

11209
68
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS
EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL
DE ZONA No. 1 IMSS "GABRIEL MANCERA"
EN PATOLOGIA BENIGNA DE LA VIA**



T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
POSTGRADO EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A I
DR. ANDRES LOPEZ HERNANDEZ
ASESOR DR. ENRIQUE MEDINA GONZALEZ**



IMSS

MEXICO. D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN

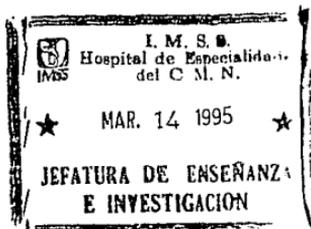


UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

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.



Doctor

NIELS H. WACHER RODARTE

JEFE DE LA DIVISIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G".
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

Doctor

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DE SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Doctor

ENRIQUE MEDINA GONZALEZ

JEFE DE SERVICIO

ASESOR DE TEXTOS

HOSPITAL GENERAL DE ZONA 1 GABRIEL MANGERA

DEDICATORIA

A mis padres

SRA. MARÍA DE LOURDES HERNÁNDEZ GALLOSO
SR. ANDRÉS LÓPEZ RAMÍREZ

Por que me dieron la vida, mi formación como ser humano y me proporcionaron los medios para lograr mi preparación profesional, por ese amor incondicional que me han brindado, los Amo.

A mis hermanos

GLORIA, ANSELMO Y CARLOS

Por todo el cariño que me han brindado, así como su apoyo, por la alegrías y tristezas que hemos compartido, las que nos han permitido crecer en familia.

A mi sobrino

Por que ha venido a representar el centro de la familia, así como un estímulo, porque es la prolongación de nosotros y la punta de lanza de una nueva generación.

A **el PBR.**

FRANCISCO UGALDE ALVAREZ

Por el gran apoyo espiritual que siempre me ha proporcionado, aunque físicamente estamos lejos, la Fé nos mantiene unidos.

A mis amigos

VICTOR HUGO, VALERIO, JUAN, demás "copilotos" y compañeros de generación.

Por su ejemplo de dedicación y esfuerzo, para superarse en la vida.

DEDICATORIAS

A mi novia:

DRA. MARÍA LETICIA DEMENEGHI GAMBOA

Que no sólo ha sabido ser mi pareja, si no también una compañera y amiga en los momentos requeridos, y por ese cariño y apoyo que siempre me ha brindado.

A mis ahijados:

DAVID, PEDRO, WILLIAMS, LEONEL.

Por que han representado estímulos constantes de superación, por el cariño que me brindan.

AGRADECIMIENTOS

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

Por que es un ejemplo de constancia al estudio y la investigación, por la búsqueda constante de las sanación de los pacientes, por esa disciplina a ser mejores cada día.

DR. ENRIQUE MEDINA GONZALEZ

Por su gran apoyo incondicional para mi formación profesional y estancia en la residencia; Por la enseñanza de los principios de la cirugía, y porque supo ser un amigo.

DR. ISACC ZAGA MINIAM

Por el apoyo en mi estancia, en mi formación y por que siempre me permitio la posibilidad de encontrar un amigo en los momentos difíciles de mi formación.

DR. JOAQUIN VALERIO UREÑA

Por el amigo de toda mi formación profesional, por el ejemplo a seguir, por el estímulo constante a la superación.

A TODOS LOS CIRUJANOS GENERALES

Que me permitieron el aprendizaje del arte de la cirugía, que fueron el ejemplo a seguir, que no sólo me instruyeron en las destrezas quirúrgicas, si no también en mi formación humana.

Gracias a todos por mí y por mis pacientes.

INDICE

pág.

ANTECEDENTES	1
DEFINICIÓN	2
INDICACIONES DE LA CIRUGÍA	2
CONTRAINDICACIONES	3
TECNICA QUIRÚRGICA	4
MORBILIDAD Y MORTALIDAD	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVO	9
MATERIAL Y METODOS	10
PROCEDIMIENTO	11
CONSIDERACIONES ETICAS	12
RECURSOS PARA EL ESTUDIO	13
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	14
RESULTADOS	15
ANÁLISIS	21
CONCLUSIONES	28
TABLA Y GRAFICAS	29
BIBLIOGRAFIA	39

ANTECEDENTES

Desde la descripción inicial por Riedel en 1888 de la primera coledocoduodenoanastomosis realizada en una mujer de 40 años de edad,^{1,5} como derivación biliar, el caudal de información que se ha reportado en su evolución debe a los grupos médicos que están a favor o en contra.^{3,6} Sprengel en 1891 es el segundo en describir la técnica, siendo muy popularizada en Europa, reportándose en Estados Unidos Americanos en 1946 por Sanders los primeros resultados de este procedimiento, continuándole Hurwitz en 1959.^{3,6,7}

Este procedimiento presentó en su evolución opositores quienes atribuían que esta técnica quirúrgica estaba en contra de los principios de la fisiología hepatogastrointestinal, para lo cual Madden en Estados Unidos Americanos, realizó experimentos en perros anastomosando el hepático común al colon transversal y a pesar del reflujo de bilis este retornaba inmediatamente al intestino, sin condicionar cuadros de colangitis, también revisó los casos publicados entre 1946 y 1968, encontrando que la incidencia global de colangitis posterior al procedimiento fue de 0.4%, con una mortalidad de 8%.

La necesidad de encontrar un procedimiento que solucionara los casos en que había litiasis residual o recidivante, de coledocolitiasis, de estenosis distal de colédoco, coledocolitiasis, o de procesos obstructivos en el colédoco distal, que ofreciera una morbilidad y mortalidad bajas, y que fuera accesible como técnica, fácil y en poco tiempo de realizar, para evitar el tiempo prolongado de cirugía, ya que los padecimientos antes mencionados se presentaban principalmente en pacientes

de la sexta y séptima década de la vida, fué así como surgió este procedimiento^{1,3,6,8}

DEFINICION

Definiéndose la Coledocoduodenoanastomosis como el procedimiento quirúrgico en el cual se construye un nuevo estoma entre el colédoco y duodeno, para establecer una nueva vía de drenaje del árbol biliar al intestino.¹

INDICACIONES DE LA CIRUGIA

Actualmente este procedimiento se acepta para solucionar patología biliar, como método de descompresión biliar, considerándose indicaciones para coledocoduodenoanastomosis según Maingot las siguientes: Litiasis múltiples de colédoco, la cual está presente en un 1-10 % después de la colecistectomía o de exploración de la vía biliar; aunado de que ha 10 años, el 10% de los pacientes sometidos a exploración de la vía biliar desarrollan litos en la vía biliar. Estenosis papilar, demostrándose esta por medio de colangiogramografía con ácido iminodiacético, y debe descartarse su asociación a patología maligna. Cálculo impactado en la porción distal del colédoco, el cual no sería conveniente de realizar cuando el colédoco no está dilatado, siendo en estos casos la esfinterotomía o esfinteroplastia la indicada.^{1,10,11,14,15} Cálculos intrahepáticos, los cuales son los causantes de un tercio de los litos residuales, y que al realizarle la coledocoduodenoanastomosis descienden espontáneamente pasando al intestino por medio del nuevo estoma sin causar cuadros de colangitis.^{1,3,12}

