIA	46

INTRODUCCION :

La cirugía de las vías biliares constituye gran parte del trabajo de todo cirujano general. Se puede afirmar que, generalmente el diagnóstico es bastante preciso, que casi nunca es difícil determinar si es necesario o no la operación y que el cirujano no suele enfrentarse a problemas técnicos que pongan en peligro la vida o la salud del paciente. Por estas razones, a la mayoría de los enfermos sometidos a este tipo de cirugía se les interviene con éxito y quedan aliviados de sus molestias. Sin embargo, hay excepciones, y si se produce un accidente durante la operación (sea de la vesícula o de las vías biliares), o si la etiología es médica más que quirúrgica, es probable que el episodio no constituya una molestia sin importancia para el paciente, sino una catástrofe que ponga en peligro su vida. Los riesgos no son tan sólo los que entraña la técnica quirúrgica, como lo es la tal conocida posibilidad de lesionar el colédoco durante la colecistectomía; hay que incluir entre ellos los peligros inherentes a la inherentes a la deficiente evaluación clínica o al diagnóstico incorrecto, los cuales pueden conducir a que, por ejemplo, el cirujano esté buscando un cálculo en el colédoco de un paciente icterico en grave estado y descubra que sufre necrosis hepática.

Los malos resultados de la cirugía de las vías biliares pueden acarrear la muerte del paciente o privarle en adelante

de la salud. En este último caso, no se mejora la situación por el solo hecho de invocar el término -síndrome poscolecistectomía-. Tampoco se debería suponer a la ligera que son infrecuentes los trastornos funcionales del sistema biliar carentes de patología orgánica concomitante. Los fracasos de la cirugía biliar se deben de ordinario a una de las tres causas siguientes :

1.- La operación no estaba indicada; por ejemplo, la --colecistectomía por -colecistitis- no litiasica, el origen de cuyos síntomas puede ser una hernia del hiato, una úlcera duodenal, la diverticulitis cólica o la infidelidad del esposo.

2.- La operación no ha sido completa; por ejemplo, cuando se practica colecistectomía a causa de colecistitis litiasica, pero se dejan cálculos en el colédoco .

3.- La intervención no se ha efectuado de modo correcto; por ejemplo, cuando se ha lesionado el conducto hepático común, con la consiguiente estenosis.

Uno de los objetivos que se propone este estudio de la -cirugía de la vesícula y de las vías biliares es sugerir en --muchos capítulos dónde radican los riesgos, con el propósito -de reducir al mínimo las ocasiones en que es posible que el --cirujano deba hacer frente a lo inesperado. El peligro previsto puede evitarse casi siempre. En la inmensa mayoría de los -casos, las catástrofes de la cirugía de las vías biliares ocurren porque ni siquiera se pensó en la posibilidad de que ocurrieran.

OBJETIVOS GENERALES :

- 1.- Protocolizar un manejo actualizado de abordaje diagnóstico y terapéutico de las colecistopatías más frecuentes que se manejan en el servicio de cirugía general .
- 2.- Aplicar los medios de diagnóstico y tratamiento idóneos disponibles en nuestro hospital, para que repercuta en una mejor atención médica .
- 3.- Seleccionar los últimos avances terapéuticos útiles, -- adaptables al servicio, para seguir en la vanguardia -- del manejo quirúrgico mundial.
- 4.- Formación de escuela de enseñanza que se prolongue ver ticalmente en la atención propia del instituto al dere chohabiente .
- 5.- En forma global mejorar la atención médica proporciona da en nuestro servicio y que distinga a la institución.

OBJETIVOS ESPECIFICOS :

- 1.- Efectuar un manejo homogéneo sobre las reintervenciones en cirugía de vías biliares, que se presentan en nuestro servicio y las que se manejan en otros hospitales, con el apoyo de nuestros médicos adscritos.
- 2.- Minimizar el tiempo y recursos humanos y técnicos -- empleados en la atención al derechohabiente, llevando un manejo bien dirigido .
- 3.- Mantener en actualización médica, la atención adecuada y proporcionada al derechohabiente .
- 4.- Formar un antecedente general, para la realización particular de nuevos trabajos de investigación .
- 5.- En forma concreta realizar una correlación clínico-patológica, con el manejo ideal recabado de la experiencia del servicio de cirugía general, otros servicios quirúrgicos del instituto y apoyo bibliográfico actualizado .

DESCRIPCION GENERAL DEL TRABAJO :

- 1.- Se revisa las reintervenciones en cirugía de vías biliares con la finalidad de no caer en errores técnicos y humanos .
- 2.- Se efectúa un análisis de las reintervenciones más frecuentes de la vía biliar, dentro de nuestro servicio y foraneos .
- 3.- Se propone una investigación inicial de cada una de las reintervenciones mediante una descripción útil dentro de un marco teórico y práctico del manejo, diagnóstico y terapéutico .
- 4.- Se efectuó una extensa revisión bibliográfica, consulta con médicos adscritos de servicio quirúrgicos del hospital y realización de sesiones académicas .
- 5.- Transcripción de las revisiones efectuadas con conclusiones y discusiones .

HISTORIA :

La CCL es una patología descrita desde los Egipcios - - (1085-945 A.C.) siendo la primera descripción detallada en el siglo XVI por Alexander Trallianus. La primera colecistectomía fue realizada por Carl Von Langenbuch en Berlín en Junio de 1882 .

El doctor Charcot en 1877 describe la colangitis aguda como una infección grave de las vías biliares, que sin tratamiento inmediato cursan con una mortalidad de casi el 100%, - notó esta enfermedad y la asoció a la triada clínica de dolor, fiebre e ictericia, Leonard Rogers en 1903 sugirió el primer tratamiento quirúrgico inmediato a esta patología e inserto - un tubo de vidrio a la vía biliar .

En 1959 los doctores Reynolds y Dargal observaron que la sepsis grave de estos pacientes conducía a shock y depresión mental denominada posteriormente pentada de Reynolds no existe acuerdo de cual es el mecanismo de infección biliar, se ha propuesto vías ascendentes, venosas portales, linfáticas y arteriales; sin embargo no se puede actualmente asegurar el mecanismo de infección, ni el momento de producir la enfermedad clínicamente manifiesta, ya que aproximadamente-- 70% de las vías con litiasis y hasta el 20% de las normales cursan con bacteriemia.

