



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**IATROGENIA EN LAS VÍAS BILIARES SECUNDARIO A  
COLECISTECTOMÍA**

**TESIS**

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

**ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL**

PRESENTA:

**MIRANDA BARRAGAN, JOSÉ ALFREDO**

ASESOR: CERÓN RODRÍGUEZ, FERNANDO

MÉXICO, D.F.

1991



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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

11209  
65  
Zej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

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

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

"IATROGENIA EN LAS VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECISTECTOMIA"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL

DR. JOSE ALFREDO MORAÑA BARRAGAN,

PARA OBTENER EL TITULO DE LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGIA GENERAL

MEXICO, D.F.

FALLA DE ORIGEN

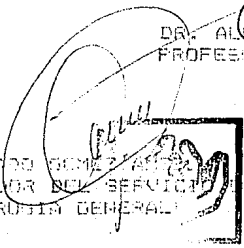
OCTUBRE 1991

DR. JAVIER DAVILA TORRES  
COORDINADOR DE CAPACITACION  
DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. ALEJANDRO DELGADO CHAVEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
★ OCT. 31 1991  
COORDINACION DE  
CAPACITACION Y DESARROLLO  
E INVESTIGACION

DR. ANA ROSA GOMEZ ZARATE  
COORDINADOR DEL SERVICIO DE  
CIRUGIA GENERAL



31 OCT. 1991

Subdirección General Médica  
Servicios de Enseñanza e Investigación  
División de Estudios de Posgrado e Investigación

IATROGENIA EN LAS VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECTISTECTOMIA

AUTOR: DR. JOSE ALFREDO MIRANDA BARRACON

Domicilio: Pavote No. 14 Infonavit Iztacalco, México, D.F.

ASESOR: DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ  
MEDICO ADSCRETO AL SERVICIO DE CLINICA Y QUIRURJIA

LOCAL TITULAR DE INVESTIGACION EN CIRUGIA GENERAL  
DR. ALFREDO DOLOADO CHAVEZ

JEFE DE INVESTIGACION

DR. ENRIQUE ELBUERO PINEDA

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS" I.S.S.S.T.E.

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
MATERIAL Y METODOS	4
RESULTADOS	6
DISCUSION	8
CONCLUSIONES	10
GRAFICAS Y CUADROS	11
BIBLIOGRAFIA	12

## RESUMEN

Se reporta el caso de un niño de 10 años de edad con diagnóstico de litiasis biliar.

El diagnóstico se estableció por ultrasonografía abdominal y se confirmó por laparoscopia.

El niño ingresó al Hospital General de México con diagnóstico de litiasis biliar. Se realizó laparoscopia y se extrajeron los cálculos. El niño fue dado de alta al Hospital General de México con diagnóstico de litiasis biliar. Se le dio seguimiento por 10 días y se dio de alta al Hospital General de México.

Se reporta el caso de un niño de 10 años de edad con diagnóstico de litiasis biliar. El niño ingresó al Hospital General de México con diagnóstico de litiasis biliar. Se realizó laparoscopia y se extrajeron los cálculos. El niño fue dado de alta al Hospital General de México con diagnóstico de litiasis biliar. Se le dio seguimiento por 10 días y se dio de alta al Hospital General de México.

Se reportaron 4 casos de litiasis en las vías biliares secundarias y colecistocoma que representaron el 4.12 %.

La edad fue de urgencia (10.91 %), y tres casos fueron cirugía electiva (70.84%). La edad promedio fue de 6.8 años.

Tres casos fueron del sexo femenino y uno del sexo masculino. El día de inicio se realizó laparoscopia de vías biliares.

En el 50 % de los casos, el diagnóstico de la litiasis en colecistocoma se estableció por ultrasonografía y dos casos por el de los otros dos casos se estableció en el postoperatorio a los 9 y 30 días.

La litiasis secundaria al cálculo fue causa de colecistocoma leve en 2 casos, moderada en 1 caso, y severa en el otro caso.

La laparoscopia de las vías biliares se hizo con resultados satisfactorios en todos los casos.

No hubo complicaciones asociadas a la litiasis y al procedimiento de reparación.

**T. Clavé: Litiasis . Vías Biliares. Colecistocoma.**

**SUMMARY**

The study is intended to evaluate the results of the procedure of cholecystectomy in patients with gallstone disease.

The study included 100 patients who had undergone cholecystectomy. The results of the procedure were evaluated in terms of the number of patients who had no complications, the number of patients who had complications, and the number of patients who had died.