Estenosis distal del colédoco distal, la mayoría de las veces causada por cambios inflamatorios por litos o por cuadros de pancreatitis.^{1,3,13,16,17}

Divertículo duodenal perivateriano, que puede estar asociado con litos, en ambos casos tiene el riesgo de colangitis repetida.^{1,18} *Dilatación del conducto común sin litos, a menudo grande para ser categorizada como quiste de colédoco, y ante la evidencia de dilatación de dilatación sin causa aparente, debe realizarse derivación bilioenterica.*^{1,3,19-20} *Cálculo primario de colédoco, con una frecuencia de 4 % y que macroscópicamente se aprecian suaves, aplastables, los cuales pueden condicionar cuadros de colangitis.*^{1,21-22} *Cálculos residuales, lo que están presentes en la vía biliar en un período que no pasa de 2 años de haber realizado colecistectomía o exploración de vía biliar, y ante la posibilidad de dejar más litos, debe realizarse la coledocoduodenoanastomosis.*^{1,21-22}

Estenosis iatrogénica distal del colédoco, secundarias a lesión de la vía biliar durante algún procedimiento quirúrgico.^{1,23} *Coledocolitiasis en pacientes de edad avanzada, ya que este procedimiento ofrece ser un manejo resolutivo de esta patología, con una morbilidad menor al compararlo con coledocotomía y colocación de sonda "T".*^{1,3,24} *Cáncer de cabeza de páncreas, como paliativo para descomprimir la vía biliar en efectivo.*^{1,3,14}

CONTRAINDICACIONES

Así como tiene sus indicaciones, este procedimiento presenta Contraindicaciones para su procedimiento como son: Conducto biliar no dilatado, por el riesgo de

estenosis y colangitis posoperatoria, por lo que no deberá realizarse en colédoco con dimensiones menores a 1.4cm.¹

Descompresión del conducto pancreático por pancreatitis, el cual no se indica por que la causa en este caso de la pancreatitis es el cálculo impactado, y el cual debe movilizarse para solucionar este cuadro.^{1,25} Obstrucción maligna, Fry menciona que de 4 de 19 procedimientos desarrollaron recurrencia, por lo que debe buscarse otra opción quirúrgica.^{1,26} Edema o inflamación duodenal, por que el duodeno inflamado es muy susceptible de hacerse dehiscente y causar peritonitis o fístula biliar.^{1,27}

TECNICA QUIRURGICA

Para la realización de este procedimiento a habido cambios, Degenshein nos describe 3 técnica de coledocoduodenoanastomosis laterolateral, siendo las que a continuación se describen:

1. Coledocoduodenoanastomosis con incisión transversa en colédoco e incisión longitudinal en duodeno.
2. Coledocoduodenoanastomosis con incisión oblicua en colédoco y longitudinal en duodeno.
3. Colédocoduodenoanastomosis con incisión longitudinal en colédoco y en duodeno.

Siendo esta última la más preconizada actualmente, también se ha descrito el número de planos de la anastomosis que se reporta en número de 1 o 2 planos, en puntos continuo o separados, así como el uso de material absorbible o inabsorbible; la mayoría de los autores están de acuerdo que debe realizarse con material absorbible para evitar la formación de concreciones, y que realizarla en un sólo plano en ya sea con puntos separados o continuo da los mismos resultados. ⁸⁻¹³

MORBILIDAD Y MORTALIDAD

En cuanto a la morbilidad y mortalidad, Wedd, Bautista y Mac Sherry, mencionan que una de las desventajas de la coledocoduodenoanastomosis es que el colédoco distal actúa como reservorio para detritus vegetales que causan inflamación local, infección y cuadros repetitivos de colangitis, conociéndose esta entidad como Síndrome del Sumidero, aunque Wedd reporte su manejo por medio de dilatación del estoma por abordaje endoscópico, y la otra opción por esfinterotomía. Sin embargo Madden reporta esta entidad en sólo 0.4% de los pacientes en su serie; Bautista en su revisión refiere morbilidad de 15 a 20%, predominando la infección de la herida quirúrgica en 15%, fístula biliares 5% y colangitis 1-2%, con una mortalidad de 2%. Lygidakis está convencido de que el principal factor asociado a este síndrome es el diámetro del estoma el cual debe ser no menor de 2.5cm. ^{1,3,17-18,29}

La coledocolitiasis era una de las indicaciones que más comúnmente se usaban para realizar la coledocoduodenoanastomosis, pero desde 1974 en que se introdujo la esfinterotomía endoscópica, ha sido bastante aceptada y le ha ganado campo a este

procedimiento quirúrgico: Aunque Moreaux reportó que en 579 de sus pacientes con litiasis biliar del árbol biliar a un 19% se les realizó coledocoduodenoanastomosis, siendo estos pacientes con edad media de 73 años, considerando que este procedimiento es seguro y efectivo para pacientes de edad avanzada.^{20-24, 29}

Finalmente en la literatura revisada, se observa una tendencia a emplear abordaje endoscópico para manejo de coledocolitiasis, pero debe considerarse como una buena opción quirúrgica para esta patología, además de que es eficaz y segura en las otras indicaciones.²⁵⁻³⁰

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuáles son los resultados obtenidos del procedimiento quirúrgico denominado coledocoduodenoanastomosis en patología benigna del árbol biliar, en el Hospital General de Zona No. 1 " Gabriel Mancera" IMSS ?.

HIPOTESIS

La Coledocoduodenoanastomosis resuelve la patología benigna del árbol biliar favorablemente, tanto en forma urgente como electiva en las indicaciones específicas antes mencionadas, con baja morbilidad y mortalidad.

OBJETIVO

Determinar cuales han sido los resultados obtenidos con la coledocoduodenoanastomosis como método resolutivo para patología benigna del árbol biliar, en el Hospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera" IMMS.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos, notas posoperatorias y resúmenes de alta de los pacientes que se les realizó coledocoduodenoanastomosis, siendo los pacientes que presentaban las siguientes indicaciones quirúrgicas: Cálculos múltiples en colédoco, litos primarios en colédoco, dilatación del colédoco, litiasis intrahepática, estenosis de ampula de vater, litiasis residual. Considerando excluidos aquellos con: Colédoco no dilatado, colangitis esclerosante, descompresión del conducto pancreático por pancreatitis, obstrucción maligna, edema o inflamación duodenal, inestabilidad hemodinámica.