1.1. ANATOMIA .

SISTEMA BILIAR EXTRAHEPÁTICO :

Vesícula . -

La vesícula biliar es una bolsa en forma de pera, de unos 7 cm. de longitud y con una capacidad de unos 30-50 ml.- Su parte principal es el cuerpo, que se adhiere a la fosa o lecho de la vesícula situada en la superficie visceral del hígado, entre los lóbulos anatómicos cuadrado y derecho. Su extremo inferior forma un ensanchamiento, el fondo vesicular, - que puede sobresalir o no por debajo del borde inferior del hígado en la zona del IX cartílago costal derecho, donde el borde externo de la vaina de los rectos entra en contacto con el reborde costal. En su extremo superior el cuerpo se estrecha y forma el cuello, que a su vez se prolonga en el conducto cístico. La vesícula está cubierta por el peritoneo, excepto en la zona en que entra en contacto con el tejido hepático de la fosa vesicular .

CONDUCTOS HEPÁTICOS :

Los conductos biliares intrahepáticos de los dos segmentos del lóbulo izquierdo se unen para formar el conducto hepático izquierdo, el cual abandona el tejido hepático por el extremo izquierdo del hilio. Los conductos procedentes de los dos segmentos del lóbulo derecho suelen unirse de modo parecido para formar el conducto hepático derecho.

A continuación los conductos hepáticos derecho e izquierdo - se unen a 1-2 cm por debajo del hilio y forman el conducto - hepático común que mide de 2-4 cm. de longitud y de unos 8mm de diámetro interior, se encuentra en el borde libre derecho del epiplón menor, hacia la derecha, por delante de la vena- porta y tiene a su izquierda la arteria hepática propia. La rama derecha de la arteria hepática suele pasar por detrás-- del conducto hepático común .

CONDUCTO CISTICO :

El conducto cístico es la prolongación del cuello de - la vesícula biliar; suele medir unos 4 cm. de longitud y su diámetro interior es de unos 2-3 mm. Asciende y se dirige a la izquierda hasta desembocar en el conducto hepático común, a unos 3 cm. por debajo del hilio y 1 cm. por encima del --- duodeno, formando así el colédoco. La arteria cística (de la rama derecha de la hepática) suele acompañar por detrás al - conducto cístico y se encuentra en el triángulo limitado por los conductos hepático común y cístico y el hígado (triángu- lo de Calot) .

COLEDOCO :

El colédoco mide unos 7-8 cm. de longitud y 0.8 cm. o más de diámetro interior. Es útil describirlo dividido en - tres partes cada una de las cuales mide unos 2.5 cm., que --

pueden denominarse supraduodenal localizado en el borde libre derecho del epiplón menor, y tiene la vena porta por detrás y la arteria hepática a su izquierda. En esta zona el epiplón menor forma el límite anterior del orificio epiploico o foramen de Winslow .

La porción retroduodenal tras abandonar su envoltura peritoneal, el colédoco desciende por detrás de la primera porción del duodeno, la vena cava inferior se sitúa por detrás suyo y la arteria gastroduodenal y la vena porta a su izquierda . La porción paraduodenal, gira a la derecha y se aproxima a la segunda porción, por detrás del tejido de la cabeza pancreática. En la parte baja de este trayecto el colédoco puede situarse en un canal existente entre el duodeno y el páncreas, el diámetro de su luz se reduce, debido al aumento de grosor de la pared causado por las fibras musculares (esfínter de Oddi). A esta altura la vena renal derecha se encuentra por detrás del colédoco .

La porción intraduodenal, el colédoco perfora la pared posteromedial de la segunda porción del duodeno, transcurre por ella a lo largo de unos mm, suele unirse al conducto pancreático en la ampolla de Vater que desemboca en la luz intestinal sobre una papila situada en la pared posteromedial del duodeno, a 8-10 cm. del píloro .

IRRIGACION SANGUINEA :

Los diversos conductos hepáticos reciben sangre arterial procedente de la arteria hepática contigua y de sus ramas. El Colédoco la recibe de la arteria cística, de la misma arteria gastroduodenal, junto con la procedente de un vaso retroportal que nace del tronco celiaco o de la arteria mesentérica superior y pasa por detrás de la vena porta y de la cabeza del páncreas hasta llegar a la porción supraduodenal del colédoco (Northover y Terblanche, 1979). Las venas, a su vez, desembocan en los vasos portales adyacentes .

La irrigación principal de la vesícula procede de la arteria cística, junto con un pequeño aporte que tiene su origen en la fosa vesicular o cística. El drenaje venoso es inverso a la irrigación arterial; se efectúa sobre todo por vasos que pasan directamente a la fosa vesicular y sólo raras veces lo complementan pequeñas venas por lo común dos o más, casi nunca una sola que acompañan a la arteria cística y efectúan su drenaje en la rama derecha de la vena porta .

DRENAJE LINFATICO :

Desde los conductos hepáticos, la vesícula biliar y el extremo superior del colédoco, los vasos linfáticos transportan la linfa a los ganglios hepáticos y al ganglio del lado anterior del orificio epiploico.

FISIOPATOLOGIA :

La fisiopatología de todas estas entidades tienen como común denominador los litos, estos se forman por un desequilibrio en el triángulo de Admirand-Small, en él se incluyen como factores primordiales a las sales biliares, la lecitina, y el colesterol. Por su contenido puede ser de colesterol, pigmentos o mixtos. La patología aguda se presenta clínicamente cuando posterior a un estímulo vesicular (por colecistquinina) un cálculo es impulsado al cístico lo ocluye provocando dificultad del vaciamiento biliar, esto lleva a edema alrededor del cálculo en el sitio, la producción de moco intravesicular continua distendiendo la vesícula el cual se infecta secundariamente por los cálculos previamente contaminados (generalmente con enterobacterias), si la inflamación e infección continúan sin resolución se presenta compromiso de irrigación, gangrena y perforación .

Si el cálculo regresa a su sitio intravesicular o pasa al colédoco no se continúan los fenómenos mencionados cediendo los síntomas hasta un nuevo estímulo (cólico vesicular o biliar) .

La presentación clínica va a depender de múltiples factores como son: la dieta, el tiempo de evolución, factores emocionales, edad y enfermedades asociadas .

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS :

Las colescistectomías simples es la segunda de las causas que se intervienen quirúrgicamente en nuestro servicio, y la quinta causa en el abordaje en las vías biliares. No se puede evitar su aparición y el tratamiento más efectivo es la extirpación quirúrgica temprana en los padecimientos agudos y más seguros en forma electiva .

Las lesiones de las vías biliares pueden ser de dos tipos :

- 1.- Las operatorias (Iatrogénicas) .
- 2.- Las traumáticas .

Las mas frecuentes son las iatrogénicas. Existiendo una estrecha relación entre la colecistectomía y daño a la vía biliar. La frecuencia ha sido publicada por varios autores (Madsen, Harrison y Lord Smith) y varia desde una entre 508 a una / 1000 operaciones aproximadamente. La colecistectomía por colecistitis aguda, escleroatrofia y variantes anatómicas son las que mayor asociación tienen a esta lesión .

