

11209

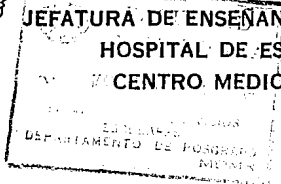
64

20)



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"



REINTERVENCION QUIRURGICA EN LA
VIA BILIAR

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DRA. RUTH AMANDA LOPEZ VALDES

ASESOR:

DR. FAUSTO GARCIA CARRASCO



IMSS

MEXICO, D. F. MARZO DE 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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).

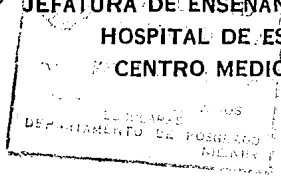
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

64
20)

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO "LA RAZA"



" REINTERVENCION QUIRURGICA EN LA
VIA BILIAR "

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A

DRA. RUTH AMANDA LOPEZ VALDES

ASESOR:

DR. FAUSTO GARCIA CARRASCO



IMSS

MEXICO, D. F.

MARZO DE 1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REINTERVENCION QUIRURGICA

EN LA VIA BILIAR

Realizada por Dra. Ruth Amanda López Valdes.

Especialista en Cirugía General.



Dr. Arturo Robles Páramo.

Jefe de Enseñanza e Investigación:

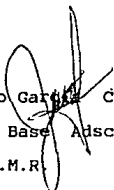
del H.E.C.M.R.



Dr. José Fenig Rodríguez.

Jefe del Dpto. de Cirugía General

del H.E.C.M.R.

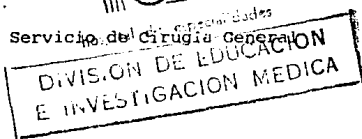


Dr. Fausto García Carrasco.

Médico de Base Adscrito al Servicio de Cirugía General

del H.E.C.M.R.

Director de Tesis.



**REINTERVENCION QUIRURGICA
EN LA VIA BILIAR**

DEDICATORIA

**A MIS PADRES Y HERMANOS...POR SUPUESTO.
A MI ASESOR DE TESIS DR. FAUSTO GARCIA CARRASCO POR EL
TIEMPO Y APOYO DEDICADOS PARA EL LOGRO DE LA MISMA.**

INDICE

| | |
|--------------------------------|----|
| Introducción..... | 1 |
| Antecedentes..... | 2 |
| Planteamiento del problema.... | 6 |
| Objetivos..... | 8 |
| Hipótesis..... | 9 |
| Programa de trabajo..... | 11 |
| Procedimiento metodológico.... | 15 |
| Resultados..... | 17 |
| Conclusiones..... | 21 |
| Discusión..... | 24 |

ANEXO

| | |
|---|----|
| Tabla 1. Clasificación de Bismuth..... | 27 |
| Tabla 2. Factores de Riesgo de Schweizer..... | 28 |
| Tabla 3. Evaluación Clínica Pitt-Terblanche..... | 29 |
| Tabla 4. Padecimiento Inicial..... | 30 |
| Tabla 5. Estudio Diagnóstico. | 30 |
| Tabla 6. Procedimiento qui- rúrgico 1a. y 2a. Reintervención..... | 31 |
| Bibliografía..... | 32 |

INTRODUCCION

La cirugía de Reintervención constituye hoy en día uno de los retos más difíciles del Cirujano General, definitivamente el estudio y tratamiento de los pacientes que han sido intervenidos quirúrgicamente de las vías biliares y han sufrido alguna complicación tanto en cirugía electiva como de urgencia requieren el conocimiento y habilidad suficientes para reconstruir la anatomía y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

El objetivo del cirujano debe ser; evitar hasta donde sea posible las reintervenciones no planeadas, lo cual puede lograrse estudiando integralmente al enfermo, corrigiendo en el preoperatorio los problemas nutricionales, infecciosos, cardiovasculares, y en otros aparatos. En caso de considerarse un paciente de alto riesgo, puede recurrirse a otras alternativas como el drenaje biliar preoperatorio.

La observación de la evolución de los pacientes durante mi residencia me motivó a realizar un estudio con el propósito de conocer las causas de reintervención, el estudio de los pacientes y los procedimientos quirúrgicos realizados para resolver dichas complicaciones.

ANTECEDENTES

"Reintervención quirúrgica" se refiere a un estado patológico ocasionado por una primera operación, en la que la solución del problema no fue satisfactoria, o bien ocasionó complicaciones que por sí mismas ameritan solución quirúrgica.¹

En cirugía abdominal el porcentaje de reoperación varía de 2.5 a 5%.² No hay datos confiables de la frecuencia de reintervenciones; algunos centros documentan parcialmente cifras que van de un 2.4 a 3.8 hasta 4% de reoperación temprana de la vía biliar.^{2,3,4.}

La más de las veces, se reinterviene por haberse efectuado un procedimiento incompleto o impropio durante la intervención inicial; otras ocasiones por accidentes transoperatorios y finalmente por procedimientos complejos o difíciles realizados por personal inexperto.¹

El riesgo de reintervenir puede disminuirse cuando se cumplen ciertas reglas: 1) Estudio preoperatorio completo, corrigiendo las alteraciones reportadas. 2) Buen manejo anestésico y cuidados postoperatorios. 3) Una incisión apropiada y adecuada, que facilite la intervención. 4) Laparotomía completa. 5) Técnica quirúrgica meticulosa.