Se incluyen todos los pacientes que se les realizó este procedimiento quirúrgico en el período comprendido de Octubre de 1990 a Diciembre de 1994, en el Hospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera" IMSS. Se realizó estudio en forma descriptiva-retrospectiva, se evalúa la técnica quirúrgica en los puntos siguientes: tipo de incisión para abordaje abdominal, incisión en el colédoco, planos de anastomosis, tipo de sutura empleada, anastomosis con puntos continuos o separados, tipo de drenaje usado, abierto o cerrado. Se valora la estancia hospitalaria, fecha de retiro de drenaje, fecha de retiro de sonda nasogástrica, fecha de inicio de la vía oral. Así como de la evolución del paciente vigilado en la consulta externa, valorando síntomas en relación a colangitis, herida abdominal, exámenes de laboratorio que previo a la cirugía estaban anormales. El análisis estadístico se hace mediante la obtención de la media, rango, que para mejor comprensión se expondrán en tablas de frecuencia y gráficas.

PROCEDIMIENTO

La investigación bibliográfica, revisión de expedientes clínicos y hojas de resúmenes de alta, así como la captación de datos es efectuada por el Dr. Andrés López Hernández médico residente del tercer año de la especialidad en Cirugía General de la Generación 1992 a 1995 del Hospital de especialidades " Bernardo Sepúlveda " del Centro Médico Nacional siglo XXI. Se consultó el archivo general del Hospital General de Zona No. 1 " Gabriel Mancera " y en la Bibliotheca de la unidad, siendo asesorado y supervisado por el Dr. Enrique Medina González, Médico Cirujano Jefe de Servicio de Cirugía General del Hospital General de zona No. 1 " Gabriel Mancera ". La investigación se realizó de 1 de Octubre de 1994 a Febrero de 1995.

CONSIDERACIONES ETICAS

En cuanto a las implicaciones éticas hacemos básicamente dos consideraciones distintas: La primera referente al hecho de efectuar un procedimiento quirúrgico para la resolución de patología benigna del árbol biliar. La literatura nos menciona que este procedimiento en manos que conocen la técnica es seguro y eficaz, situación que cumplen los cirujanos del Hospital General de Zona No. 1 "Gabriel Mancera". La segunda consideración ética que hacemos es respecto a la investigación misma, la cual consideramos que no expone en ningún momento la integridad física, ni moral de los pacientes dado que se trata de un estudio retrospectivo y cuyos resultados no requieren ser manejados en forma confidencial, por el contrario podran servir de base para futuros estudios prospectivos al respecto.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

RECURSOS HUMANOS

Constituyen básicamente el investigador el Dr. Andrés López Hernández y el supervisor del estudio el Dr. Enrique Medina González, dado que se trata de un estudio retrospectivo-descriptivo.

RECURSOS MATERIALES

Se utilizan en el estudio, papelería de oficina, equipo de cómputo, material de fotocopias, dibujos, libros y revistas médicas, así como los expedientes clínicos, los resúmenes de egreso y notas posoperatorias. Los recursos para realizar los procedimientos quirúrgicos fueron proporcionados por el IMSS.

RECURSOS FINANCIEROS

La realización de la investigación son proporcionados por los autores y no requiere de ninguna partida en especial.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

<i>ACTIVIDADES</i>	<i>1994</i>			<i>1995</i>		
	<i>OCT</i>	<i>NOV</i>	<i>DIC</i>	<i>ENE</i>	<i>FEB</i>	<i>MAR</i>
<i>RECOLECCION DE DATOS</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>		
<i>RECOLECCION BIBLIOGRAFICA</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXXX</i>	
<i>REVISION POR ASESOR TESIS</i>					<i>XXXXXXX</i>	<i>XXXXXX</i>

RESULTADOS

De Octubre de 1990 a 31 de Diciembre de 1994, en el Hospital General de Zona No. 1 del IMSS "Gabriel Mancera" de México, D.F. se realizaron 69 coledocoduodenoanastomosis para tratamiento de patología benigna de las vías biliares. Se trata de 57 mujeres que representa el 82.6% y 12 varones lo que es el 17.4%, con una media de edad de 61.1 años, con un rango de 20 a 84 años de edad, los cuales se estudiaron por medio de clínica, ultrasonograma de hígado y vías biliares y colangiografías (gráfica 1).

Por clínica tenemos a 26 pacientes con la siguientes sintomatología: Dolor en hipocondrio derecho y epigastrio en 20 pacientes que es el 76.9%. Ictericia en 16 pacientes que representa el 61.5%. Fiebre en 3 pacientes lo que equivale a 11.55%, y Calosfríos en 1 que es el 3.8%. El cuadro actual con rangos de 12 hrs a 2 semanas, con respecto al día de su cirugía. (gráfica 2). Se documento Ultrasonograma de 40 pacientes, reportando colecistitis crónica litiásica en 32 que es igual a 84.2%, se encontró coledocolitiasis en 20 pacientes, ésto equivale a 54.05%, litiasis intrahepática en 1 paciente igual a 12.5%, al compararlo con los hallazgos el ultrasonograma no detecto 5 colecistitis crónica litiasica que es 13%, no detectó 18 coledocolitiasis que equivale al 47%, y no diagnóstico 7 litiasis intrahepatica. Se realizaron 7 colangiografías lo que equivale a 10% de los pacientes, de las cuales 2 fueron percutaneas diagnosticando litiasis intrahepática y recidivante respectivamente, una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica que determino coledocolitiasis y otra que diagnóstico estenosis de la vía biliar distal del colédoco, se realizaron 2 colangiografías transoperatorias las cuales identificaron litos en colédoco. (tabla 1).

De los exámenes de laboratorio realizados tenemos que las TGO y TGP de 26 pacientes, tuvieron sólo un caso con 4.5 veces más lo normal del valor de TGO, con rango de 12-188 U/l, con media de 64.7 U/l, la TGP en un sólo caso con 10 veces su valor normal, con un rango de 7-245 y media de 101.4U/l, en total los valores están elevados en 16 pacientes para TGO y en 5 pacientes para TGP. La fosfatasa alcalina está elevada en 7 pacientes que es el 31.8% de 22 pacientes.

La bilirrubinas estaban elevadas en 24 de 25 pacientes que representa el 96%, con un rango de valor para bilirrubina indirecta de 0.2 a 7 mg/dl, para bilirrubina directa de 0.4 a 20 mg/dl, sólo un caso llegó a bilirrubina directa de 20 mg/dl y otro caso de 15.2 mg/dl, estos de 25 pacientes que se reportaron.

En cuanto a leucocitos de 37 pacientes, estaban elevados en 15 pacientes que representa el 40.5%, de los cuales 7 pacientes presentaron cifras entre 14000 a 29000 leucocitos, lo que representa el 18.9%. La creatinina en 32 pacientes se reportaron normales. Se encontró amilasemia en 5 casos de 22 pacientes reportados que es el 22.7%, sólo un paciente con amilasa de 449U con datos inflamatorios macroscópicamente durante la cirugía.