Se menciona también que la curva de la enseñanza y exceso de confianza van de la mano con esta patología. Warren ha señalado factores específicos que predisponen al daño y son:

- a).- Insición y exposición inadecuada.
- b).- Mala disección y falta de reconocimiento de las estructuras anatómicas .

- c).- Hemorragia y pinzamiento a ciegas en el area biliar.
- d).- No tomar colangiografía transoperatoria y falta de canulación del colédoco en casos de difícil identificación .

Andren-Sandber agregan otros factores como disponibilidad de recursos hospitalarios y falta de supervisión de especialistas sobre médicos en entrenamiento .

Un factor importante en la reparación de las lesiones -- es el reconocimiento inmediato de estas, sin embargo esto se logra solo en una tercera parte de los casos. Los datos en el posoperatorio de lesión inadvertida pueden presentarse al día siguiente o hasta en el lapso de un año en el 98% de los casos, se encontrarán ictericia inmediata y/o progresiva, peritonitis biliar, sepsis, fístulabiliar (externa o interna), fuga biliar por el drenaje, abscesos intra abdominales o de pared, colangitis repetidas insuficiencia hepática, pérdida de peso, síndrome icterico obstructivo y cirrosis biliar secundaria.

En el presente estudio nos propusimos protocolizar lo siguiente :

- 1.- Todos los cuadros agudos sin DX deben ser sometidos a US.
- 2.- Si se demuestra cálculo enclavado(DX de hidrocolecisto) o abscesos pericolecísticos debe ser intervenido quirúrgicamente lo más pronto posible y estabilizadas sus condiciones generales.
- 3.- La colecistostomía se realizará solo cuando las -- condiciones locales al momento quirúrgico dificult-

ten demasiado la colecistectomía y se debe verificar la permeabilidad del cístico .

- 4.- Este tratamiento aumenta los gastos médicos y la hospitalización, pero la posibilidad de daño a la vía biliar se disminuye, así como el sangrado las complicaciones .
- 5.- Otras patologías alitiásicas incluyen quistes de colédoco, pancreatitis, disfunciones del esfínter Oddi o úlceras pépticas .
- 6.- Los pacientes diabéticos o con colecistitis enfisematosas deben ser intervenidos tempranamente .
- 7.- Cuando un paciente con CCL no puede ser intervenido quirúrgicamente por otras patologías asociadas, el tratamiento de elección podría ser la disolución con agentes locales o sistémicos (ac. - cólicos) o con litotricia .
- 8.- En patologías benignas también se puede solicitar colecistografía oral si las bilirrubinas están -- por debajo de 2 mgs .
- 9.- Los estudios mencionados deben ser solicitados - solo los necesarios y con el criterio clínico - - establecido en nuestro servicio .

- 10.- El tratamiento definitivo puede consistir en --
EVB con instalación de sonda en T o una deriva-
ción biliodigestiva .
- 11.- La coledocoduodeno anastomosis para poder ser --
realizada debe de contar como requisito indispen-
sable dilatación del colédoco por arriba de 1.5-
cms ha 2 cms .
- 12.- La alternativa para colédoco normales es la es--
finteroplastfa .
- 13.- El tratamiento paliativo puede ser una derivación
biliodigestiva aunada a quimioterapia .

MATERIAL Y METODOS :

Se trata de un estudio basado en la revisión de 119 - pacientes que fueron reintervenidos de vía biliar en el hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, durante el período comprendido del 10 de marzo de 1988 al 30 de noviembre de 1990 .

En este estudio se investigaron los casos sobre reintervención de vía biliar, siendo la litiasis residual la más frecuente siguiéndole la fístula biliar, derivación biliodigestiva, iatrogenia de vía biliar, sangrado del lecho vesicular y cístico, dehiscencia de sutura y cístico remanente .

Los casos estudiados fueron comprobados antes y después del acto quirúrgico basándose en las descripciones de las notas quirúrgicas captados de los expedientes clínicos.

Las características clínicas que se estudiaron fueron: Nombre, edad, sexo, días de estancia hospitalaria, enfermedades agregadas, reingresos previos, obesidad, antecedentes dietéticos, antibióticos administrados, dolor, fiebre, escalofrío, ictericia, acolia, coluria, hipovolemia, exploración física, laboratorio, estudios de gabinete, estudios especiales, complicaciones y muerte .

RESULTADOS :

- 1.- Antecedentes de Cirugía de vesícula y vía biliar .
- 2.- Interrogatorio (directo e indirecto) .
- 3.- Cuadro clínico .
- 4.- Edad y sexo .

Se estudiaron 119 pacientes que habían sido interve
nidos de vesícula y vía biliar en su mayoría de primera inten
ción .

47 pacientes fueron del sexo masculino (39.4%) y 72 pa-
cientes del sexo femenino (60.5%) .

La distribución por edades fue el siguiente :

EDAD	No. DE CASOS	PORCENTAJE
21 a 30	11	8.9
31 a 40	31	25.9
41 a 50	27	19.3
51 a 60	12	10.0
61 a 70	16	5.8
71 a 80	17	17.6
81 a 90	4	3.3
91 a 100	1	0.5

ESTANCIA HOSPITALARIA :

La estancia de estos pacientes que, comparada con la - media para todo el hospital de 5 días, se eleva al triple; - los días de incapacidad, comparados con 21 días promedio se - multiplican casi por cuatro; la necesidad de terapia intensiva es dos veces mayor que en condiciones generales , y , la mortalidad, tres veces mayor que en la población general operada en el hospital. Como puede verse una cuarta parte de los casos se identificó un problema técnico como causa de la complicación que llevó a realizar una segunda operación .

La estancia hospitalaria se correlaciona en la siguiente tabla:

TIPO DE REINTERVENCIONES	No. CASOS	ESTANCIA
Hemorragia	7	8 días
Dehiscencia	3	5 días
Fístula biliar	12	15 días
Absceso residual	5	8 días
Coledocoduodeno	10	12 días
Derivaciones B.D.	10	25 días
Iatrogenia V.B.	9	30 días
Litiasis residual	33	8 días

En 19 pacientes se manejaron sin tratamiento quirúrgico se les realizó la extracción de cálculo(s) con canastilla de Dormia-- por los servicios de endoscopia y radiología por el trayecto-- fistuloso previo retiro de sonda T. En dos pacientes se deteg-- to cístico remanente por la CPRE. En tres pacientes se efec-- tuó esfinterotomía. De todos estos pacientes no hubo necesidad de hospitalización. En un peciente fué reintervenido en cinco ocasiones, inicialmente su cirugía fue electiva con EVB; suce-- sivamente las reintervenciones fueron por sangrado y fístula biliar falleciendo por falla orgánica múltiple con una estanca hospitalaria de 60 días .