From the study it was found that the procedure of cholecystectomy is safe and effective. The mortality rate was 0.0% and the morbidity rate was 0.0%.

The overall mortality rate was 0.0% with 0 cases. The overall morbidity rate was 0.0% with 0 cases. The overall mortality rate was 0.0% with 0 cases.

From a series of 100 patients, 100 patients were operated on during the cholecystectomy. The results of the procedure were evaluated in terms of the number of patients who had no complications, the number of patients who had complications, and the number of patients who had died.

The overall mortality rate was 0.0% during the procedure. In 100 cases, the overall morbidity rate was 0.0% during the procedure.

The cholecystectomy procedure was performed in 100 cases. The overall morbidity rate was 0.0% and the overall mortality rate was 0.0%.

In 100 cases, the overall morbidity rate was 0.0% and the overall mortality rate was 0.0%.

In 100 cases, the overall morbidity rate was 0.0% and the overall mortality rate was 0.0%.

**Key Words:** Gallstones, Cholecystectomy, Cholelithiasis.



## INTRODUCCION

Una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio es la litiasis biliar en la Colelestasiencia, que se produce en un nivel mundial en un promedio de 20% Colelestasiencia por cada 100,000 habitantes por año (1). En Estados Unidos de America se reportan 450,000 Colelestasiencias anuales (2).

Afortunadamente la mortalidad por litiasis biliar es baja, pero cuando se presenta algunas complicaciones transoperatorias como son las que se levan a cabo de las vesículas, se convierte en un reto para el cirujano en el cuidado de sus complicaciones y mortalidad asociada.

En general se reportan (3) la frecuencia del 6% en las conductas biliares postoperatorias en un 1.1 al 0.8% (4).

En otros estudios (5) se reporta un porcentaje de litiasis de 0.07% (lecturas de 6 años en los leídos de 51 hospitales distintos en los Estados Unidos de America).

Se citan en otros estudios, las incidencias de 6% al conducto biliar común de 1 a 450 colelestasiencias, reportándose que las complicaciones son ocasionadas frecuentemente por:

- a) Anomalías en la anatomía de la región (6)
- b) Presencia de sangrado incontrolable que origine poca visibilidad en el campo operatorio.
- c) Inflamación de los tejidos en forma importante que dificulta la identificación adecuada de las estructuras de la región (6, 8, 4, 5, 10).

En cuanto a la identificación del ducto, cuando se establece en el transoperatorio se basa principalmente en forma directa, bien sea por fuga de bilis o visualización de la lesión a la vis biliar, o bien por la cartografía de coleangiografía transoperatoria. Sin embargo la mayoría de las litiasis se identifican en el postoperatorio confirmando la cifra de las veces por estenosis de la vía biliar (9) y por sus consecuencias anatómicas fisiológicas.

Afortunadamente la litiasis de las vías biliares puede ser prevenible en un 90% aproximadamente.

Se reporta en varias series que en un 70% ocurren litiasis en 40% en una edad promedio de 51 años y alrededor del 40% son repetidas preventivamente (5).

La finalidad de la presente es intentar al momento de presentar los factores que influyen de forma directa e indirecta en la producción de la litiasis, así como la prevalencia de presentación en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos"

del ISSSTE de México, D.F., conocer la morbimortalidad de sus efectos secundarios, métodos de reparación del DCA y establecer de ser posible las medidas necesarias para evitar la litiasis.

## MATERIAL Y METODOS

Se revisó un material comprendido de 5.000 ml del 1.º de enero de 1926 al 31 de diciembre de 1950, en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del ISSSTE, en la ciudad de Mérida, Yucatán, donde se practicaron un total de 1.000 colangiostomías (con sus variantes) por vía epigástrica.

Se le va a llamar a las pacientes operadas de colangiostomía epigástrica, colangiostomías epigástricas de las vías biliares.

Entendiose por litogénesis el tipo de lesión producida por el cálculo a la vía biliar durante el procedimiento de colangiostomía epigástrica de las vías.

Para el presente estudio se incluyeron entre las presentes patologías originadas de colangiostomía (no operadas en el hospital) y que habían sido operadas para su control. Así mismo, las que presentaron diagnóstico postquirúrgico de causas de inclusión biliar paracálcica y los pacientes con etiología con defecto a la vía biliar relacionados con consecuencia de otro tipo de cirugía o bien las operadas colangiostomía con litogénesis originada en otro hospital.

