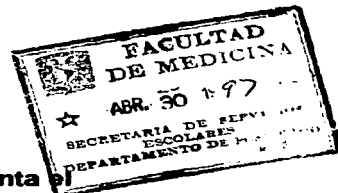


11209 69
71

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
I.S.S.S.T.E.

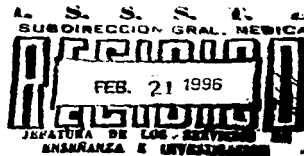
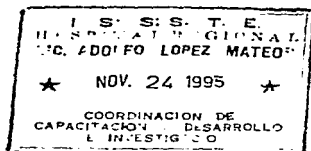


Derivaciones Billodigestivas
Trabajo de Investigación que presenta
Dr. Gustavo Salinas Montes
Para Obtener el Diploma en la Especialidad de
Cirugía General


Dr. Jerónimo Sierra Guerrero
Coordinador de Capacitación
y Desarrollo e Investigación.


Dr. Raúl Albarrán Castillo
Profesor titular del Curso
de Postgrado.


Dr. Alfredo Delgado Chávez
Coordinador de Cirugía.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1997



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 esta 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.

DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS

INVESTIGADOR
DR. GUSTAVO SALINAS MONTES

DIRECCION
AV. UNIVERSIDAD No. 1321 COL. FLORIDA
MEXICO, D.F.
TEL. 661-63-64 EXT. 1242

ASESORES DE TESIS
~~DR. RAUL ALBARRAN CASTILLO~~
~~DR. JOSE GPE. SEVILLA FLORES~~

VOCAL DE INVESTIGACION
DR. FERNANDO CERON RODRIGUEZ

JEFE DE INVESTIGACION
DR. ALEJANDRO LLORET RIVAS

JEFE DE CAPACITACION Y DESARROLLO
DR. ENRIQUE MONTIEL TAMAYO

Derivaciones Biliodigestivas

El acto fundamental de la asistencia médica es asumir responsabilidades. La cirugía ha asumido la responsabilidad de curar gran parte de las enfermedades, una parte formada principalmente por las de tipo agudo, focal o traumático. Esta es la responsabilidad del cuidado de toda la gama de lesiones y heridas, infecciones focales, tumores benignos y malignos y también la gran -- fracción de aquellos diversos procesos patológicos y anomalías -- localizados en órganos corporales. El estudio de la cirugía es el estudio de dichas enfermedades y trastornos y los detalles de su corrección.

Francis D. Moore.

DEDICATORIAS

- A la memoria de mis padres
que en mi recuerdo vivirán siempre.

- Con afecto y agradecimiento
a mis hermanos, por el gran apoyo
e impulso que he recibido de -
ellos de manera incondicional.

- Para la mejor compañera en la vida
y ahora mi esposa. Martha Eugenia -
por su gran apoyo que me ha brinda-
do incondicionalmente.

INDICE

	Pag.
Resumen.....	1
Aspectos históricos.....	2
Introducción.....	4
Material y métodos.....	6
Resultados.....	7
Discusión y comentarios.....	9
Conclusiones.....	11
Tablas.....	13
Gráficas.....	15
Figuras.....	19
Bibliografía.....	21

RESUMEN.

El manejo de las lesiones que obstruyen el flujo biliar de etiología benigna o maligna se logra mediante derivación biliodigestiva.

Los buenos resultados de la reparación inicial de este tipo de lesiones son críticos para la permeabilidad y función del flujo biliar hacia el tubo digestivo a largo plazo.

El presente trabajo presenta una serie de 12 pacientes ingresados al Servicio de Cirugía General del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " (ISSSTE), del 10. de marzo de 1992 a septiembre de 1995, en los cuales se llevó a cabo el procedimiento de derivación biliodigestiva. Se realizó hepatoyeyunostomía en 42.85 %, coledocoduodenostomía en 9.52%, Rodney Smith en 4.76% y esfínteroplastía en 4.76%.

Realizándose un seguimiento de $\bar{x} = 16$ meses con un rango (2-36 meses).

Los resultados obtenidos fueron buenos en el 83.33% y malos en el 16.66%.

SUMARY

Biliodigestive derivative procedures constitute the management of choice for benign and malignant biliary obstructive pathology.

Long term prognosis in basis of permeability towards of Gastrointestinal -- trac depends on the success of the initial procedure..