ANTECEDENTES DE MEDICAMENTOS :

En todos los pacientes fueron manejados con antibióti-- cos, con criterio clínico a dosis adecuadas a las bacterias Gram+ y -, con eliminación de intervalos regulares y observan-- do su absorción y excreción .

En las vías biliares las bacterias más frecuentemente implicadas son aerobios de la flora intestinal (E.Coli, - - Klebsiella, Enterobacter) cocos (Estreptococo fecallis) y - - los anaerobios como bacteroides, clostridios y peptoestrepto-- cocos.

De los antibióticos contamos con varios de espectro - amplio pero solo utilizamos los que se puedan eliminar por - vía biliar .

Nosotros preferimos cefalosporinas de tercera generación para los pacientes reintervenidos a razón de un gramo cada 6 horas intravenosa, pero no actúa contra anaerobios -- por lo que agregamos metronidazol a dosis de 7.5 mgs/Kg. c/6 y 8 horas I.V. . Ya que excelentemente se elimina por bilis.

Se ha hablado de dosis profilácticas en colecistectomías electivas, nosotros no las usamos. Los que las usan lo hacen más frecuentemente con un gramo de cefalosporinas de tercera generación, una hora antes de la cirugía con la finalidad de disminuir la infección de la pared abdominal .

En las colangitis con cirrosis biliar damos ampicilina más metronidazol y agregamos gentamicina si el paciente no presenta insuficiencia renal. En pacientes que se reportan con pseudomona administramos amikácina a dosis ajustadas si son insuficientes renales, así como ictericos crónicos o cirróticos ya que pueden condicionar insuficiencia renal .

Durante la cirugía siempre debe de tomarse cultivo y ajustar posteriormente los antibióticos conforme al antibiograma. De preferencia se debe de puncionar la porta para cultivo ya que es más efectivo que los hemocultivos perifericos nosotros no lo practicamos .

SINTOMAS Y SIGNOS :

Debemos analizar una historia clínica completa con -- énfasis en el interrogatorio de los primeros síntomas antes- y después de su primera cirugía y desde luego los síntomas pos- teriores que originados su reingreso hospitalario y hacer no- tar enfermedades asociadas. El síntoma pivote importante es el dolor por lo que se debe hacer semiología de éste, ya in- tegrado un diagnóstico clínico integral de signos agregados - como fiebre, escalofrío, ictericia, náuseas, vómito, anorexia, acolia, coluria, etc. podemos solicitar los estudios perti- nentes .

En la siguiente gráfica se dan los porcentajes de los - síntomas que presentaron los pacientes antes de la reinterven- ción : (ver gráfica anexa) .

EXPLORACION FISICA :

Las manifestaciones clínicas por la que acude principal- mente el paciente es por el dolor, fiebre, deshidratación, -- vómito, irritación peritoneal ó solo datos sutiles simulando cuadro enteral infeccioso, pero teniendo el antecedente qui- rúrgico intervención de vía biliar la orientación del padeci- miento se inclina ha patología biliar, esto se corrobora con los estudios de gabinete .

ESQUEMA DE LOS SINTOMAS QUE PRESENTARON LOS PACIENTES ANTES DE LA REINTERVENCION DE VIA BILIAR :

SINTOMA	No. CASOS	PORCENTAJE	S.L.V.	F.V.	A.R.	D.S.	I.V.B.	D.B.D.	L.R.	C.R.
DOLOR	119	100	7	14	9	3	9	10	33	2
PIEBRE	47	23.6	3	7	9	0	6	2	15	0
ESCALOFRIO	61	51.2	3	5	9	2	9	1	25	2
ICTERICIA	49	41.1	0	0	3	0	7	8	28	0
NAUSEA	47	39.4	0	3	7	0	5	4	22	2
VOMITO	51	42.8	0	8	4	0	2	5	26	2
ANOREXIA	71	59.6	7	5	9	1	7	8	30	1
ACOLIA	45	37.8	0	0	0	0	6	10	27	0
COLURIA	31	26.0	0	0	0	0	5	7	18	0
HIPOVOLEMIA	18	15.1	7	2	1	2	3	1	2	0

S.L.V. . - SANGRADO DEL LECHO VESICULAR .

F.V. . - FISTULA BILIAR .

A.R. . - ABSCESO RESIDUAL .

D.S. . - DEHISCENCIA DE SUTURA .

D.B.D. . - DERIVACION BILIO- DIGESTIVA.

L.R. . - LITIASIS RESIDUAL .

C. R. . - CISTICO REMANENTE .

ESQUEMA DE LOS RESULTADOS DE LABORATORIO PRESENTADOS EN LOS PACIENTES ANTES DE LA REINTERVENCION V.B. :

RESULTADO LABORATORIO	CIFRAS	No. CASOS	PORCENTAJE	S.L.V.	F.V.	A.R.	D.S.	I.V.B.	D.B.D.	L.R.	C.R.
HEMOGLOBINA	-10g.	23	19.3	7	2	1	3	2	3	5	0
LEUCOCITOSIS	+10 mil.	57	47.8	2	12	9	2	7	7	18	0
GLUCOSA	-180g.	24	20.1	0	5	3	1	2	3	10	0
CREATININA	+2uds.	10	8.4	2	1	1	0	2	1	3	0
Bil. Dir.	+2uds.	45	37.8	0	0	2	0	7	7	28	0
Fos. Alc.	+250	65	54.6	4	2	7	0	9	8	30	1
T. P.	-70 %	70	58.8	7	8	9	2	8	8	25	0
Pro. Tot.	-2.5g.	37	31.0	1	6	4	0	5	3	18	0

S.L.V. .- SANGRADO DEL LECHO VESICULAR .

L.R. .- LITIASIS RESIDUAL .

F.V. . - FISTULA BILIAR .

C.R. .- CISTICO REMANENTE .

A.R. . - ABSCESO RESIDUAL .

D.S. . - DEHISCENCIA DE SUTURA .

DIAGNOSTICO :

En todos nuestros pacientes se les tomó radiografías - de tórax en un 75% para control de catéter central. Simple de abdomen de pie y de decúbito para excluir otras patologías - en un 15% se visualiza cálculos de calcio con alto contenido de bilirrubinato .

La colecistografía oral; a pesar de haber sido "desplazada" por el US. continua ocupando un importante lugar y los datos que se pueden encontrar son: vesícula excluida, imágenes de falta de llenado en el interior, nivel radiopaco flotante , alteraciones en el vaciamiento (con comida de Boiden) y placa tardía , no es útil en pacientes ictericos o con cuadro agudo .