## RESULTADOS

De las 1041 coleciostomías realizadas, el 71.4% (744) fue en mujeres y el 28.6% (297) realizada fue en hombres (gráfica 1).

La edad más frecuente fue 15 años y las 101 más edad, por encima de 60 años. La distribución de edades a lo largo de la vida osciló entre los 25 y 45 años, 27% entre los 15 y 25 años, 17% entre los 45 y 55 años, 24% entre los 15 y 25 años, 17% entre los 25 y 45 años, 17% entre los 45 y 60 años, 24% entre los 15 y 25 años (gráfica 2).

En cuanto al nivel de escolaridad, el 41% de las 1128 casos (493) y de urgencia de 179 casos (157) (gráfica 3).

El 52% de las 1128 coleciostomías realizadas en urgencia, el 74.5% y 48 coleciostomías más o menos en urgencia, lo que representa el 5.2% (gráfica 4).

Se presentó una mortalidad total de 0.02% (2 pacientes). De los cuales ninguno se debió al procedimiento, sino a una directiva relacionada a complicaciones sistémicas ya previamente diagnosticadas como diabetes mellitus descompensada, hipertensión arterial, asma, cardiopatía supurante entre otras.

De las 105 procedimientos de urgencia de la colección de 2 pacientes (1.8%) de 101 y 41 años respectivamente.

De las 1128 coleciostomías electivas fallaron 9 pacientes (0.8%) de edades comprendidas entre los 21 y 28 años.

El nivel se reportaron 4 casos de litrogénia en las vías biliares secundaria a coleciostomía de los cuales, corresponden al 0.3% de las 1241 coleciostomías realizadas (gráfica 5).

De estos un caso fue cirugía de urgencia que representó el 0.8% de las 107 reportadas. Tres casos fueron pacientes operados en forma electiva que representó el 2.8% en relación a las 1237 pacientes registradas (gráfica 6).

Las edades de los pacientes operados por litrogénia oscilaron entre los 55 y 73 años, con un promedio de edad de 60.5 años.

El caso femenino fue el más afectado, reportándose 3 casos por un total de 400 mujeres o 0.75%, que se correspondió al índice total de coleciostomías (1241) en el 2005. La diferencia numérica de los casos entre hombres (ED) y mujeres (101).

Las complicaciones postoperatorias fueron por colectitis crónica litrogénica en los 4 casos. El caso operado de urgencia sufrió de epididimitis descompensada. En dos de los casos se tuvo además el diagnóstico de colelitiasis que requirieron de exploración de vías biliares.

En la fase inicial de reportes, la imagen del hígado en ultrasonografía  
mostró un tamaño normal, pero, a consecuencia de la evolución de la enfermedad  
incurrió en un aumento de tamaño, evidenciándose el contenido hepático  
trabado por la presencia de un gran número de nodos de aspecto  
hipoecogénico.

El diagnóstico de etiología se repuso en todos los casos con  
delimitación histopatológica.

El promedio de estancia en el hospitalario en estos casos de 50 días  
con intervalos entre 15 y 140 días, (caso N.º 1).

A continuación se relatan el caso más de 100 días de evolución de  
los pacientes que padecieron de bilirrubinemia en sus bilios.

## CASO N.º 1

Se trata de paciente de 77 años de edad con sintomatología de  
cáncer vesicular de 6 meses de evolución. Presentando la imagen  
de un cáncer de la vejiga, infiltrando el páncreas anterior y la uretra,  
fiebre, dolor de los miembros inferiores y dolor de costas de  
gestión. No se evidencian antecedentes patológicos de  
importancia. La exploración clínica reportó Murphy positivo sin  
datos de infección peritoneal. El laboratorio reportó, leucocitos  
de 10,800; Hb 15g/100ml; Pl. 400,000; urea de 6.5mg/100ml y  
bilirrubina directa de 0.6mg/100ml. Se ingresó con diagnóstico de  
carcinoma de vejiga, litiasis aguda de etimología por  
Ultrasonografía (USD).

Se iniciaron los cuidados de urgencias, se le realizó  
colangiografía simple en forma retrograda. Tras las días siguientes  
de la cirugía evolucionó con fiebre, dolor en hipocostado  
derecho, vomito de contenido gástrico y fistula  
biliodigestiva. Se le practicó Colangiografía retrógrada  
endoscópica mostrando obstrucción y fuga del material de contraste  
de color rojo en el colado supraduodenal. Se le realizó  
cistostomía endoscópica, se practicó cistostomía percutánea del colado  
supraduodenal con fibroscopio, se le realizó drenaje de  
biliodigestiva del tipo de Colodoc, se evidenció  
fistulización retrocolica del "Y". Se trató la evolución de la  
paciente los días.