6) Revisar la cavidad y campo quirúrgico al terminar la

intervención. 7) Drenar debidamente lo que deba ser drenado.
8) Solicitar ayuda cuando se llegue al límite de la habilidad, capacidad o recursos. ¹

El postoperatorio es muy importante teniendo en cuenta que muchos síntomas y signos no estarán presentes como datos sugestivos de complicación; básicamente por el uso de analgésicos, antibióticos o dispositivos de monitoreo invasivo.

Durante las primeras horas postintervención la primera complicación suele ser el sangrado. Después del primer día hasta el quinceavo, además de la hemorragia, la peritonitis y obstrucción intestinal. Posteriormente abscesos residuales y oclusión intestinal son los principales motivos de reintervención por cirugía gastrointestinal¹.

Las complicaciones que requieren reintervención aparecen lentamente y estarán presentes aún sin grandes manifestaciones clínicas, lo que hace necesaria la revisión periódica del paciente por parte de enfermería y médicos.

El número de reintervenciones es un factor determinante en la morbimortalidad, pues luego de una cuarta reintervención la mortalidad es prácticamente del 100%¹. Intimamente relacionados a la morbimortalidad se encuentran también la edad mayor de 50 años, intervención inicial en proceso agudo, presencia de falla orgánica múltiple,

realización de exploración de vía biliar, factores nutricionales y la región geográfica de procedencia^{1,5,6}.

Las operaciones sobre la vesícula y vías biliares ocupan el primer lugar en las intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo. Glenn⁷ considera la mortalidad de 1% para cirugía programada; otros señalan mortalidad en menores de 50 años de 0.1%^{8,9}. Es de esperarse una mayor mortalidad en casos de cirugía de urgencia, en pacientes con enfermedad biliar complicada, o en aquellos de edad avanzada, relacionándose la morbimortalidad a procedimientos quirúrgicos más extensos o a enfermedades asociadas^{5,6}.

El aumento de la morbimortalidad se relaciona con complicaciones mayores, que pueden presentarse durante el acto quirúrgico o inmediatamente después; o tardías, aquellas presentes en el lapso de semanas, meses e incluso años después de la operación original¹⁰.

En un estudio preliminar realizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza, México, D.F.¹, de 100 pacientes consecutivos de complicaciones quirúrgicas diversas, correspondieron 30 de ellos a intervenciones en vesícula y vías biliares. El 70% correspondió al sexo femenino y 30% al masculino; la edad comprendió entre 23 a 82 años. Un grupo de 12 pacientes (40%) operados en forma electiva, otro grupo de 10 pacientes (33.3%) con cirugía de urgencia por problema agudo y otro grupo de 8 pacientes

(26.7%) con participación en su patología biliar. Se efectuaron 51 operaciones en total, de las cuales 23 al primer grupo, 17 al segundo y 11 al tercero. En la serie la mortalidad total para los enfermos reintervenidos por problema biliar fue de 60% (18 pacientes).

En todos lo casos las complicaciones que ameritaron reoperación se presentaron en forma temprana con un mínimo de 3 horas y máximo de 12 días.

Las causas más frecuentes de reintervención fueron:

Biliperitoneo, hemoperitoneo o evisceración.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Las operaciones sobre la vesícula y vías biliares ocupan el primer lugar en las intervenciones quirúrgicas del aparato digestivo, las complicaciones derivadas de dichas intervenciones continúan siendo un problema difícil de resolver. Vale la pena actualizar la información en relación a las causas que en su momento motivan la reintervención sobre las vías biliares, características clínicas de los pacientes, el tipo de cirugía inicial, las incidencias durante el transoperatorio así como los factores condicionantes de complicaciones postoperatorias, los procedimientos que llevaron al diagnóstico y el tipo de tratamiento realizado con la finalidad de establecer lineamientos generales que conduzcan a disminuir la morbimortalidad de los pacientes.

- 1) Cuales son las causas que originan reintervención quirúrgica sobre la vía biliar?
- 2) Que características clínicas tienen los pacientes que se reintervienen de las vías biliares?
- 3) Cuales son los factores condicionantes de las causas que ameritan reintervencion quirúrgica de la vía biliar?
- 4) Que procedimiento quirúrgico inicial condujo con mayor frecuencia a reintervención de las vías biliares?
- 5) Que incidentes transoperatorios ocurrieron?