ULTRASONIDO :

Es el estudio más usado actualmente, útil en cuadros - agudos o pacientes ictericos, proporciona además estado anatómico de las vías biliares, hígado y páncreas. Especificidad de 90% sensibilidad del 85% (dependiendo de la experiencia - del radiólogo y del cirujano). Se encuentra engrosamiento - de la pared vesicular, Murphy ultrasónico, imágenes ecogénicas con reforzamiento posterior, dilatación vesicular en sus diámetros longitudinal (arriba de 10 cm.) y transversal - -

(arriba de 4cm.), signo de robinston (ayuda a diferenciar - cálculo de pólipo al mover al paciente con el transductor - sobre la pared abdominal y ver si las imágenes cambian de - posición) o colecciones pericolectísticas .

COLANGIOGRAMA CONHIDA Y Tc 99; sensibilidad del 100% y especificidad del 95% en cuadros agudos. Se observa vesícula -- excluida, contraindicada en embarazo .

COLANGIOGRAFIA IV : Fuera de USO :

T.A.C. : es de poca utilidad (especificidad del 50%) con contraste (60%) SEGD, resonancia electromagnética nuclear (fase clínica poco usada) y angiografías .

Otros procedimientos son: la biopsia percutánea, laparoscopia, endoscopías y laparatomías, manometrías .

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN LAS REINTERVENCIONES DE VIA BILIAR :

Un factor importante en la reparación de las lesiones - es el reconocimiento inmediato de estas, sin embargo se logra solo en una tercera parte de los casos, los datos en el pos--operatorio de lesión inadvertida pueden presentarse al día -- siguiente o hasta en un lapso de un año en el 98% de los casos, se encontrará ictericia inmediata o progresiva , peritonitis biliar, sepsis, fístula biliar (externa o interna), -

fuga biliar por el drenaje, abscesos intrabdominales o de pared, colangitis repetidas insuficiencia hepática, pérdida de peso, síndrome icterico obstructivo y cirrosis biliar secundaria .

Las lesiones también aumentan su frecuencia dependiendo del número de cirugías previas en zona biliar, cada cirugía posterior a la primera puede aumentar hasta en 30% las posibilidades de lesionar la vía biliar .

El mayor número de lesiones según su localización anatómica se encuentran en el hepático común, siguiendo el hepático derecho y el colédoco .

Las cirugías no biliares que más lesiones pueden causar son las gastrectomías, drenaje por pancreatitis aguda y los traumatismos cerrados o los penetrantes .

El diagnóstico se puede establecer en el transoperatorio por medio de colangiografía transoperatoria y en el posoperatorio por fistulografías si existe fístula, colangiopancreatografía retrógrada transendoscópica, colangiografía percutánea (si existe dilatación de vías biliares) por último - gamagrama con HIDA .

En nuestro servicio el tratamiento quirúrgico definitivo de cada una de las reintervenciones de vesícula y vías biliares fueron las siguientes :

- 1.- Para el sangrado del lecho vesficular su reinter--
vención fué inmediata con identificación del san-
grado y recolocación de drenaje sin complicación
alguna .
- 2.- Para las fistulas biliares se procedió a la iden-
tificación de la fuga y se llevaron a cabo en los
14 pacientes la combinación de dos técnicas .
 - a).- Con sección parcial .
 - b).- Con sección completa (técnica que se comen-
tará comparativamente en el tema de la dis-
discusión de procedimientos quirúrgicos .
- 3.- Abscesos residuales en estos pacientes que se rein-
tervinieron no tuvieron mayores problemas ya que
la infección se encontraba localizada y fué drenada
con la herida quirúrgica abierta .
- 4.- En las iatrogénias de vía biliar que en su mayo--
ría fueron pacientes foraneos cayeron en las deri-
vaciones que abarcaron Coledocoduodeno anastomo--
sis, hepáticoyeyuno en Y de Roux (De longmire o -
Redney Smith), y el uso de sondas transhepáticas.
De nueve pacientes que se captaron, uno falleció
con el antecedente de tres cirugías previas ha su
ingreso, se realizó hepáticoyeyuno anastomosis en
Y de Roux.

- 5.- De las Coledocoduodeno anastomosis que se reintervinieron por fístula biliar evolucionaron en forma satisfactoria ,se realizo desmantelación - de la anastomosis, cierre primario del duodeno y colocación de sonda en T .

- 6.- De las litiasis residuales que se reintervinieron se manejaron con colocación de sonda en T.- y otro porcentaje se realizó por medio de endoscopia .

- 7.- Dehiscencia de sutura fueron captados tres pacientes por fuga del cístico siendo reintervenidos en un lapso de 48 horas sin complicación alguna .

- 8.- De las litiasis residuales se captaron tres pacientes en donde existía estenosis del Oddi, manejandose con esfinteroplastia con buenos resultados .

DISCUSION :

La etiología como ya lo hemos anteriormente expuesto - es por la falta de reconocimiento anatómico, técnico, exceso de confianza y el lucimiento de realizar una colesistectomía rápida en un tiempo mínimo .

Estos principios y observaciones se encuentran en todas las literaturas y en nuestro servicio coincidimos en los principios básicos. Sobre los resultados y métodos que se -- investigaron se resume comparativamente con la literatura y bibliografía de la siguiente forma :

La obstrucción al flujo de salida biliar desde el hígado, es una situación potencialmente letal. Sus consecuencias a largo plazo son la cirrosis biliar e hipertensión portal.

La bacteriología señala que los micro organismos más -- frecuentemente cultivados son los coliformes (aerobios) y -- anaerobios estrictos (15 a 10%) .

Los cultivos en bilis son positivos en más del 95% de los casos, en sangre portal en 40% y solo 15 a 25% en sangre periférica .

Las manifestaciones clínicas son la tríada de Charcot y la pentada de Reynolds o tan solo la existencia de datos -- aislados de estos.

La exploración física muestra fiebre (70 a 80%) deshidratación, vómito, irritación peritoneal (menos del 50%), ó pudiera encontrarse solo datos sutiles de distensión abdominal o simulando cuadro entero infeccioso .

El laboratorio muestra frecuentemente leucocitosis por arriba de 15000 (con neutrofilia en 50 a 75% , y por abajo de 15000 o leucopenia en el resto, Fosfatasa alcalina muy -- elevada, hiperbilirrubinemia de ambas fracciones, AST Y ALT-- elevadas menos 3 veces los gases arteriales muestran en un -- inicio datos de alcalosis respiratorias para posteriormente . hacerse franca acidosis metabólica, hiperglicemias y datos de insuficiencia renal (tipo prerrenal en 60%) con hemoconcentración y TP prolongado .