## CASO N.º 2

Se trata de paciente de 77 años de edad con sintomatología de  
cáncer vesicular de 6 meses de evolución presentando el cuadro  
anterior, con dolor de miembros de no ingreso, dolor de los  
miembros con la ingesta de alimentos, colangiografía  
endoscópica de urgencia, litiasis gástrica, colicostomía  
de urgencia, fistula biliodigestiva.

Con antecedentes patológicos de importancia son los  
hepatitis crónicas de tipo de BBE, se ingresó antes de su ingreso.  
En la exploración física se encontró Murphy positivo, sin datos  
de infección peritoneal. El laboratorio reportó: leucocitos de  
15,300; bilirrubina indirecta 1.5mg/100ml; bilirrubina

disturbios de C. de G. (transaminasas: glutámico oxalacético (GOT) de 54 U/ml; transaminasa glutámica pirúvica (GPT) de 100 U/ml; lactiferrina de 184 U/ml). En ingreso, con diagnóstico de Colelitiasis sintomática con colangiolitiasis se envía a la Jergonología de HCU. En el estudio que precede al ingreso clínico, realizado en el laboratorio en forma ambulatoria se exploró la ducto biliar con la cual se origina fístula con el conducto hepático. Ingreso con el diagnóstico de exploración precoz de B. de G. III, el diagnóstico de la lesión se establece tras exploración con el medio de la radiografía de colelitografía. Ingresó con el diagnóstico de fístula del medio de la colestografía con el conducto hepático izquierdo. Se repite la lesión con cierre por la vía de la colestografía. Con el cierre de la colestografía de la vía de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria.

En la evolución quirúrgica se encuentran litiasis múltiples en coledoco y fístula hepático-coledocales, se le realiza derivación bilioenteral del tipo de hepático-yeyuno anastomosis termino-terminal en "Y" de Ross. La evolución del paciente fue satisfactoriamente buena.

### CASO No. 3

Se trata de femenino de 60 años de edad con antecedentes de colico biliar secundario a la ingesta de alimentos colericoquardiosos, náuseas, vómito gastrobilios, a la exploración física Murphy positivo, sin datos de irritación peritoneal. Dentro de sus antecedentes patológicos se menciona hipertensión arterial sistólica de 2 años de evolución bajo tratamiento médico a base de nifedipina. En ingreso por HCU se ingreso por diagnóstico de Colelitiasis crónica. Litiasis estrictamente en la colestografía. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria.

Dos días después, en el postoperatorio, la evolución de la paciente es satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria. Dentro de los días siguientes se repite el diagnóstico de fístula de la colestografía. Evolución satisfactoria.

CASO No. 4

Se trata de fumador de 5<sup>a</sup> año de edad, con inicio del trastorno antes de su ingreso con Hipoesof. hipocordio derecho se estableció. Inicialmente se reportó de alteraciones colelitoides, eructos, vómitos, gastrobilios, fiebre, no con dificultad, diarrea, melena, prurito y dolor abdominal general. El examen de la ingesta de la exploración física abdominal se informó a Murphy, normal, sin datos de inflamación peritoneal. El laboratorio reportó: leucocitos de 25000; Hb 17.7 g/dl; lípidos de 200 mg/dl; Frotis de esf. de 146000; TUBO: 100; 14000; E.T. 0.00 g/dl; Ht. 1.62 m.

Se trató con dietas de Colelitosis, granja biliasis con colestestirina por 14 días. Colelitosis, estog. afé. reingreso endoscópico (CPPE).

El interrogatorio preguntando de la evolución de la colestestirina en el diagnóstico de vena biliosa, durante lo cual se reportó lesión a nivel del colédoco. En su posición se produjeron eructos, vómitos, melena, se reportó tal como con derivación biliodigestiva del tipo de colédoco, una anastomosis término-lateral en "Y" de Roux. La evolución de la paciente es satisfactoria de buena.

## DISCUSION

La frecuencia con la que se observó la conducta de este carácter en el caso clínico, en un total de 1011 casos de pacientes al D.E.M. en el Hospital de Acajutla.