- 6) Como se estableció el diagnostico de la complicación?
- 7) Que tipo de tratamiento quirúrgico se realizó dependiendo de la complicación?
- 8) Cuales fueron los resultados del Tratamiento quirúrgico?

OBJETIVO GENERAL.

Conocer las causas, diagnóstico y tratamiento de la reintervención quirúrgica sobre las vías biliares en pacientes tratados en el Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza de 10 de Enero de 1992 al 31 de enero de 1994.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar cuales son las causas que originan reintervención quirúrgica sobre la vía biliar.

Analizar las características clínicas de los pacientes que se reintervienen de las vías biliares.

Definir cuales son los factores condicionantes de las causas que ameritan reintervención quirúrgica de la vía biliar.

Determinar que procedimiento quirúrgico inicial condujo con mayor frecuencia a reintervención de las vías biliares.

Conocer que incidentes transoperatorios ocurrieron durante la primera operación.

Citar como se estableció el diagnóstico de la complicación.

Describir que tipo de tratamiento quirúrgico se realizó dependiendo de la complicación.

Analizar cuales fueron los resultados del Tratamiento quirúrgico.

HIPOTESIS.

1. Es probable que los cuadros de Colecistitis Aguda sean los que con mayor frecuencia se complican y lleven a reintervenciones quirúrgicas.
2. Probablemente se reintervienen con mayor frecuencia los pacientes mayores de 50 años.
3. Probablemente se complique mas el procedimiento inicial por fallas en la técnica quirúrgica, por tratarse de un cuadro agudo, no contar con colangiografía transoperatoria estudio incompleto o por causas de la enfermedad misma.
4. Es factible que el explorar la vía biliar condicione reintervenciones quirúrgicas posteriores.
5. Puede ser lesionada la vía biliar en forma inadvertida durante la intervención inicial llevando a estenosis benigna y posterior reintervención.
6. Probablemente los estudios de RX contrastados (Colangiografía transoperatoria, CPRE o transhepatica) evidencian con mayor frecuencia una complicación postquirúrgica de la vía biliar ya sea de forma temprana o tardía.
7. Es probable que de las derivaciones biliodigestivas se utilice con mayor frecuencia la "Y" de Roux.

8. El tipo de procedimiento quirúrgico empleado en la reconstrucción de la vía biliar, dependerá fundamentalmente del sitio, tiempo de evolución de la lesión y del calibre de la vía biliar al momento de la reintervención.

Para cada objetivo específico se consideraron hipótesis Nula y Alterna.

PROGRAMA DE TRABAJO.

Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal en el cual se considerará como universo de trabajo, los pacientes tratados quirúrgicamente con reintervención de la vía biliar que acudieron o a la Consulta Externa o que fueron enviados de otros hospitales o instituciones al Departamento de Cirugía General del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza, durante el lapso comprendido entre el 1o de Enero de 1992 al 31 de Enero de 1994, bajo los siguientes Criterios de Selección.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- . Pacientes de ambos sexos.
- . Mayores de 16 años.
- . Antecedente de Colecistitis Aguda o Crónica.
- . Exclusivamente pacientes con Reintervención de la vía biliar.
- . Primera intervención electiva o urgente.

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- . Menores de 16 años.
- . Presencia de Neoplasia comprobada, tanto primaria como metastásica.

- . Lesiones producidas por trauma contuso o penetrante.
- . Estenosis por colangitis esclerosante primaria, pancreatitis crónica, estenosis del esfínter de Oddi.
- . Pacientes tratados endoscópica o radiológicamente.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- . Pacientes con expediente incompleto para el estudio.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE LA INFORMACION.

Se consultará el archivo del Departamento de Cirugía General así como el Archivo Clínico del Hospital de Especialidades Centro Médico La Raza y los datos serán recopilados en una cédula de recolección, (la cual se anexa formato), posteriormente se hará la captura en un Manejador de Bases de Datos (dBase IV v:1.1) electrónica para procesar la información finalmente en un programa Estadístico (STATA V 2.3).

ANALISIS ESTADISTICO.

| No Variable | Indicador | Escala | Estadística |
|----------------------------------|------------------|---------------|--------------------|
| 1) Edad | años | Numérica | t de Student |
| 2) Sexo | M/F | Nominal | Chi cuadrada |
| 3) Cirugía inicial | nombre | Nominal | ANOVA |
| 4) Condición cirug | electiva/urg | Nominal | Chi cuadrada |
| 5) Tipo de Lesión | I-IV | Ordinal | ANOVA |
| 6) No Reintervenc | No | Numérica | t de Student |
| 7) Factores riesgo | nombre | Nominal | S R Wilcoxon |
| 8) No Factores R | No | Numérica | t de Student |
| 9) Tiempo 1a rein- tervención | días | Numérica | t de Student |
| 10)Tiempo 2a rein- tervención | días | Numérica | t de Student |
| 11)Tiempo 3a rein- tervención | días | Numérica | t de Student |
| 12)Causa 1a rein- tervención | causa | Nominal | ANOVA |
| 13)Causa 2a rein- tervención | causa | Nominal | ANOVA |
| 14)Causa 3a rein- tervención | causa | Nominal | ANOVA |
| 15)MORTALIDAD | | | |
| 1a Reintervenc | muerto/vivo | Nominal | Chi cuadrada |
| 2a Reintervenc | muerto/vivo | Nominal | Chi cuadrada |
| 3a Reintervenc | muerto/vivo | Nominal | Chi cuadrada |