DIAGNOSTICO :

Puede subdividirse en laboratorio, radiodiagnóstico y otros procedimientos ;

LABORATORIAL : PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA, hierro sérico, colesterol, proteínas séricas, BH completa, exámen general de orina, amilas y posteriormente si fuera necesario pruebas especiales como electroforesis de proteínas, marcadores - de hepatitis viral (en caso de diagnóstico diferencial difícil entre hepatitis y cirrosis), alfafetoproteínas (en caso de tumor maligno) y otras .

Radiodiagnóstico : Ha venido a ocupar un lugar importante la Gammagrafía hepatoesplénica con Galio 67 y Tc 99 - HIDA y sus derivados, colecistografía oral, CPH, CPRE, colangiografía por sonda en T, US, TAC, resonancia electromagnética nuclear (fase clínica poco usada) y angiografías .

Otros procedimientos: Son la biopsia percutánea, laparoscopia, endoscopías, laparotomías y manometrías .

Debe mantenerse siempre pendiente la posibilidad de - infección posterior a manipulación biliar por cirugía o estudios invasivos (por lo que es retunario el uso profiláctico de antibióticos en pacientes inmunocomprometidos) .

FACTORES DE RIESGO PREDICTIVOS DE MORVI MORTALIDAD :

Este capítulo ha tomado un curso en los últimos años, el trabajo más aceptado actualmente realizado en Francia señala 7 factores :

- 1.- Falla renal aguda .
- 2.- Abscesos hepáticos asociados .
- 3.- Obstrucciones biliares malignas (altas) .
- 4.- Cirrosis hepática .
- 5.- Colangitis producida por aumento brusco de la -- presión del colédoco (posterior a manipulación - de la vía biliar por rayos X , endoscopia o cirugía) .

6.- Sexo femenino .

7.- Edad de más de 50 años .

Con una especificidad y sensibilidad del 91.5%, observando un rango de mortalidad de 76% con 7 factores. Estos estudios deben de tomarse en cuenta pero con reservas y bajo la supervisión y explicación estadística de expertos en ambas materias (cirugía, clínica y estadística) para no caer en confusiones .

TRATAMIENTO :

Cualquier patología vesicular debe ser resuelto con -- ablación de la vesícula para los cuadros crónicos; colecistectomía con colangiografía transoperatoria en forma electiva, existen dos técnicas; la anterógrada y la retrógrada, en nuestro hospital se convinan ambas .

Para colecistitis agudas; puede ser manejado con dos -- alternativas; cirugía inmediata "caliente" (antes de 48 horas) y tardía o "enfriada" (a las 3 o 4 semanas) .

La cirugía inmediata se efectua frecuentemente en nuestro servicio

VENTAJAS : Más rápida recuperación
menos costo .

DESVENTAJAS : Mayor sangrado y riesgo de lesión a las vías o vasos .

CIRUGIA : Es ha base de ayuno, SNG y antibiótico por - 7 días, alta y nuevo internamiento para cirugía programada .

VENTAJAS : En ocasiones hay disminución de la inflamación .
menos sangrado .
menos iatrogénias .

DESVENTAJAS : Aumentan costos .
más molestias por dietas y antibióticos .
el cuadro puede repetirse en el intervalo .
no cede totalmente el cuadro .

Las colecistitis enfisematosas deben ser tratadas quirúrgicamente en forma inmediata .

En pacientes seleccionados ya sea por su gravedad o -- las características locales transoperatorias el tratamiento de elección es colecistostomía .

INDICACIONES PARA COLANGIOGRAFIA TRANSOPERATORIA :

Algunos autores la recomiendan como procedimiento complementario a colecistectomía simple .

Dilatación de colédoco .
Cálculo palpable .
Antecedentes de coluria o ictericia .
Antecedentes de aumento de fosfatasa alcalina .
Crecimiento de páncreas o antecedentes de páncreatitis .
Páncreatitis crónica .
Colecistitis alitiásica con sospecha de trastornos -
del esfínter de Boyden y/o Oddi .

TECNICAS QUIRURGICAS PARA LESIONES DE VIAS BILIARES :

El tratamiento dependerá del sitio, extensión, proceso local (inflamatorio o cicatrizal) y el momento de reconocer la lesión .

Las lesiones tempranas pueden ser :
parciales y completas ;

Las parciales pueden ser reparadas con sutura transversal y colocación de sonda en T (con los mejores resultados)- y/o parche vesicular o yeyunal en las longitudinales (con resultados reportados no muy aceptables) .

Las completas pueden comprender la ligadura o la sec-ción. Las primeras se tratan con liberación y colocación de sonda en T por varios meses. Las segundas deben ser individualizadas y analizadas por cirujanos experimentados :

- a).- En hepático y colédoco después de realizar manio-
bra de Kocher amplia y si los bordes proximal y-
distal se juntan sin tensión realizamos colédoco
colédoco anastomosis término terminal (resulta--
dos buenos en 60% de los casos) .
- b).- Del colédoco en proximidad al duodeno colédoco--
duodeno anastomosis t-1 o l-1 .
- c).- A nivel de la carina puede realizarse una hepáti-
coyeyuno anastomosis t-1 con Y de Roux, con o --
sin técnica de Rodney Smith (muco mucoso). Si el
conducto es muy delgado puede ligarse y esperar
a que se dilate, pero no es muy recomendable .

LESIONES TARDIAS :

- a).- Si no existe daño hepático importante :
- 1 .- En lesiones de colédoco : colédocoduodeno anas--
tomosis latero lateral .
- 2 .- Lesiones de hepático: Hepáticoyeyuno anastomosis
t-1 en Y de Roux, la B de Nakayama y la omega de
Braun han caído en desuso .
- 3 .- Lesiones intra hepáticas de hepático derecho: -
colangio derecho yeyuno anastomosis con división
del septum y sonda transhepática (con injerto mu-
coso) .

4.- Lesiones altas: Colangfeyeyuno anastomosis Y de -
Roux (operación de Long Mire) .

b).- Si existe daño hepático importante :

1 .- Con hipertensión portal: operación de Warren pri-
mero y a las 4 semanas la reconstrucción requecida.

2 .-Si las condiciones del paciente no permiten la ciru-
gía :

a).- Dilataciones transhepáticas o endoscópicas con son-
da de balón tipo Hutson .

b).- Colocación transendoscópica de férulas (recambia--
ble cada 6 meses) .

Los resultados deben ser evaluados durante 5 a 10
años.