En este estudio se presentó una correlación con el porcentaje en los casos operados de urgencia (7.1%) que en los operados en forma electiva (0.34%) se presentó independientemente sin embargo la correlación directamente con el procedimiento quirúrgico de la edad, que se presentó al inicio de la cirugía, por el diagnóstico en el Hospital Regional "Dr. Adolfo López Mateos" del IEGM en Mérida, Yucatán, se encuentran dentro de los porcentajes reportados a nivel mundial que van del 0.7% por los cirujanos de México y del 0.6% por los médicos por urgencia (7.14.19).

En cuanto a la incidencia de la conducta de este carácter en las cirugías de urgencia y electiva de forma global al 0.48%.

La frecuencia mayor de litrografía de las vías biliares secundarias e intestinales se presentó en los casos de litrografía electiva reportados tres veces (1.24%), en relación a los operados de urgencia con un caso (0.34%), sin embargo el porcentaje fue menor en los electivos de urgencia y la cifra es importante de algunos de estos casos como es el caso de litrografía de urgencia de urgencia (100 y 100 respectivamente).

Esto se debe a que, al 50% de los pacientes a la vía biliar en el trioperatorio I y II de este hospital se presentó en que se operó dicha lesión, en un caso por la presencia de cálculo de litrografía biliar, en el otro observado, como figa del cálculo de contraste a nivel del conducto hepático izquierdo al realizar la colangiografía intraperitoneal.

En los otros dos casos detectados en el postoperatorio; uno a los 20 días y el otro a los 9 días, se manifestaron clínicamente por ictericia, fiebre, dolor en hipocostado derecho, distensión biliar tanto la morbilidad del diagnóstico se basó en la realización de la IEGM.

Los cuestionarios psicológicos de cada paciente no influyeron como factores determinantes en la producción de la litrografía de las vías biliares.

En todo caso, la litrografía de las vías biliares de los estudios contrastados para la identificación y localización de la lesión tanto en el trioperatorio I y II como en el postoperatorio II resultó.

No se reportaron los síndromes psicopatológicos de las vías biliares que determinarían la causa de la litrografía.

El tipo de lesión más frecuente registrado en este estudio fue el calculoso en el trioperatorio I y II de urgencia representando el 70% y un solo caso en el conducto hepático izquierdo que representó el 25%.

El tipo de lesión de la frecuencia encontrada por la sección patológica T. causal del síndrome y falsa vía pancreática por el infiltrado e hiperplasia crónica de Bantini en el conducto biliar, sugiere el diagnóstico.

Este estudio que muestra lesiones en relación a la infección identificada, evidencian en la etiología del síndrome hepatocelular y el papel del virus en la etiología de la enfermedad, así como se reporta en los casos de la enfermedad de coledocolitiasis, como resultado de inflamación, con infiltrados a la producción de la litogénesis, la presencia de abscesos, foci inflamatorios, y una alta incidencia que dificulta la visualización y identificación adecuada de las diferentes estructuras anatómicas de la región.

En los casos de litogénesis (50%) se realizó exploración de las vías biliares por vía que implica un tal procedimiento se reporta en los factores que favorecen el desarrollo de litogénesis de la vía biliar.

La técnica de biliopancreática del tipo de la coledocolitiasis pancreática terciaria lateral en "V" de Roux fue el procedimiento quirúrgico de referencia más frecuentemente usado, realizado en tres casos y la hepático, con la coledocolitiasis terciaria lateral en "V" de Roux utilizada en un solo caso. En todos los casos con resultados satisfactorios.

No se reportó ninguna deficiencia asociada a la litogénesis en el método de referencia.