| No Variable | Indicador | Escala | Estadística |
|---------------------------------|------------------------------|----------|--------------|
| 16) Estancia hosp | días | Numérica | t de Student |
| 17) Hospital de procedencia | Hospital | Nominal | ANOVA |
| 18) Problemas asociados | Problema | Nominal | ANOVA |
| 19) No Problemas | No | Numérica | t de Student |
| 20) Diagnostico de la lesión | Procedimiento diagnostico | Nominal | ANOVA |
| 21) Clasificación Clínica | I-IV | Ordinal | ANOVA |
| 22) Resultado Final | éxito/fracaso | Nominal | chi cuadrada |
| 23) colangio | SI/NO | Nominal | chi cuadrada |
| 24) Estudio Incompleto | SI/NO | Nominal | chi cuadrada |
| 25) Enf Inicial Complicada | SI/NO | Nominal | chi cuadrada |
| 26) Dilatación de vía biliar | SI/NO | Nominal | chi cuadrada |

PROCEDIMIENTO METODOLOGICO.

Con el propósito de comprobar o disprobar las hipótesis planteadas se analizarán las siguientes variables:

Edad, cuantificada en años; sexo, parámetros demográficos; el tipo de cirugía inicial, la condición de la cirugía en función de ser electiva o urgente; el tipo de lesión de la vía biliar, estratificada en 5 categorías de acuerdo a la clasificación de Bismuth.¹², (TABLA 1) Se cuantificará el número de reintervenciones quirúrgicas realizadas y para evaluar y relacionar los factores de riesgo de Schweizer.¹³, (Tabla 2) El tiempo de evolución a la primera o enésima reintervención puede estar relacionado con el pronóstico y modificarlo a su vez, por lo que se cuantificará en meses y para cada caso se registrará la causa que motivó la reintervención.

La mortalidad perioperatoria de cada evento quirúrgico se cuantificará. Tomaremos en cuenta el hospital de procedencia, los días de estancia intrahospitalaria. En cuanto a la evaluación del estado general del paciente en el momento de la reintervención, se registrará el tipo de problema asociado y el número de los mismos.

El análisis del procedimiento diagnóstico definitivo para establecer el sitio de la lesión, se considerarán fundamentalmente estudios radiológicos y ultrasonográficos

(C.P.R.E., colangiografía percutánea o transoperatoria). Los resultados de los procedimientos quirúrgicos realizados se evaluarán de acuerdo a la clasificación clínica de Pitt.14, (Tabla 3).

Se registrará tipo de procedimiento realizado para tratar las complicaciones y el resultado final de los mismos será considerado como Exito o Fracaso acorde a los grados clínicos de Terblanche.19, (Tabla 3) Será exitoso para grado I si está asintomático, sin datos de colangitis o ictericia y con PFH normales; grado II con síntomas transitorios, esporádicos y con PFH normales. Será fracaso de la intervención en caso de que el paciente califique en grado clínico III es decir con síntomas recurrentes y deterioro de la función hepática, con PFH alteradas y el grado clínico IV con estenosis recurrente que amerita reintervención, así como la muerte temprana en el perioperatorio.

Otras variables a considerar con propósito de homogeneizar la muestra y estimar probables factores condicionantes del éxito o fracaso son el hecho de si se tomó colangiografía transoperatoria, se estudió completamente el caso, si la enfermedad inicial era complicada o no; así como el calibre de la vía biliar al momento de la reoperación.

RESULTADOS.

En el HECMR, de enero 1 de 1992 a enero 31 de 1994, se estudiaron 30 pacientes con reintervención de la vía biliar en por lo menos una ocasión.

De 30 pacientes (100%), 20 fueron mujeres (66.6%) y 10 hombres (33.3%). La edad promedio de 46 y 50 años respectivamente, con mínima de 22 y máxima de 72 para sexo femenino y 32 mínima con máxima de 69 para sexo masculino, no habiendo diferencia significativa. El promedio de edad global para reintervención de la vía biliar fue de 47.6 años. Hubo el mismo número de pacientes mayores y menores de 50 años.

En 23 pacientes no se presentaron problemas asociados, representando el 76.67%. 4 pacientes con sepsis, 2 con pancreatitis leve y 1 portador de valvulopatía mitral.