This study is a report of 12 patients studied in the department of general surgery of " Lic. Adolfo López Mateos Hospital " ISSSTE, between March 1992 and- September 1995. Patients in whom the biliodigestive procedure was done. We report 42.85% Hepaticyeyunostomy, 9.52% Choledochoduodenostomy, 4.76% Rodney Smith tec - nique, 4.76% Sphincteroplasty.

Follow up time was 16 month with a range of 2-36 months.

Outcome was good in 83.33% and poor in 16.66%.

Key Words

- Biliodigestive derivative procedures.
- Bening and malignant biliary obstructive.

ASPECTOS HISTORICOS.

Los aspectos técnicos de la cirugía de vías biliares surgieron a finales del siglo XIX en Tandem. Con los procesos de anestesia, el control de las infecciones y los progresos en otras operaciones del tubo digestivo según Wahl, suele atribuirse a Nussbaum, en 1870, la idea de efectuar anastomosis entre la vía biliar y el intestino.

La primera anastomosis informada entre las vías biliares y el intestino (1881), fue una colecistoenterostomía con el colon que llevó a cabo Von Winweater. Aconsejaron en sucesión una sugerencia de Kappeler, en 1887, de que la anastomosis debe practicarse entre mucuosa y mucuosa, y el informe de Monastyrsky en 1888 de colecistoyunostomía por carcinoma periampular.

Animado por estos progresos, Parkes, actuó sobre el propio conducto biliar en 1885 y lo dilató. Terrier describió en 1889 la primera aplicación de una férula de anastomosis biliar. En 1891, Sprengel informó la primera coledocoduodenostomía por cálculos y en 1892 Doyen comunicó la primera coledococoledocostomía por el mismo trastorno.

Estos intentos iniciales provenientes del renacimiento europeo en cirugía abdominal se acompañaron de otros progresos que tuvieron un impacto secundario sobre este tipo de intervenciones quirúrgicas. De este modo se describió en 1903 la maniobra de Kocher y Roux informó de la anastomosis en Y de su nombre en el intestino delgado en 1897. Esta técnica se ideó para resolver la obstrucción gástrica y esofágica causada por tumores, pero siete años después en 1904, Monprofit la aplicó a la vías biliares.

Casi todos estos procedimientos se efectuaron para paliar la obstrucción maligna del coledoco, constituyeron un punto de partida de primera importancia a partir de la ejecución previa de la colecistectomía, pero por último el procedi -

miento anastomótico adquirió preponderancia por que no dejaba al paciente con una sonda para drenaje o una fístula.

En el período transcurrido entre 1880 y 1910, los cirujanos abdominales estaban estableciendo la etapa de los procedimientos de resección que abarcaban las - vías biliares, el páncreas y de reparación de las lesiones de las vías biliares - subsecuentes a la aparición de la colecistectomía(1).

INTRODUCCIÓN.

El manejo de la enfermedad obstructiva biliar es un reto para el cirujano - ya que la obstrucción de la salida biliar desde el hígado es una situación potencialmente letal (1).

Las lesiones, causa que imposibilitan el flujo biliar del hígado al tubo digestivo de etilogía benigna o maligna, pueden desembocar en consecuencias tales como colangitis, cirrosis biliar primaria e hipertensión portal(2).

Las lesiones benignas son corregibles en todos los pacientes por medio de procedimientos quirúrgicos apropiados efectuados a tiempo, en tanto que la patología maligna extrínseca al tracto biliar permite llevar a cabo procedimientos paliativos a fin de evitar las consecuencias de la obstrucción biliar(2).

De suma importancia es la consideración de las lesiones biliares se agrega la utilidad intrínseca de las cuestiones técnicas básicas que involucra una anatomosis biliar. Estos principios básicos son directamente aplicables a las anatomosis en el tratamiento de lesiones transoperatorias, calculos coledocianos y enfermedad maligna periampular (3,6).

Una vez realizada una derivación biliodigestiva, temprana y adecuada se evita la instalación de cirrosis biliar e hipertensión portal (2).

La variabilidad de la distribución y ramificación del sistema ductal biliar puede ser grande por lo que el patrón de drenaje biliar debe ser del conocimiento del cirujano para la elección correcta de la restitución del flujo biliar al intestino.

Una de las complicaciones poco frecuentes pero se suma importancia es la lesión transoperatoria del conducto biliar proximal, cuya incidencia varía de 0 a 0.2 % para procedimiento convencional y se incrementa del 0.5 al 2 % en cirugía laparoscópica.