## CONCLUSIONES

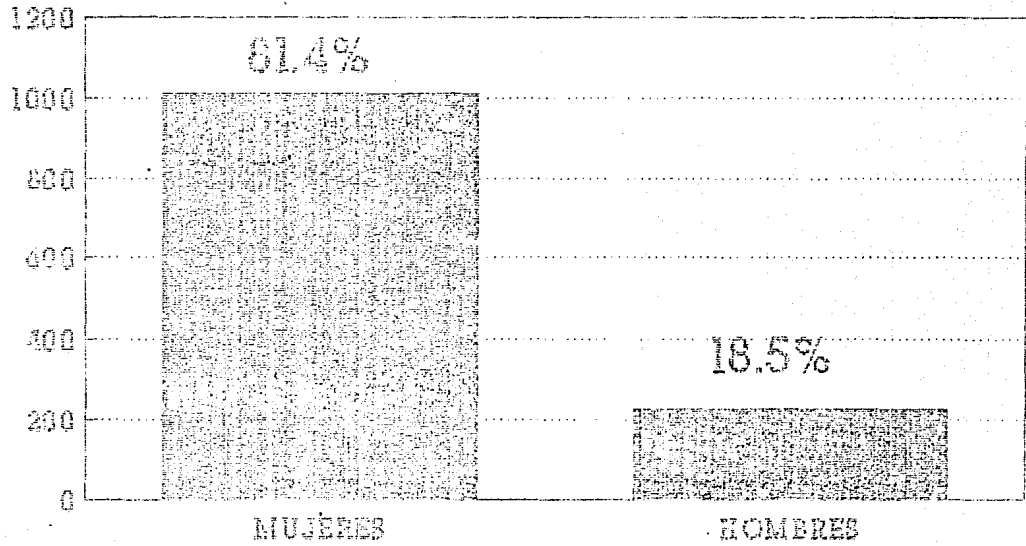
1.-La litogénesis de las vías biliares secundaria a coledocolitiasis fue del 50% (casos).

2.-En la litogénesis (50%) se reporta en un porcentaje de 50% del 0.50 al 0.50 (50%).

3.-El porcentaje de litogénesis a las vías biliares en el Hospital Regional "San Andrés Bello" del ISSSTE en la vía B.I. se reportó dentro de los límites generalmente aceptados para tal especialidad.



# DISTRIBUCION DE COLECISTECTOMIA

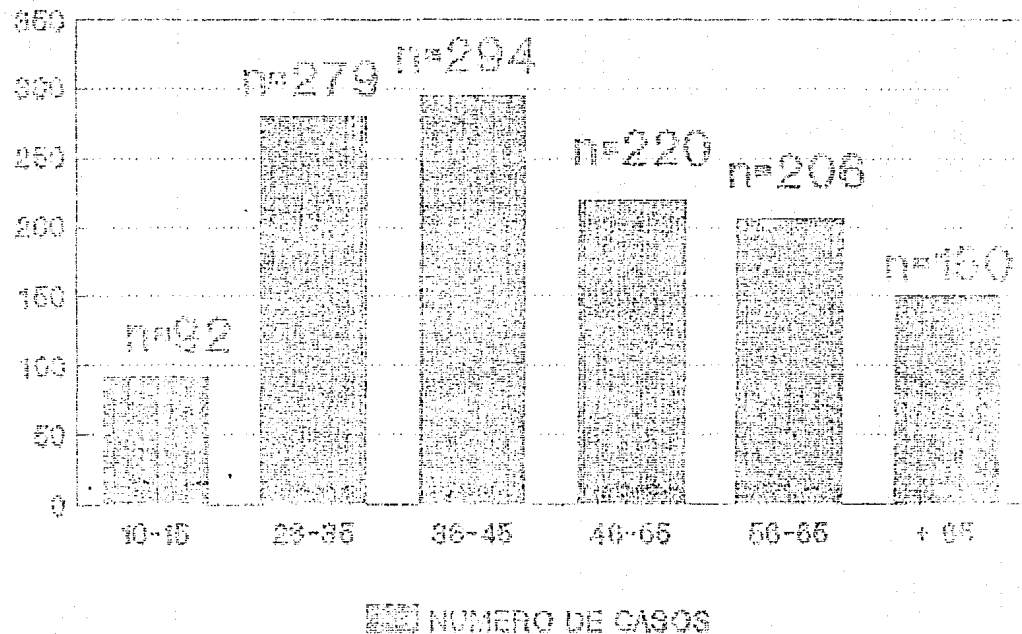


■ POR SEXO

GRAFICA #1

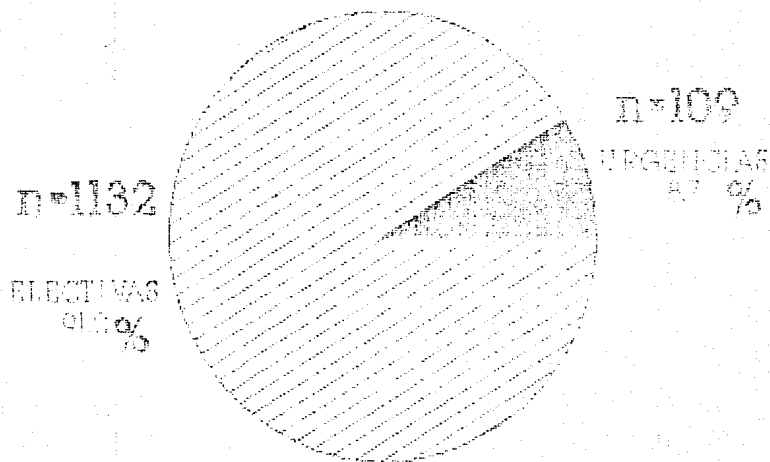
ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