En 25 pacientes se encontraron cuando menos un factor de riesgo asociado a una primera reintervención en la vía biliar. Por otra parte, 13 pacientes (43.33%), cursaron con ictericia como factor de riesgo más frecuente; 6 pacientes tuvieron además colangitis siendo estos el 20%. El 19.99% (6 pacientes) tuvieron otros factores de riesgo y solo 5 pacientes (16.67%) libres de estos.

El 90% de los pacientes (27) procedentes de su HGZ; 2 de SSA siendo el 6.67% y 1 (3.33%) del HECMR.

El diagnóstico con el cual se realizó la primera cirugía fue colelitiasis en 23 pacientes (76.67%); coledocolitiasis y piocolecisto en 2 pacientes para cada uno con un 6.67% cada uno. Tomando en cuenta que en 19 pacientes (63.33%), la cirugía inicial fue electiva, con 11 pacientes (36.67%) urgentes; derivando de ello que preoperatoriamente el 80% (24 pacientes) se estudiaron completamente, tanto por clínica como por gabinete, a diferencia del 20% (6 pacientes) que no fueron estudiados completamente, correspondiendo estos últimos a los pacientes operados con carácter de urgencia. Así mismo, 7 pacientes (23.33%) tuvieron complicada su enfermedad inicial, en relación a 23 pacientes (76.67%) sin complicaciones. Se encontró diferencia significativa en cuanto a que hubo mayor número de complicaciones de la enfermedad inicial en los pacientes que requirieron cirugía de urgencia, con una $p=0.004$

El procedimiento quirúrgico inicial con más frecuencia realizado fue la colecistectomía simple en 19 pacientes (63.33%); dato que se relaciona con el diagnóstico inicial que fue colelitiasis y en pacientes con cirugía electiva. En 5 pacientes (16.67%), se agregó al primer procedimiento la exploración de la vía biliar. (Tabla 4).

El estudio diagnóstico definitivo preoperatorio para realizar la primera reintervención fue ultrasonido+colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 9 pacientes (30%); 8 pacientes solo con ultrasonido siendo el

26.67% y 4 pacientes con CPRE (13.33%). El resto de los pacientes muestra variantes asociadas de los estudios antes citados con tomografía o colangiografía entre otros. Solo 1 paciente se reintervino sin tener estudio de gabinete preoperatorio. (Tabla 5).

La primera reintervención de la vía biliar se realizó por diagnóstico de coledocolitiasis residual en 10 pacientes (33.33%) y coledocolitiasis recidivante en 8 pacientes (26.67%). Otros 10 pacientes se reintervinieron por presentar lesión de la vía biliar correspondiendo según los estadios por clasificación de Bismuth a 7 del tipo I, 2 del tipo II y 1 del tipo III. Estas últimas se diagnosticaron 4 por USG+CPRE; 2 por USG únicamente y 1 por colangiografía transonda en T. (Tabla 6).

Con los estudios diagnósticos definitivos preoperatorios y durante la primera reintervención, se encontró que 21 pacientes (70%), tuvieron dilatada la vía biliar y solo 9 pacientes (30%) no. Los 4 pacientes que se reintervinieron por segunda vez presentaron igualmente hasta ese momento dilatación de la vía biliar. Con la presencia de la dilatación de la vía biliar, los procedimientos quirúrgicos de reintervención fueron en su mayoría derivaciones biliodigestivas, realizándose en 11 pacientes hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux siendo estos el 36.67% y en 7 pacientes (23.33%) se les realizó coledocoduodenoanastomosis. Entre otros procedimientos

quirúrgicos se efectuaron 3 esfinteroplastias y 3 reexploraciones de la vía biliar con un 10% para cada una. 26 pacientes no requirieron de segunda reintervención. Los 4 (13.33%) que se reintervinieron por segunda ocasión se les realizó hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. De los pacientes con lesión de la vía biliar tipo I de Bismuth, se realizaron 2 coledocoduodenoanastomosis, 1 esfinteroplastía y 4 hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. De las lesiones tipo II (2 pacientes) y tipo III (1 paciente) se realizaron hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux. (Tabla 6) Durante la primera reintervención, solo a 4 pacientes (13.33%) se les realizó colangiografía transoperatoria.

El promedio de tiempo al que se reintervinieron por primera vez fue desde 14 días a 4 años y a la segunda ocasión fue de 263 días, no siendo una diferencia significativa.

El resultado final de la primera y segunda reintervención hasta el momento es exitoso en 28 pacientes (93.33%) y fracaso en 2 pacientes (6.67%). De los pacientes con fracaso se reporta una defunción.

CONCLUSIONES

Del estudio, encontramos mayor frecuencia de reintervención de la vía biliar en el sexo femenino, con un promedio de edad de 47.6 años.

El 76.67% no presentaron problemas asociados.

El factor de riesgo más frecuentemente encontrado, es la ictericia en 13 pacientes y asociado a colangitis en 6 pacientes.

La mayor parte de los pacientes (27, 90%) proceden de su Hospital General de Zona.