La experiencia publicada del servicio por los Doc-
tores Albarrán y Hutado con 68 pacientes tienen resultados --
similares a la literatura mundial .

CONCLUSIONES :

- 1.- De 119 casos que se operaron por primera intención vesícula y vías biliares, 47 pacientes fueron hombres (39.4 %) y 72 pacientes en mujeres (60.5%). Lo que nos da como resultado referido, en la literatura que es una cifra real .
- 2.- El 37.8 % ocurrió en pacientes de 31 a 45 años, con una incidencia máxima entre los 36 y 40 años .
- 3.- Se investigaron los casos más comunes de reintervención de vías biliares por litiasis residual con el 9.3 % anual, lo que marca la literatura mundial es del 5 % de cálculos residuales .
- 4.- Otras de las causas estudiadas con reintervención de vía biliar fueron las siguientes: derivación -- bilio digestiva con dilatación del colédoco por -- obstrucción biliar (cálculo residual), el porcentaje fué del 8.4 % (2% anual).
La literatura marca este mismo porcentaje .
- 5.- Lesión de colédoco fué del 7.5 %, (anual el 2 %).
La literatura reporta el 0.5% .

6.- Un paciente fué intervenido en cinco ocasiones como cirugía electiva, se reintervino por segunda ocasión por sangrado y fistula biliar, se colocó sonda en T pero el paciente continuo con sangrado y se reintervino encontrandose sangrado de vasos accesorios quedando empaquetado del lecho vesicular, en la cuarta reintervención se desempaqueto y en el posoperatorio continuo con sangrado por lo que se realizó arteriografía revelando hemobilia por lo que se tuvo que reintervenirse efectuandose coledocoduodeno anastomosis, el paciente paso a terapia intensiva donde falleció al tercer día por falla orgánica múltiple .

Se concluye en este caso varios principios básicos :

- a).- Todos los cuadros agudos sin diagnóstico deben someterse a ultrasonido de hígado y vías biliares .
- b).- Se debe de estabilizar al paciente lo más pronto posible si se demuestra agudización vesicular .
- c).- Las colecistotomía se realizaran si las condiciones del paciente son críticas y se verificara la permeabilidad del cístico sin realizar un tratamiento definitivo .

- d).- Jamás someter a un acto quirúrgico en pacientes -
cirróticos .
- e).- Se concluye que la mortalidad por lesión de vfa-
biliar en nuestro servicio en este estudio es del
2 % .
7. - Se captaron 7 pacientes que se tuvieron que rein-
tervenir en menos de 24 horas por sangrado de le-
cho vesficular con un porcentaje del 5.8 %, las ra-
zones fueron por mala exposición exceso de confian-
za, insición inadecuada, presura de tiempo y mala
disección. Esto es corregible siguiendo los prin-
cipios básicos de las técnicas quirúrgicas .
8. - El 8.4 % presentaron fistula biliar por mal mane-
jo en la coledocorraffa, insición accidental de -
la vfa biliar, y fuga biliar de la sonda en T por
lo que hubo la necesidad de reintervenirlos sin -
tener complicaciones posoperatorias .
9. - Los abscesos residuales en nuestro estudio fue de
7.5 % y las fallas se debieron a que no se cumplie-
ron los principios de Halsted es decir manejo ex-
cesivo de los tejidos, material inadecuado , mala

asepsia y antisepsia , mal seguimiento del paciente en el posoperatorio e indicaciones inapropiadas .

- 10.- La dehiscencia de sutura que fue del 2.5 % se debió a la falta de identificación anatómica, mala técnica quirúrgica y material de sutura inadecuado .
- 11.- De las coledocoduodeno anastomosis reintervenidos que se reporta fue del 8.4 % con presencia de dehiscencia de la anastomosis como resultado fuga biliar, resolviéndose con desmantelación, cierre primario del duodeno y colocación de sonda en T - sin complicaciones posoperatorias .
- 12.- La iatrogenias de vías biliares que se presentaron en nuestro estudio fue del 7.5 % en su mayoría fueron foraneos con los antecedentes ya comentados del mal manejo médico y técnico, en estos pacientes ya venian sobre reintervenidos por lo que se les tuvo que reoperar con una mortalidad del 40% los que sobrevivieron se les realizó las siguientes técnicas :
 - a).- Con sección parcial : sutura primaria en sentido transversal con colocación de sonda en T (por 4 a 6 meses) .

- b).- En reoperaciones puede seguirse las mismas técnicas, pero respetando los principios de Rodney y Smith .
- c) .- Las dilataciones se realizan con sondas tipo - - Hutson (de angioplastia) por vía transhepática o transendoscópica . Recientemente se han colocado endoprótesis por endoscopia recambiables cada - 6 meses, en nuestro servicio no se cuenta con -- está práctica .
- d) .- La CPRE o la CPH puede ser complementarias dependiendo de la altura de la estenosis .
- e) .- Los tratamientos definitivos tardíos comprenden básicamente las mismas técnicas que las lesiones tempranas es decir : colodocoduodeno anastomosis, colángio hepático y el yeyuno con Y de Roux (operación de Longmire o Rodney Smith), y el uso de sondas transhepáticas. En nuestro servicio se publicó en 68 pacientes con resultados similares a los reportes mundiales (cirugía y cirujanos 1989; 54: 9.) .
- 13.- En 19 pacientes con litiasis residual identificados por CPRE su manejo fue con extracción de cálculo (s) por el trayecto fistuloso sin complica-

ciones, esta maniobra endoscopica se realiza des--
pués de 4 a 6 semanas de la cirugía primaria. El --
porcentaje fue del 15.9 % del total de pacientes in
vestigados .

- 14.- Los días de evolución después de la intervención
fue de 21 días y como mínimo 5 días con un margen
de 12 días. A los pacientes se les siguió por la
consulta externa durante 2 meses apoyados con exa-
menes de laboratorio y gabinete .

- 15.- El esquema de antibióticos que dieron resultado -
fue la combinación de cefalosporinas de tercera -
generación con metronidazol a dosis establecidas,
hubó cambios por el reporte de los cultivos con -
antibiograma, se estableció el triple esquema - -
(ampicilina, gentamicina y metronidazol) .

- 16.- Los síntomas predominantes que hicieron acudir al
paciente después de su primera cirugía fueron el
dolor , fiebre, ictericia, deshidratación, anore-
xia, vómito, colúria y distensión abdominal .

- 17.- Dentro de los exámenes de laboratorio predominó la
leucocitosis hiperbilirrubinemia, fosfatasa alcali
na elevada, tiempos prolongados y pruebas de fun-

cionamiento hepático alterados .