# COLECISTECTOMIA POR INTERVALOS DE EDAD

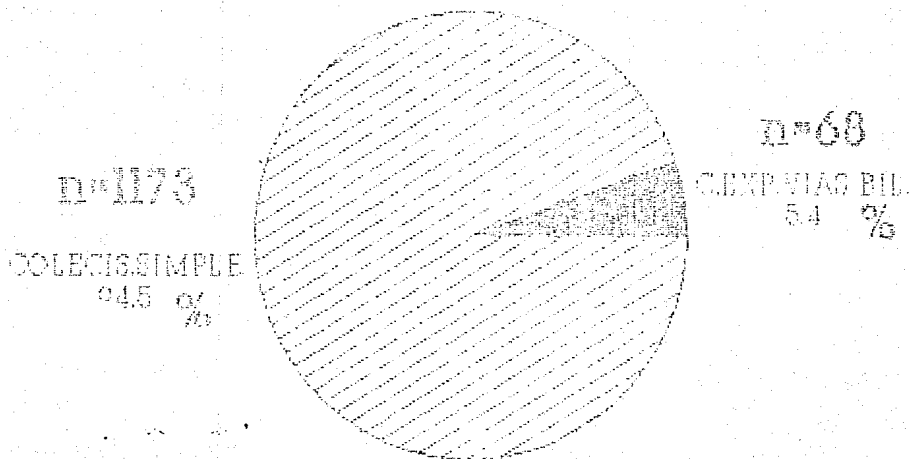


GRAFICA #2

# DISTRIBUCION CIRUGIAS DE URGENCIAS Y ELECTIVAS

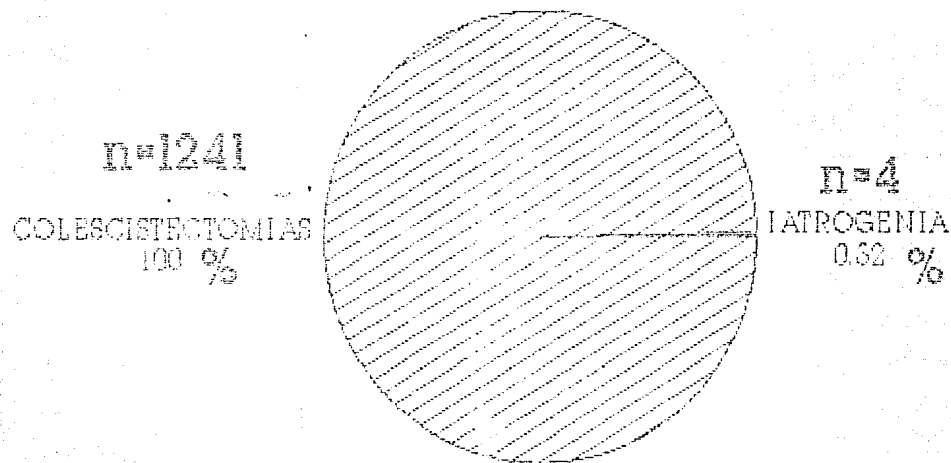


# COLESCISTECTOMIA SIMPLE Y COLES. EXPLORACION DE VIAS BILIARES



# IATROGENIA DE VIAS BILIARES

## SEC. A COLECISTECTOMIA



## CUADRO 1

### IATROGENIA EN VIAS BILIARES SECUNDARIO A COLECISTECTOMIA

TIPO DE CIRUGIA	NO. DE PACIENTES	%	COMPLICADOS	%
ELECTIVA	1132	91.2%	3	0.26%
URGENCIA	109	8.7%	1	0.91%
TOTAL	1241	100%	4	0.32%