El diagnóstico preoperatorio inicial fue colelitiasis, con 76.67% (23 pacientes), seguido de piocolecisto y coledocolitiasis con 2 pacientes cada uno y 6.67% cada uno.

El 63.33% (19 pacientes) de las cirugías iniciales fueron electivas, incluidas entre los que se estudiaron completamente en forma preoperatoria que fueron 24 pacientes (80%).

Solo 7 pacientes (23.33%) tuvieron complicada su patología inicial.

El procedimiento quirúrgico inicial realizado con más frecuencia fue la colecistectomía en 19 pacientes (63.33%) y asociada a exploración de la vía biliar en 5 pacientes (16.67%).

En 9 (30%) pacientes se estudiaron con ultrasonido y colangipancreatografía retrógrada endoscópica previo a la primera reintervención.

La primera reintervención se realizó principalmente por diagnóstico de coledocolitiasis residual en 10 pacientes (33.33%) y por coledocolitiasis recidivante en 8 pacientes (26.67%), con 10 pacientes portadores de lesión de la vía biliar clasificadas según estadios de Bismuth, siendo más frecuente la tipo I con 7 pacientes.

Por estudio de gabinete y al momento de la primera reintervención, se encontró dilatación de la vía biliar en 21 pacientes (70%), favoreciendo para la reparación quirúrgica la realización de derivaciones biliodigestivas, siendo de ellas la más utilizada la hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux, en 11 pacientes (36.67%) a la primera reintervención y en los 4 pacientes (13.33%) de la segunda reintervención; además de 7 pacientes (23.33%) a quienes se les realizó coledocoduodenoanastomosis.

Solo a 4 pacientes se les realizó estudio transoperatorio durante la primera reintervención.

Se apreció un lapso mayor entre la cirugía inicial y la primera reintervención, desde 14 días a 4 años en promedio y entre la primera y segunda reintervención en promedio 1 año.

Se registró una muerte y solo 1 paciente vivo con fracaso del tratamiento quirúrgico, el resto (28 pacientes) vivos con éxito posterior al manejo quirúrgico.

El paciente que falleció fue una mujer de 72 años de edad operada de urgencia, sin estudio preoperatorio completo, en su HGZ y con diagnóstico inicial de colecistectomía realizando como cirugía inicial colecistectomía con exploración de la vía biliar. La paciente cursó con colangitis supurativa como único factor de riesgo. Al reintervenir previo ultrasonido, presentó dilatación de la vía biliar y se le realizó coledocostomía con exploración de la vía biliar.

DISCUSION

Encontramos aún a la colecistectomía como una de las cirugías que más frecuentemente se efectúan y muy probablemente a ello se deba el alto índice de complicaciones sobre las vías biliares.

De acuerdo al estudio preliminar realizado en el Hospital de Especialidades del Centro Médico La Raza se encontró predominio en el sexo femenino, dato que se corrobora en nuestro estudio con 66.6% de presentación; en relación al sexo masculino con el 33.3%. La edad de los pacientes se encontró en un rango de 22 a 72 años; con promedio de 47.6 años.

Podemos distinguir igualmente 2 grupos de pacientes: Los operados en forma electiva que fueron 63.3% y el 36.67% operados en forma urgente; misma distribución que en el estudio preliminar. El grupo en total de 30 pacientes fueron sometidos a 33 reintervenciones, de las cuales correspondieron a 19 (63.33%) cirugías para el grupo de cirugía electiva y 11 (36.67%) para el grupo de cirugía urgente. Al igual que en estudios previos, un mayor número de reintervenciones se realizan en pacientes de cirugía electiva.

La morbilidad de nuestro estudio fue del 14.4% (4 pacientes), de los cuales 3 se reitervinieron y 1 se reporta actualmente

como fracaso al resultado, con persistencia de sintomatología y pruebas de funcionamiento hepático alteradas.

A diferencia del estudio preliminar del Hospital en el cual las complicaciones se presentaron tempranamente con un mínimo de 3 horas y máximo de 12 días, nosotros observamos la gran mayoría de las complicaciones en forma tardía; con un mínimo de 14 días y un máximo de 4 años en promedio. La mortalidad estimada fue de 1 paciente de 30 en total, lo cual se considera aceptable en función de los resultados en contexto mundial.

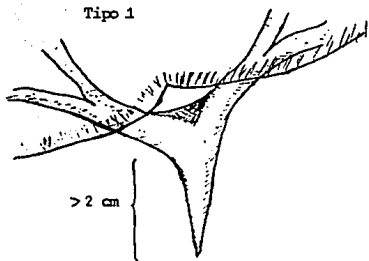
Por otra parte, también difirió nuestro estudio en relación al preliminar en cuanto a las causas más frecuentes de reintervención, de las que previamente se refieren: Biliperitoneo, hemoperitoneo y evisceración; para nosotros la causa de reintervención fue coledocolitiasis residual con 10 pacientes (33.33%), y con igual número de pacientes y porcentaje para las lesiones de la vía biliar independientes de su localización y clasificables por los criterios de Bismuth, seguidas por litiasis recidivante con 8 pacientes (26.67%).