Glucemia elevada en 6 casos que es 16.6% de 36 casos; TP alargado en 1 de 30 pacientes, y TTP alargado en 4 de 29 pacientes que representa el 13.7% (tabla 2).

En cuanto a patologías asociadas encontramos que en 32 pacientes, había Diabetes Mellitus en 10 que equivale al 14.4%, Cardiopatía en 3 pacientes que es 4.3% que incluye 1 paciente con IAM hace 10 años actualmente sin datos de angor, 1 paciente con ICCV compensada, 1 pacientes con cardiopatía aterosclerótica;

Hipertensión arterial en 8 casos que representa el 11.5%; Alergia en 5 pacientes que equivale al 7.2%, los cuales no presentaron ninguna manifestación de hipersensibilidad; P pancreatitis en 5 pacientes que es 7.2% de los cuales 2 fueron con apreciación macroscópica durante la cirugía, pero sólo uno con amilasaemia significativa, antes mencionada; Neumopatía en 3 pacientes que representa 4.3% que comprende a 1 asmático que no curso con crisis de broncoespasmo, 1 con EPOC el cual curso con trastorno de manejo de secreciones, 1 paciente con Neumonía; Hepatitis previa en 4 casos que es 5.7%, sin determinar variedad ni tipo de hepatitis, sin reportarse accidentes durante la cirugía; Cirrosis en un pacientes que representa el 1.4%, patología que ignoraba la paciente, pero al realizarle la cirugía se tomo biopsia hepática por sospecha macroscópica de cirrosis reportando el estudios histopatológico cirrosis hepática y colecistitis xantogranulomatosa; Enfermedad ácido-péptica en 2 casos que es 2.8% controlada con bloqueadores H_2 (tabla 3).

Las indicaciones para la coledocoduodenoanastomosis fueron las siguientes:

Litos múltiples en colédoco en 20 pacientes que es el 28.9%; Litos primarios de colédoco en 17 pacientes que es el 24.5%, determinados por características de blandos, aplastables, amarillos; litiasis intrahepática en 11 pacientes que es 15.9%;

Estenosis ampular en 6 casos representando el 8.6%; Lito impactado en ampula de vater en 4 pacientes que es 5.7%, y que no fué posible desimpactar; Estenosis distal de colédoco en 4 pacientes que es el 5.7%, en un paciente hay el antecedente de que hace 2 años se realizó

colecistectomía y 6 meses posterior a este procedimiento se sometio a exploración de la vía biliar:

Litiásis recidivante, en 3 pacientes que es igual al 4.34%, con la referencia de que a 1 paciente se le había realizado colecistectomía hace 15 años, que esta ocasión presento también datos macroscópicos de pancreatitis, otra paciente de la sexta década de la vida que hace 10 años se le realizó colecistectomía con antecedentes de diabetes Mellitus, hipertensión arterial y hepatitis, con buena evolución posoperatoria, del tercer pacientes se desconocen datos.

Litiásis residual en 2 pacientes que es 2.8%; Colédoco dilatado en 2 pacientes que es 2.8%, en pacientes de 78 y 55 años de edad ambos con dimensiones de 3cm de diámetro el colédoco, en ambos se documento dilatación preoperatoria por USG, y en un pacientes se había reportado el USG con coledocolitiasis. (tabla 4).

Además de la patología biliar también entre los pacientes se encontró 4 hernias umbilicales, una hernia de pared abdominal. El tipo de cirugía se determino en 56 pacientes de los cuales 47 pacientes que es el 83.9% fueron urgentes y en 9 casos lo que representa el 16.1% se realizaron en forma electiva. (tabla 5).

Las coledocoduodenoanastomosis se realizaron con abordaje por incisión media supraumbilical, todas con ostomía de 2.5cm, aun la que presento el colédoco de 9 mm, excepto por un caso todos los demás pacientes presentaban un colédoco mayor de 1.5cm: Se realizaron anastomosis en 1 plano en 55 pacientes que equivale al

79.7 %, en puntos separados en 51 pacientes lo que es 92.7 % y puntos continuo en 4 pacientes. lo que equivale al 7.3%. 40 de las anastomosis se realizaron con material tipo vycril 3-0 lo que es 72.7%. con Dexon 3-0 en 11 pacientes. lo que representa 20%. y con prolene 2-0 casos que es 3.6% y fueron en surguete. y con seda 3-0 en 2 casos que es igual al 3.6%.

En el caso de la dehiscencia de anastomosis que se presento se le realizó sutura con vycril 3-0 y fué en puntos separados.

En 54 pacientes se documento la colocación de drenajes. los cuales se dejarón debajo de la anastomosis. se usaron drenajes abiertos como penrose en 29 pacientes que es el 53%. sarátoga en 20 pacientes equivalente al 37%. el drenovac se uso en 5 pacientes que representa el 9.2%. sin presentar diferencias en morbilidad o fecha de retiro de drenajes. los drenajes se retiraron entre el 3° y 5° día.

Como hallazgos tenemos que el diámetro del colédoco < 1cm fué en 1 caso que es igual a 1.45. colédoco de 1-2cm en 26 pacientes que equivale al 36.8% y colédoco > 2cm en 42 casos representa el 61.7%. con rango del colédoco de 9 mm a 5 cm. En relación al número de piedras en la vía biliar tenemos que de 1-2 litos estaban presentes en 9 casos que es igual al 27%. de 3-10 litos en 19m pacientes que es el 57.5% y 5 pacientes con > 10 piedras que equivale al 15.5%. las dimensiones de los litos estan en el rango de 3 mm a 1.5 cm. (gráfica 3).

Se obtuvieron como complicaciones en 7 casos lo que representa el 10.1% del total de pacientes. siendo en 2 por infecciones de la herida quirúrgica. una de ellas

el cultivo reporto E.Coli, K. Oxitosa, Serratia, Estafilococo, recibiendo como manejo con curaciones y antibióticos específicos. La otra herida con curaciones.

Se presentó un hematoma de la herida el cual se drena al 5° día de posoperatorio, manteniéndose con curaciones y afrontamiento de piel con buena evolución. Un cuadro de Neumonía en femenina de 81 años de edad evolucionando a insuficiencia respiratoria con descontrol metabólico, electrolítico ameritando manejo por UCIA con apoyo ventilatorio después de la cirugía con alta de UCIA al 3° día, retiro de drenaje al 4° día y alta al 5° día de posoperada. Un caso de dehiscencia de cístico, que se presentó por persistencia de gasto biliar por drenaje, corroborándose por azul de metileno administrado por vía oral esto al 11° día de posoperatorio sometiéndose a reexploración, suturándole nuevamente el cístico y colocándose sonda "T" al colédoco, la cual se retiró en 2 semanas, con buena evolución y en control en la consulta externa. Un caso con dehiscencia de anastomosis manifestado primeramente por evisceración al 5° día de posoperado, y al explorarse se encuentra fuga en cara anterior de la anastomosis, se coloca sonda "T" en forma de ferulización a través de la anastomosis y se colocan puntos a la zona de fuga. (tabla 6).