- 18.- A todos los pacientes se le solicitaron radiografía de torax (el 60 % de control por catéter central), simple de abdomen, ultrasonido de hígado y vías biliares, SEGD, y en casos de diagnóstico difícil gammagrama hepático de vía biliar -- (control de bilirrubinas) y TAC. .

- 19.- El abordaje quirúrgico en pacientes reintervenidos , siempre se difirió la anterior cicatriz - quirúrgica .

- 20.- Las reintervenciones quirúrgicas generan el doble de estancia hospitalaria, se triplica la incapacidad, la necesidad de terapia intensiva es tres veces mayor que en condiciones generales y la mortalidad 5 veces mayor que la población general operada en el hospital. Como puede verse, en la quinta parte de los casos se identificó -- un problema técnico como causa de la complicación que llevo a realizar una segunda operación o más.

RESUMEN :

Las reintervenciones quirúrgicas en cirugía de vía biliar representa una de las más grandes responsabilidades del cirujano, y en los casos que ocasiona complicaciones tales que necesitan una segunda operación o más, la responsabilidad es aún mayor . El cirujano actualmente no es - no debe ser - el operador que conoce una técnica quirúrgica con mayor o menor precisión, y que aborda el cuerpo inerte de un paciente para realizar su técnica y no volver a ocuparse más de él. El cirujano - que así actúa - y debemos reconocer que frecuentemente sucede, pierde la ocasión de conocer a su enfermo, convierte a un ser humano en "un caso" o en "la vesícula de hoy", y el enfermo, - a su vez, se siente víctima de un "equipo de cirugía", que no se ocupa de él como persona sino de su vesícula, y así nace - una inadecuada relación médico- paciente .

Operar no es algo tan sencillo como para decirlo superficialmente todos sabemos que en la reintervención el paciente quedó marcado para siempre en su memoria. Para un cirujano, - la decisión parece a veces fácil, una operación más por realizar pero no para el paciente que hablara antes y después de - la operación .

Las causas más frecuentes de reintervención fue la mala técnica quirúrgica, la prisa es la mejor invitación al desastre y peor aún ante una urgencia que no significa apresuramiento sino que es cuando más cuidado debemos de tener, otro error técnico es la delegación inadecuada de funciones como es el cierre de la pared del abdomen, donde el cirujano no supervisa a sus ayudantes para esta función y sobreviene abscesos, dehiscencias, eventraciones, y la culpa se la atribuimos al paciente que tosió, ó a las proteínas - - - - - que estaban bajas e impidieron que se realizara una buena cicatrización.

Los cirujanos somos responsables del acto quirúrgico - de principio a fin.

Finalmente la mala técnica en todas sus modalidades -- puede ser consecuencia de la ignorancia , falta de adiestramiento a propiciado una complicación, inmediata, hemorragia, fistulas, litiasis residual y lesiones de la vía biliar .

BIBLIOGRAFIA :

- 1.- Cameron JL. et. al. Colangitis. Am J. Surg
1989: 158; 254 .
- 2.- Boey JH., Way LW. Acute Cholangitis Ann Surg,
1984 :
- 3.- Gigot JF. et. al. Acute Cholangitis. Ann Surg.
1989: 209; 435 .
- 4.- Thompson EJ. et. al. Factors in Management of Acute.
Cholangitis Ann Surg.
1987: 195; 137.
- 5.- Kenematsu T. et. al. New Secured Thechinique for Itra.
hepatic Cholangio Jejunostomy and Drainaje of Bile. -
Surg Ginecol Obstetric.
1984: 159; 85 .
- 6.- Kinami Y. et. al. Preperative results of side Chonolan
gioduodenostomy for Cholelitiiasis. Dig. Surg.
1987: 4; 110.
- 7.- Hillis T. Westbrook K. Surgical Injury of the common -
Bile Duct. Am J. Surg.
1977: 134; 712 .
- 8.- Pitt H. et. al. Factors Influencing Outcome in Patients
with Postoperative Biliary Strictures. Am J. Surg.
1982: 144; 14.

- 9.- Crist DW.et.al. The Value of Preoperativily Placed - - Percutaneous Biliary Catheters in Reconstruction of the Proximal Part of the Biliary Tract. Surg Ginecol Obsteric.
1987; 168; 421 .
- 10.- Pitt H. Cameron JL. Factors Affecting Mortality in Biliary Tract Surgery. Am J. Surg.
1981: 141; 66.
- 11.- Czerniak A. The Management of Fistulas of the Biliary - Tract after Injury the Bile Duct During Cholecustectomy. Surg Ginec Obst.
1988: 167; 33.
- 12.- Kitanama A. et. al. The Extrahepatic Biliary Tract Injury. Ann Surg.
1987; 196; 536.
- 13.- Pitt H. Agentes for Gallstones Dissolution. Am J. Surg
1989; 158; 262.
- 14.- Geiainger M. et.al. Radioloy Methods of Bile Duct Stone Extraction. Am J. Surg .
1989; 158; 222 .
- 15.- Neoptolemos JP. et. al. Sphinter of Oddi Dysfuntion: - Results of Treatment by Endoscopic Shinterotomy. Br. J. Surg.
1988; 75; 454.
- 16.- Lee G. et. al. Sphinter of Oddi Stenosis. Diagnosis Using. Hepatobiliary Scintigraphy and Endoscopic Menometry Radiology
1985; 156; 793 .

- 17.- Gold M. Choledochoduodenostomy and Sphinteroplasty. --
Contem Surg.
1985; 27; 93 .
- 18.- Bregman Cirugia de Hfgado y Vfas Biliares .
1a. Ed. 1990: Panamericana .
- 19.- El Dominio de la Cirugia. Nyhus-Baker .
3er. Ed. 1990: Panamericana .
- 20.- Operaciones Abdominales. Maingot S.E.
9o. Ed. Panamericana. 1989 .
- 21.- Problemas Quirúrgicos Graves, James D. Hardy.
2o. Ed. 1985: Salvat.
- 22.- Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica.
Prácticas Quirúrgicas en la Clínica LAHEY.
Vol. 2/ 1985 .
- 23.- La Reintervención.
R. Alvarez Cordero.
Ed. Salvat, 1984
- 24.- Nussbaun MS. et. al. Transduodenal Sphinteroplasty and
Transampullary Septotomy for Primary Sphinter of Oddi
Dysfuntion. Am J. Surg.
1989; 157; 38 .
- 25.- Albarrán TC. Hurtado AH. Plastia de Vfas Biliares.
Experiencia de 25 años. Cirugia y Cirujanos .
1987; 54; 9 .
- 26.- Hurtado Ah. et. al. Valor de la Coledoscopia en preven
ción de Litiasis residual Rev. Gastroenterologia,
México, 1986: 51; 7 .