Podemos agregar que aparentemente los problemas asociados registrados, no tuvieron importancia como tales, ya que la mayor parte de los pacientes (76.67%) no los presentó. La gran mayoría presentó ictericia como factor de riesgo más importante (43.33%) y ésta, asociada a colangitis en el 20%.

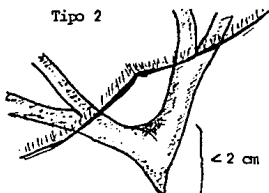
El 90% de los pacientes procedieron de su hospital general de zona. El 70% de los pacientes tuvieron dilatada la vía biliar al momento de su reintervención, misma que persistió hasta la segunda reintervención.

Nivel de la estrechez de los conductos biliares con relación a la confluencia de los conductos hepáticos.

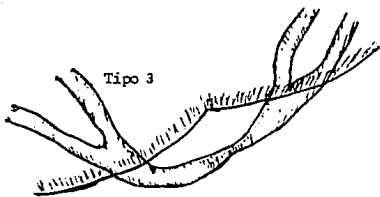
Tipo 1



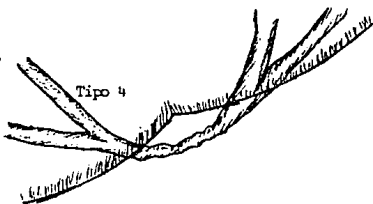
Tipo 2



Tipo 3



Tipo 4



Tipo 5

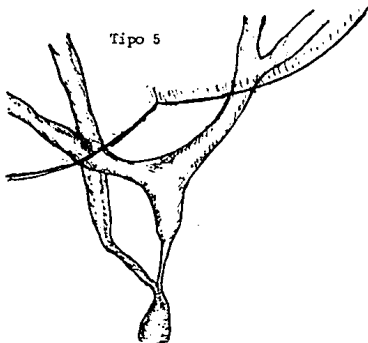


TABLA 2. FACTORES DE RIESGO DE SCHWEIZER.

- Obstrucción del tracto biliar alto (tipos 3,4 y 5 de Bismuth)
- Estenosis segmentaria o difusa de conductos biliares.
- Complejo hepático de atrofia o hipertrofia.
- Múltiples cirugías previas.
- Hipertensión portal.
- Concreción intrahepática.
- Colangitis o ictericia recurrentes.
- Alteración de la función hepática, fibrosis o cirrosis.
- Fistulas biliares internas o externas.

TABLA 3. EVALUACION CLINICA DE RESULTADOS POSTOPERATORIOS.

PITT - TERBLANCHE.

- * Grado I. Asintomático y con función hepática normal.
 - * Grado II. Síntomas transitorios. esporádicos y función hepática normal.
 - & Grado III. Síntomas recurrentes y deterioro de la función hepática.
 - & Grado IV. Estenosis recurrente que requiere reintervención quirúrgica.
-
- * ÉXITO.
 - & FRACASO.

TABLA 4. PADECIMIENTO INICIAL.

| DIAGNOSTICO INICIAL | FRECUENCIA |
|-------------------------|-------------|
| Colecistitis alitiásica | 1 |
| Colangitis | 1 |
| Coledocolitiasis | 2 |
| Colelitiasis | 23 (76.67%) |
| Hidrocolecisto | 1 |
| Pioccolecisto | 2 |
| TOTAL | 30 |

TABLA 5. ESTUDIO DIAGNOSTICO.

| ESTUDIO | FRECUENCIA |
|-----------------------|------------|
| Colangio percutánea. | 1 |
| Colangio transonda T. | 3 |
| C.P.R.E. | 4 (13.33%) |
| U.S.G. | 8 (26.67%) |
| U.S.G - Colangio. | 2 |
| U.S.G - C.P.R.E. | 9 (30%) |
| U.S.G - T.A.C. | 2 |
| Sin estudio. | 1 |
| TOTAL | 30 |

TABLA 6. PROCEDIMIENTO QUIRURGICO A LA 1a. Y 2a. REINTERVENCION

| PROCEDIMIENTO | FRECUENCIA 1a. | 2a. |
|----------------------------------|-----------------------|------------|
| Coledocoduodenoa.-EVB | 2 | |
| Coledocoduodenoanastomosis | 7 (23.33%) | |
| Esfinteroplastía | 3 | |
| Exploración de la vía biliar | 3 | |
| Esfinteroplastía - EVB | 2 | |
| Hepaticoyeyunoanastomosis en "Y" | 11 (36.67%) | 4 (13.33%) |
| Lavado - Drenaje | 2 | |
| TOTAL | 30 | 4 |

BIBLIOGRAFIA.