Los resultados de estancia intrahospitalaria de 46 pacientes, se obtuvo una media de 6.8 días, con rango de 4 a 18 días, el valor superior del rango fué dado por los pacientes que presentaron dehiscencia de la anastomosis y de cístico. Pero en orden de predominancia tenemos que la estancia de 4-5 días fué en 16 pacientes lo cual equivale a 34%, de 6-7 días en 18 pacientes que representa el 39%, de 8-9 días en 7 pacientes que es el 15.2%, y con > 10 días en 5 pacientes que es el 10.8%. (gráfica 4).

ANALISIS

Con un reporte de 69 casos de Coledocoduodenoanastomosis en patologia benigna de la vía biliar, la experiencia que nosotros presentamos es pequeño en número totales, pero al realizar la comparación en relación a porcentaje de procedimiento por mes, obtenemos 1.35 de coledocoduodenoanastomosis por mes, que al compararla con lo reportado por Degenshein es 0.8%, por Birkenfeld de 0.5%, Madden 0.77%, Moesgaard de 0.45%, Mendes de 0.5% por mes, en nuestro estudio nos reporta que realizamos 1.6 coledocoduodenoanastomosis más por mes que todas las series antes mencionadas.^{3,8,15,20,22}

Los reportes epidemiológicos de otras series demuestran predominio del sexo femenino y en la sexta y séptima década de la vida, tenemos que Madden nos reporta 54% en mujeres y 43% en hombres, Degenshein menciona 61.1% en mujeres y 38.8% hombres, con un 12% de pacientes en la novena década de la vida el cual es similar al obtenido por nosotros de 12.14%, así también en nuestro pacientes predominaron las mujeres siendo de 4.8 veces más que los hombres, quedando la relación mujer-hombre de 4.8:1, en tanto que las reportadas es menor como la de Madden es de 1.2:1 y por Dagenshein de 1.5:1.^{3,27,30} También nuestros resultados son semejantes en que los cálculos coledocianos es de 6.4% en menores de 30 años, en nosotros fué de 3.5% y que en mayores de 80 años de edad el porcentaje es de 33%, y en nuestra serie fué de 12.2%, si lo analizamos en cuanto al número de veces que aumenta con la edad tenemos que en el Maingot sube 5 veces y en nuestra serie es de 4 veces más, por lo que la relación es similar.^{3,8,18,32,33}

La sintomatología que obtuvimos se documento en 26 pacientes, considerando que en la práctica actual la triada de Charcot sólo se encuentra completa en el 60% de los pacientes con colangitis, ya que la fiebre puede estar ausente al estudiar al paciente en el 35%, por las las características de la fiebre que es en picos o intermitente, según Anciaux, así que al hacer estas consideraciones, obtuvimos cuadro de colangitis en un 38 % de los casos que es 10 pacientes, quedando 16 pacientes osea 61.5% sin datos clínicos de urgencia quirúrgica. Nuestro reporte de síntomas de colangitis queda por arriba de lo reportado por Lygidakis de 24% y de 4.7% de Degenshein, quedamos con un porcentaje importante de pacientes sin indicación quirúrgica de urgencia esto es si consideramos sólo este parámetro, pero también debe considerarse que la interrupción de la evolución natural de de la colangitis se interrumpio observandose nula morbilidad. ^{8, 21, 24, 32-33}

De los resultados de laboratorio tenemos que la transaminasemia fué más frecuente que la reportada por Lygidakis, pero dentro de valores esperados, por valor individual estuvieron en el rango de 2 a 10 veces de su valor normal, quedando dentro de los rangos para coledocolitiasis como lo manifiesta Shackelford, valores que disminuyeron a los normal en el posoperatorio segun lo esperado. La fosfatasa alcalina estaba elevada en 31.8% de 22 pacientes lo que es similar a los reportado por Lygidakis, la fosfatasa alcalina estaba elevada en 7% de pacientes que no presentaban ictericia lo que apoya la aseveración de que la fosfatasa alcalina puede elevarse antes de que se manifieste la ictericia y que puede ser la única prueba de función hepática alterada. De las bilirrubinas en dos casos estaban elevadas significativamente, en un caso el reporte histopatológico fué de colecistis crónica litíásica, hiperplasia mixta de ganglio linfatico del cístico, el otro caso no se encontro datos macroscópicos de

neoplasia. Había leucocitosis en el 40.5% de los pacientes lo cual es similar al 44.2% reportado por Lygidakis. también la leucocitosis estaba presente en los pacientes con colangitis. Aunque se encontró amilasemia en el 22.7% de los pacientes, sólo en uno fué compatible con pancreatitis edematosa, por laboratorio y por apreciación macroscópica transoperatoria, así como piocolédoco, con buena evolución posoperatoria. ^{8,31-33}

Entre los estudios de gabinete, encontramos en nuestra serie que el Ultrasonograma presentó una sensibilidad del 84.2% el cual es igual al reportado por Maingot de 85% esto para litiasis vesicular y para coledocolitiasis nuestra serie la sensibilidad fué de 54.05% el cual simimlar al reportado Maingot de 55% y con una sensibilidad de 12% para litiasis intrahepática. De las colangiografía realizadas estan son muy pocas, de las dos realizadas transoperatoriamente permitieron detectar litos en colédoco, así como la CPRE detecto coledolitiasis en donde el ultrasonograma lo reporto normal. Es indispensable la realización de colangiografías ya que estas nos permiten definir el árbol biliar con detalle para llegar a un buen diagnóstico preoperatorio, ya sea para determinar coledocolitiasis, estenosis, vermes. Además de que vemos la vía biliar completa en el 80% de los pacientes y sólo se reporta complicación en el 2% de nuestros pacientes sólo uno presento cuadro de dolor en hipocondrio derecho intenso, calofríos con leucocitosis posterior a la CPRE y se intervino de urgencia, cursando con buena evolución posoperatoria.