\* = CASOS DE IATROGENIA

## CUADRO 2

### CUATRO CASOS DE IATROGENIA EN LAS VIAS BILIARES SECUNDARIA A COLECISTECTOMIA

CASOS	EDAD	DIAGNOS- TICO	TIPO DE CIRUGIA	TIPO DE LESION	DX DE LA LESION	METODO DE REPARA- CION	DIAS DE ESTANCIA HOSPITA- LARIA
I	9:30	CCL A*	URGENCIA	SECCION PARCIAL COLEDOCO SUPRARREN- DENTAL	POSTOPER- ATORIO 30 DIAS	HEPATICO YEYUNO AN ASTOMOSIS TERMINO LATERAL	30 DIAS
II	9:00	CCL+CDL ***	ELECTIVA	FALEA VIA EN EL CONDUCTO HEPATICO IZQUIERDO	TRANSOPER- ATORIO	HEPATICO YEYUNO AN ASTOMOSIS TERMINO LATERAL	18 DIAS
III	9:00	CCL**	ELECTIVA	SECCION PARCIAL DEL COLEDOCO SUPRARREN	POSTOPER- ATORIO 9 DIAS	COLEDOCO YEYUNO AN ASTOMOSIS TERMINO LATERAL	62 DIAS
IV	9:00	CCL+CDL	ELECTIVA	SECCION PARCIAL DEL COLEDOCO SUPRARREN	TRANSOPER- ATORIO	COLEDOCO YEYUNO AN ASTOMOSIS TERMINO LATERAL	110 DIAS

\*CCLA=COLECISTITIS CRONICA LITIASICA AGUDA.

\*\*CCL=COLECISTITIS CRONICA AGUDA.

\*\*\*CCL+CDL=COLECISTITIS CRONICA  
LITIASICA MAS  
COLEDOCOLITIASIS.

HRLALM ISSSTE

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-A.P.H. Andrew Sandberg MD. Accidental Lesions of the Gallbladder, Gallbladder, and Cholecystectomy. Results of Reconstructive Surgery of Intrahepatic Bile Duct. 1955 April. *Annals* 333-337.
- 2.-A.P.H. Andrew Sandberg MD. Accidental Lesions of the Gallbladder, Gallbladder, and Cholecystectomy. Results of Reconstructive Surgery. 1955 April. *Annals* 333-337.
- 3.-John P. Streple, MD. The Need For Careful Operative Dissection in Gallstone Cases During Cholecystectomy. *The Surgeon, Gynecology and Obstetrics* 1956 August; 147: 173-178.
- 4.-Fol. Nigher MD. Hepaticoduodenal Fistula: An Unusual Complication of Cholecystectomy. *The American Surgeon* 1957 November(51): 455-459.
- 5.-Jacqueline E. Gansan FRCP. Biliary Strictures: An Analytical Review 1970 to 1984. *Surgery* 1986 April 99(4): 402-412.
- 6.-Robert M. Thompson MD. Bile Peritonitis From A Cholecystohepatic Bile Ductule: An Unusual Complication of Cholecystectomy. *Surgery* April 1986; 99(4): 511-513.
- 7.-Kenneth S. Scher, MD. Complications of Biliary Surgery. *The American Surgeon* January 1957; 33(1): 14-21.
- 8.-Oystein Mathisen MD. Iatrogenic Bile Duct Injuries. *World J. Surg.* 1957; 11(3); 392-397.
- 9.-Thomas Piggs, MD. Biliary Tract Injuries Following Routine Cholecystectomy. *The American Surgeon* June 1961; 32(6): 312-314.
- 10.-E. Flaflinerich, MD. Intrahepatic Bile Duct Injuries. *World Journal Of Surgery*. 11, 324-325, 1987.
- 11.-G.H. Johnson, MD. Iatrogenic Bile Duct Stricture. *Br. J. Surgery*, September 1966; 73(9): 715-716.
- 12.-Lancel C.C. Harbada MD. A Modified Technique For Surgical Repair Of Duodenal Stenosis Of the Gallbladder. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* March 1955. 143: 227-228.
- 13.-Abraham Sperian, MD. The Management of Fistulas of the Biliary Tract After Injury to the Bile Duct During Cholecystectomy. *Surgery, Gynecology and Obstetrics* July 1958. 147: 23-25.
- 14.-William Brudner, MD. Early Management of Operative Injuries of the Extrahepatic Biliary Tract. *Ann Surg.* June 1952. 63(3): 442-455.
- 15.-Jacques Hegg, MD. Hepatic Jejunostomy Using The Left Biliary Tract For Iatrogenic Biliary Lesion: The French Connection. *World Journal Of Surgery*, June 1983. 5(3): 307-311.