1. Arrubarrena, A.V. "Reintervención quirúrgica urgente y planeada", en Gutiérrez, S.C. Fisiología quirúrgica del aparato digestivo, Ed. Manual Moderno, México, 1988; pp.402-414.
2. Taylor, W.T. y Cameron, H.R.: Reoperative gastrointestinal surgery. Sd. Ed. Little Brown Co. Boston 1973.
3. Halt, R.C., Butcher, H.R. y Ballinger, W.F.: Biliary tract operations. A review of 100 patients. Arch Surg 1969; 98:428.
4. Ohio Chapter American College of Surgeons: 28621 Colectomies in Ohio, A.J. Surg 1970; 119:712.
5. Bredesen, J., Jorgensen, T., et.al.: Early postoperative mortality following cholecystectomy in the entire female population of Denmark, 1977-1981. World J. Surg 1992; 16:530-535
6. Cheng., Fang, H.S., Wing, K.P., Lui, Y.: Factors affecting morbidity and mortality in biliary tract surgery. World J. Surg 1992; 16:536-540.
7. Bordley, J. y Taylor, W.T.: Causes for 340 reoperation on the extrahepatic bile ducts. Ann Surg 1989; 190:442.

8. Longmire, W.B.: The diverser causes of biliary obstruction and their remedies, *Curr Probl Surg* 1987; 14:7.
9. Monge, J.J.: Secondary exploration of the biliary tree. *Am J Surg* 1991; 111:673.
10. Smith, R.: Obstructions of the bile ducto. *Br J Surg* 1989; 66:69.
11. Girard, R.M. "Cálculos en el colédoco: enfoques quirúrgicos", en Blumgart, L.H. *Cirugía del hígado y de las vías biliares*, Ed. Med. Panamericana, México, 1988; 1:682-687.
12. Pereira, L.L.: Biliary reconstruction in benign postoperative stricture with transhepatic tubes. *Am J Surg* 1992; 164:124-128.
13. Schweizer, W.P.; et.al.: Combined surgical and interventional radiological approach for complex benign biliary tract obstruction. *Br. J. Surg.* 1991; 78:559-563.
14. Pitt, H.A.; et.al.: Benign postoperative biliary strictures operate or dilate?. *Ann. Surg.* 1991; 210(4):417-425.
15. Hafif, A.; et.al.: The management of acute cholecystitis in elderly patients. *Am. Surg.* 1991; 57(10):648-652.
16. Gadacz, T.R. "Reoperación comparada con otras alternativas en la retención de cálculos biliares", en

Clinicas quirúrgicas de Norteamérica, Ed. Interamericana, México, 1991; 2:93-108 y 109-116.

17. Lillemoe, K.D., Pitt, H.A., Cameron, J.L. "Estrecheces postoperatorias de los conductos biliares", en Clinicas quirúrgicas de Norteamérica, Ed. Interamericana, México, 1990; 6:1373-1399.

18. Schirmer, W.J. "Problemas quirúrgicos comunes en la cirugía hepatobiliar", en Clinicas de Norteamérica, Ed. Interamericana, México, 1991; 6:1413-1439.

19. Terblanche, J.; et.al.: High or low hepaticojejunostomy for bile duct strictures?. Surg. 1990; 108(5):828-834.

20. O'Connor, A.M. "Reoperation of the liver and biliary tract", en McQuarrie, D.G., Humphrey, E.W. Reoperative General Surgery, Ed. Mosby Year Book, St. Louis, 1992; pp.495-519.

21. Parrilla, P., Ramírez, P., Bueno, F.S.: Long Term results of choledochoduodenostomy in the treatment of choledocholithiasis. Gastrointest. Endosc. 1992; 38(3):403-405.

22. Girard, R.M., Morin, M.: Open Cholecystectomy: its morbidity and mortality as a reference standard. Can J. Surg. 1993; 36(1):75-80.

23. Matthews, J.B.; Baer, H.U.; Schweizer, W.P.; et.al.: Recurrent cholangitis with and without anastomotic stricture after biliary enteric bypass. Arch. Surg. 1993; 128(3):269-272.

24. De Almeida, A.C.; Almeida, F.J.; et.al.: Standard surgical approaches to primary choledocholithiasis--definitive versus temporary decompression. HPB Surg. 1992; 6(1):35-49.

25. Quintero, G.A.; et.al.: Roux in Y hepaticojejunostomy with subcutaneous access and the use of Gianturco stents for the management of biliary tract strictures. World J Sug. 1992; 16(6):1178-1182.

26. Cox, M.R.; et. al.: Open cholecystectomy: a control group for comparison with laparoscopic cholecystectomy. Aust. N.A.J. Surg. 1992; 62(10):795-801.

27. Csendes, A.; et.al.: Indications and results of hepaticojejunostomy in benign strictures of the biliary tract. Hepatogastroenterology. 1992; 39(4):333-336.