Sólo a 2 nuestros pacientes se les realizó conlangiografías transhepática y aunque es más precisa para determinar el nivel de obstrucción su morbilidad es mayor por hemorragia y filtración biliar, ésto no se presentó en nuestros

casos. 1.29. Encontramos patología asociada en el 46.3%, lo cual nos pone al doble de las reportadas en otras series como la de Birkenfeld de 29% en 55 pacientes. lo cual hace pensar que la raza, área geográfica grupo hetéreo a sexo, costumbres influyen en estos factores. La presencia de DM en 14.4% esta levemente aumentado a lo esperado para nuestra población, en Hipertensión arterial, nuestro 11.5% esta dentro del rango esperados de 6 a 35%, de los neumopátas esta en lo esperado sin complicaciones mayores. De los pacientes cardiopátas, por el grupo de pacientes que predominaron arriba de la sexta década de la vida se considera implicita, ninguno curso con inestabilidad cardiovascular. De los pacientes con antecedentes de alergia 4 de ellos alérgico a la penicilina y uno a la dipirona. De los casos de pancreatitis dos presentaron datos macroscópicos ambos cursaron con buen evolución y no modificaron la morbilidad, ni su estancia hospitalaria. De los 4 pacientes que habian padecido hepatitis no se pudo determinar la variedad o etiología, también de la cirrosis no se detecto etiología, pero la paciente tenía antecedente de Sarampión, viruela, parotiditis, y la cirrosis se diagnóstico a partir de una biopsia tomada transoperatoriamente. Los casos con enfermedad acido péptica con fácil control con bloqueadores H₂.^{15-16, 18, 25, 27}

De las indicaciones quirúrgicas al sumar los litos primarios con cálculos multiples de colédoco obtenemos un 53 % lo cual es similar a lo reportado de 44.6 % de Degenshein. De litos intrahepáticos obtuvimos 15.95 lo cual esta aumentado con lo que reporta Degenshein de 4 % y 2 % de Birkenfeld, el análisis constitucional de los litos habría apoyado para determinar si hay alguna causa que explique esta diferencia. De colédoco dilatado permanecemos bajos como indicación única ya que es de 2.9 % con referencia al 5% de Maingot. En estenosis ampular tenemos el 8.6% el cual esta bajo con respecto a lo reportado de 14.3%.

Tenemos en cálculo impactado en ampulla es de 5.7% semejante a lo reportado por Degenshein de 4.7%.⁹⁻¹³

El segmento distal estrecho del colédoco es muy buena indicación ya que la longitud estrecha y el riesgo de pancreatitis se evita, esta indicación sólo la encontramos en el 5.7% lo que es superior a lo reportado de 2.8 %, uno de estos casos se le había realizado colecistectomía previa hace 3 años, y posteriormente a los 6 meses de esta cirugía se le realizó EVB, por lo que estaba en el periodo esperado para estenosis por lesión de la vía biliar. Se encontró 3 casos de litiasis recidivante representando el 4.3%, a una de las pacientes se le había realizado 15 años antes colecistectomía, otra pacientes de la séxta década de la vida se le había realizado colecistectomía hace 10 años, el tercer caso se desconoce antecedente. De los 2 casos de litiasis residual que son 2.8 %, una de las pacientes hace 1.5 años se le había realizado Colecistectomía evolucionando con estenosis, se realizó esfinterotomía, con persistencia de coledocolitiasis y estenosis, por lo que se le coloca prótesis biliar, sin buena respuesta a manejo por lo que se realiza procedimiento quirúrgico, con extracción de litos, y buena evolución posoperatoria. El otro caso fué de femenina de 77 años de edad con colecistectomía previa hace 1 año, se opera de urgencia por cuadro de colangitis. Estos pacientes corresponden al 5-7% de pacientes que operados de colecistectomía requieren de reoperación, por recurrencia de litos en vía biliar a pesar de adecuada exploración de vía biliar.

El diámetro del colédoco que predomino en 42 de nuestros pacientes que equivale al 61.7% fué de > 2 cm, en cambio Moreaux reporto predomino < 1cm en el 49%. Al realizar la semejanza en cuanto el número de litos encontrados en la vía biliar

tenemos que nuestra serie reporto predominio por el 57.55 en número de 3-10 litos, contrario a lo que encontró Moreaux de 59% en número de 1-2 litos, esto nos hace pensar que puede deberse a diferencias alimenticias, o alto umbral de nuestros pacientes a las sintomatología, o la de más consideración es la de poca cultura médica por nuestra población lo que condiciona que la evolución de la formación de litos se manifieste más y con esto condiciona mayor dilatación de la vía biliar como consecuencia.²⁸

En cuanto al procedimiento quirúrgico, el abordaje por línea media permitió adecuada visión para la realización de la anastomosis, el hacerla en un sólo plano, así como con prolene o material absorbible dan buenos resultados. El uso de diferentes tipos de drenajes no modificó la evolución de los pacientes, ni el retiro de los mismos. Además del procedimiento quirúrgico se realizaron 4 plastías umbilicales, 1 plastía de pared, 4 biopsias hepáticas, una biopsia pancreática, una resección de fístula biliar por íleo biliar, sin repercusión en la morbilidad por estos procedimientos agregados.^{1,2}

Dentro de las complicaciones, la infección de la herida fué de 2.8% lo cual queda entre los rangos reportados por otras series como la de Shein de 2.8 a 5.1%, así también en límites aceptables como herida limpia contaminada, se trataron con curaciones y antibióticos específicos. Un hematoma sin mayor repercusión en evolución el cual se drenó y se realizaron curaciones.

Un cuadro de vasculitis manifestado en el 5° día por fiebre, respondiendo a su manejo médico satisfactoriamente. Las neumonías con buena respuesta al manejo médico. La dehiscencia de cístico y de la anastomosis con buena evolución al

manejo establecido. Estos casos sumaron 10.1% lo cual nos coloca en buen nivel con respecto a lo reportado por Parrilla de 21.3% y por Hurwitz de 29%. Nuestro estudio no presentó mortalidad lo cual nos coloca en buena posición ya que esto puede deberse a que se están operando a pacientes antes de que continúen en la evolución natural que conlleva la colangitis que es la muerte. Los reportes de mortalidad por Moesgaard y Lygidakis es de 2%.^{1, 4, 8, 15, 18, 31}

Al analizar la estancia hospitalaria tenemos con una media de 6.8 días con predominio de rango de 6-7 días en el 39.1%, lo cual está en rangos de los reportes de la literatura.

Nuestro estudio es incompleto por la ausencia de algunos expedientes, de notas médicas y exámenes de laboratorio, así como la falta de asistencia de los pacientes a la consulta externa.

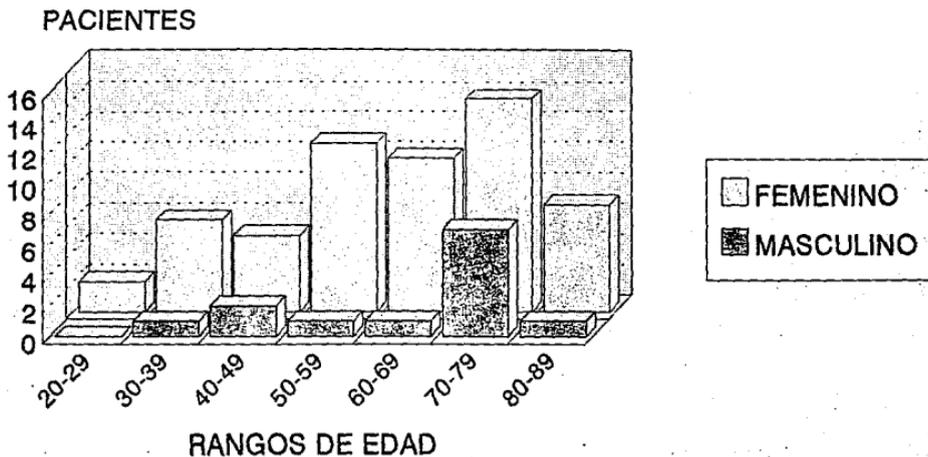
Consideramos que la falta de cultura médica de nuestros pacientes conlleva que cuando acuden a nuestro servicio ya el cuadro lleva más tiempo de haber iniciado su sintomatología, lo cual aumenta el riesgo de complicaciones posoperatorias. También observamos que aunque la intervención quirúrgica temprana ha favorecido para disminuir la morbilidad, también consideramos se está excediendo su realización. Sin embargo sigue siendo un procedimiento quirúrgico seguro y eficaz y fácil de alcanzar su dominio.²⁸

CONCLUSIONES

La coledocoduodenoanastomosis es un procedimiento quirúrgico seguro y eficaz en la solución de la patología biliar benigna.

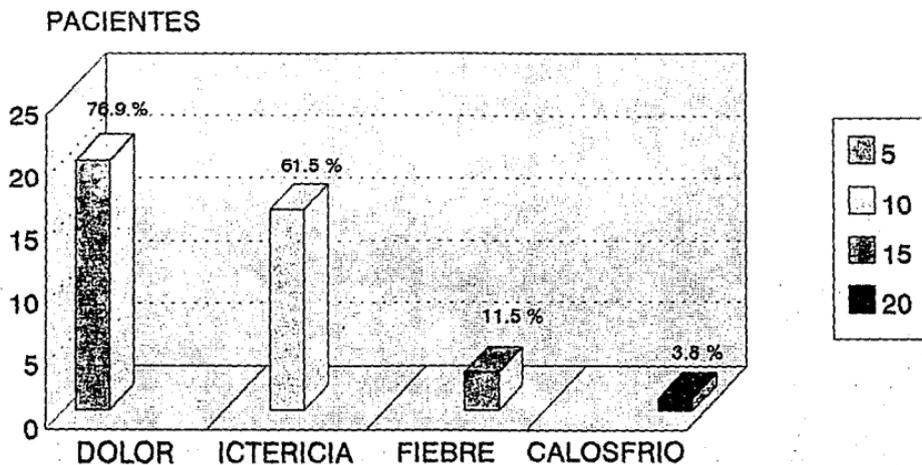
La morbimortalidad de este procedimiento quirúrgico es baja, esto depende mucho de la selección adecuada de los pacientes, siendo buena alternativa para pacientes de edad avanzada.

COLEDUCODUODENOANASTOMOSIS CORRELACION EDAD Y SEXO



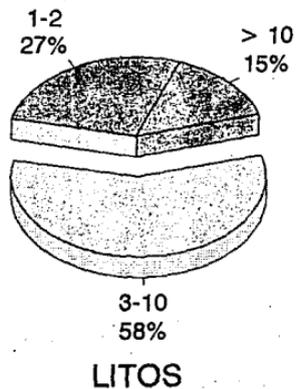
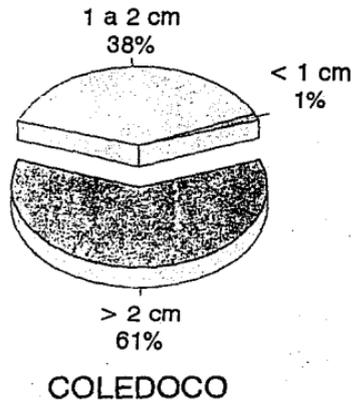
Cx GENERAL
HGZ1 GM 1995
GRAFICA 1.

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS FRECUENCIA DE SIGNOS Y SINTOMAS



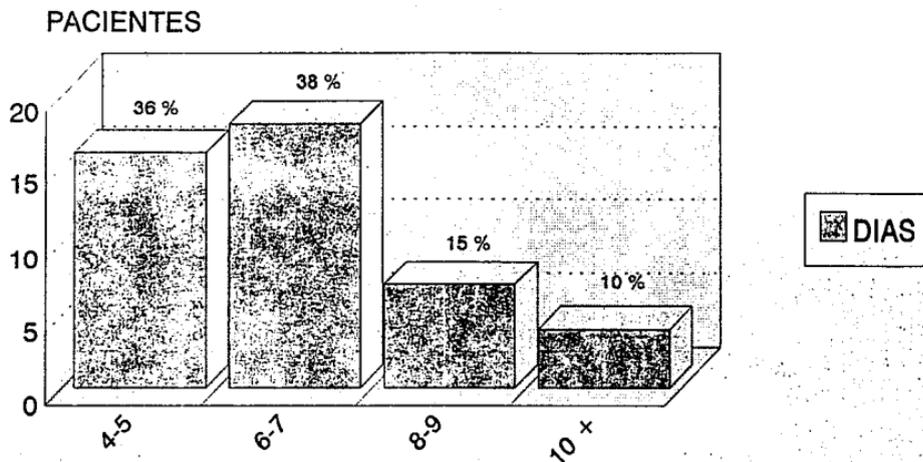
Cx GENERAL
HGZ1 GM 1995
GRAFICA 2

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS CARACTERICAS COLEDCO Y LITOS



Cx GENERAL
HGZ1 GM 1995
GRAFICA 3

COLEDOCODUODENOAANASTOMOSIS DIAS DE ESTANCIA



Cx GENERAL
HGZ1 GM 1995
GRAFICA 4

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS ESTUDIOS DE GABINETE

TABLA 1

ESTUDIOS DE GABINETE	NUMERO	PORCENTAJE
ULTRASONOGRAMA	40	57.9
COLANGIOGRAFIAS	7	10.1

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS EXAMENES DE LABORATORIO

TABLA 2

EXAMENES DE LABORATORIO	NUMERO	NORMAL	ALTERADO
LEUCOCITOS	37	12	15
TP	30	29	1
TTP	29	25	4
TGO	26	10	16
TGP	25	5	20
BILIRRUBINA DIRECTA	25	1	24
BILIRRUBINA INDIRECTA	25	1	24
FOSFATASA ALCALINA	22	7	15

Cx GENERAL
HGZ1 GMN 1995

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS PATOLOGIAS ASOCIADAS

TABLA 3

PATOLOGIA ASOCIADA	NUMERO	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS	10	14.4
HIPERTENSION ARTERIAL	8	11.5
ALERGIA	5	7.2
PANCREATITIS	5	7.2
HEPATITIS PREVIA	4	5.7
CARDIOPATIA	3	4.3
NEUMOPATAS	3	4.3
ENFERMEDAD ACIDOPEPTICA	2	2.8
CIRROSIS	1	1.4

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS INDICACIONES DE CIRUGIA

TABLA 4

INDICACION DE CIRUGIA	NÚMERO	PORCENTAJE
LITOS MULTIPLES EN COLEDOCO	20	28.9
LITOS PRIMARIOS DE COLEDOCO	17	24.5
LITIASIS INTRAHEPÁTICA	11	15.9
ESTENOSIS AMPULAR	6	8.6
LITO IMPACTADO EN AMPULA	4	5.7
ESTENOSIS DISTAL DE COLEDOCO	4	5.7
LITIASIS RECIDIVANTE	3	4.3
LITIASIS RESIDUAL	2	2.8
COLEDOCO DILATADO	2	2.8

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS

CARACTER DE LA CIRUGIA

TABLA 5

CARACTER DE LA CIRUGIA	NUMERO	PORCENTAJE
URGENTE	47	82.1
ELECTIVO	9	16

COLEDOCODUODENOANASTOMOSIS COMPLICACIONES

TABLA 6

TIPO DE COMPLICACION	NUMERO	PORCENTAJE
INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA	2	2.8
HEMATOMA DE HERIDA	1	1.4
NEUMONIA	1	1.4
VASCULITIS	1	1.4
DEHISCENCIA DE CISTICO	1	1.4
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	1	1.4

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. *Gliedman M. et al: Maingot Abdominal Operations. Ed. Appleton and Lange. 9 edition: 1451-62.*
2. *Hoerr S. et al: Surgical Clinics of North American. Vol.53 No. 5:1115-1137. October 1973.*
3. *Madden J.: Obstructive(surgical) jaundice: An analysis of 140 consecutive cases and consideration of choledochoduodenostomy in its treatment: American Journal of Surgery, Vol. 109:89-99, January 1965.*
4. *Margarey J.: Biliary Fenestration; Br. J. Surg. Vol.53, No.1:41-46. January 1966.*
5. *Wright B: Evaluation of the results of choledochoduodenostomy; Br. J. Surg. Vol.55 No. 1: 33-36. January 1968.*
6. *Miller et al: Management of common bile duct stones in the era of laparoscopic Cholecistectomy: AJS Vol. 169: 273-275. February 1995.*
7. *Thomas C. et al: Efectivennes of choledochoduodenostomy and transduodenal sphinterotomy in the4 treatment of benign obstruction of the common duct: Annals of Surgery Vol. 173. No. 6: 845-856. June 1971.*

8. *Degenshein G. et al: The Techniques of side-to-side Choledochoduodenostomy; Surgery, Vol. 61, No.6:972-974, Junw 1967.*
9. *Schwartz F. et al: Choledochoduodenostomy in the treatment of stenosis of the lower portion of the common bile duct; Surgery, Vol. 46, No. 6: 1020-1026, December 1959.*
10. *Hurwitz A. et al: The role Choledochoduodenostomy in the common duct surgery reappraisal; Surgery Vol. 56, NO. 6, December 1964.*
11. *Panis Y. et al: Long term results of Cholechoduodenostomy versus cholechojejunostomy for choledocholithiasis; Surgery Vol. 177, 33-37, July 1993.*
12. *Blair J. et al: Endoscopic treatment of stomal stenosis after choledochoduodenostomy. Preliminary report; Surgery, Vol. 97, No. 4: 487-489, April 1985.*
13. *Stuart M. et al: Lats results of side to side choledochoduodenostomy and transduodenal sphinterotomy for benign disorders; AJR Vol. 123, No. 5:67-72, January 1972.*
14. *Stain S. et al: Choledocholithiasis; Ann Surg, Vol. 213, No. 6, 627-633, June 1991.*

15. Birkenfeld S. et al: *Choledochoduodenostomy for benign biliary tract disease in the elderly; The American Surgeon*. Vol. 53:658-660. November de 1987.
16. Lygidakis et al: *Operative Risk factors of cholecystectomy choledochotomy in the elderly*. SGO. Vol.157:15-19. July 1983.
17. Wedd T. et al: *Sump Syndrome after choledochoduodenostomy*. SMJ Vol.75. No.3:370-372. March 1982.
18. Madden J. et al: *Choledochoduodenostomy*. AJS Vol.119:4554. January 1970.
19. Schein A. et al: *Choledochoduodenostomy and adjunct to choledochotomy*. SGO Vol. 156: 25-32. January 1978.
20. Madden A. et al: *Side-to-side Choledochoduodenostomy in the management of choledocholithiasis and associated disease*. AJS Vol. 147: 253-259. February 1984.
21. Lygidakis N.: *Choledochoduodenostomy in calculous biliary trac disease*. BJS Vol.68. :762-765. 1981.
22. Moesgarard F. et al: *Prospective choledochoduodenostomy in in multiple common duct stone in the aged*. SGO Vol. 154: 232-234. February 1982.

23. Vogt D. et al: *Choledochoduodenostomy, choledochojejunostomy of sphinteroplasty for biliary and pancreatic disease; Ann Surg Vol. 193, No. 2: 161-168, February 1981.*
24. Lygidakis N. et al: *Surgical approaches to recurrent choledocholithiasis ;AJS Vol. 145... : 636-639, Mayo 1983.*
25. Farrar T. et al: *Choledochoduodenostomy; Arch Surg Vol. 98: 442-446, April 1969.*
26. Schein C. et al: *Choledochoduodenostomy roentgen considerations; Surgery Vol. 60, No.5. :958-953, November 1966.*
27. Degenshein G. et al: *Choledochoduodenostomy: An 18 year study if 175 consecutive cases .Surgery, Vol. 16: NO. 2: 319-324, August 1974.*
28. Moreaux J. et al : *Traditional surgical management of the bile duct stones:A prospective study during a 20 years experience; AJS Vol. 169:220-225, February 1995.*
29. Wilson S. et al :*Sonography accurately detects biliary obstruction in patient with surgically created biliary-enteri anastomosis; AJR 789-794, October 1990.*
30. Parilla et al: *Long term results of choledochostomy in the treatment of choledolithiasis: gastrointestinal endoscopic Vol. 38, No. 3:403-405,1992.*

31. *Bautista O.S.: Anastomosis biliointestinales: Rev. Cir. Gral. 8: 56-62, 1984.*
32. *Harrison T.R. et al: Enfermedades de las vías biliares: Principios de Medicina Interna: TomoII,CP.253:1667-1669. Undecima edición 1987.*
33. *Shackelford et al: Colangitis,coledocolitiasis y estenosis de vías biliares: Cirugia del aparato Digestivo: Vol. III, Cap.15:241-253. Tercera edición 1993.*