Exceptuando los casos en que es identificado y reparado transoperatoriamente, se manifiesta mediante un síndrome o obstrucción biliar extrahepática, peritonitis biliar o una fístula biliar. siempre con el antecedente de intervención previa y un intervalo libre de síntomas de duración variable (3,6,8).

Por lo que en las exploraciones complementarias los estudios de imagen son fundamentales para la localización del sitio de lesión a fin de adoptar la terapéutica más adecuada.

El tratamiento de elección es el quirúrgico sobre aquellos invasivos no quirúrgicos (6).

El tratamiento más adecuado es aquel que está basado sobre un conocimiento de la fisiopatología así como de las secuelas de obstrucciones y la apreciación de las complicaciones potenciales de los intentos de restaurar la continuidad del tracto biliar (7,8,9,10).

De tal forma que los buenos resultados de la reparación inicial del tracto biliar son críticos para la permeabilidad y función a largo plazo (13,14,15).

MATERIAL Y METODOS.

Durante el período comprendido de marzo de 1992 a septiembre de 1995, se revisaron 12 pacientes, a quienes se realizó derivación biliodigestiva en el servicio de Cirugía General del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos " (ISSSTE) con el antecedente de cirugía inicial de colecistectomía , 50% femeninos (6-12) y 50% masculinos (6-12) (Fig. 1). Con un promedio de edad de 49.2 años con rango de 30 a 76 años (Graf. 1), El tiempo de evolución desde el inicio de su padecimiento de 3.8 meses con rango de 0.5 a 8 meses. El 50 % presentaba datos de ictericia con dilatación de vías biliares, y en la tabla 2 se resumen los hallazgos clínicos preoperatorios.

En el total de los pacientes se realizó USG de hígado y vías biliares con hallazgos ultrasonográficos de colecistítis crónica litiasica en 75 % (9-12), colecistítis litiasica aguda en 16.66 % (2-12) y colecistítis a litiasica en 8.33 % (1-12) (Fig. 2).

Se realizaron un total de 21 intervenciones quirúrgicas en los 12 pacientes para un total de 1.75 cirugías por paciente con rango de 1 a 3 intervenciones.

En 5 pacientes se realizó colecistectomía simple para un 23.80 % (5-21), En 5 pacientes colecistectomía más derivación bilioentérica para 23.80 % (5-21). Y 9 intervenciones para derivación biliodigestiva, 48.85 % (9-21), y 2 cirugías en las que se realizó drenaje de absceso y exploración de vías biliares para 9.52 % (2-21). (Tab. 2, Graf. 3).

RESULTADOS.

En 7 de 12 pacientes se produjo lesión transoperatoria de la vía biliar principal para un promedio de 58.33 % (Graf. 2), en 4 pacientes se retrazó el diagnóstico requiriendo una segunda intervención para la realización de la derivación biliodigestiva la cual fué posible realizar en 3-4 con hepatoyeyunoanastomosis T-L, y en uno se realizó drenaje de un absceso subhepático y en la tercera reintervención se llevo a cabo la derivación tipo Rodney Smith y en 2 de estos 7 pacientes requirieron de una tercera cirugía de desmantelamiento y formación de nueva hepatoyeyunostomía secundaria a estenosis de la anterior.

En las tres pacientes en las que se realizó el diagnóstico de lesión transoperatoria de la vía biliar principal se realizó en 2 colecistectomía más hepatoyeyunoanastomosis T-L, y en 1 colecistectomía más Rodney Smith (Tab.3).

2 pacientes operados por cirugía laparoscópica presentaron lesión de la vía biliar principal, en 1 se realizó diagnóstico tardío referido anteriormente, y una presentó fuga biliar con litiasis intrahepática y se le realizó una hepatoyeyunoanastomosis T-1. en una segunda cirugía.

En 2 pacientes se realizó coledocoduodenoanastomosis, en uno de los pacientes existía el antecedente de la cirugía por piocolicisto, presentando colangitis secundaria a litiasis residual, segunda intervención exploración de vías biliares más colocación de sonda en T presentando como complicación estenosis y reinterviniéndose. Tercera cirugía y realización coledocoduodenoanastomosis.

En 1 paciente se realizó colecistectomía más esfinteroplastia por presentar coledocolitiasis con lito enclavado en esfínter de Oddi con extracción difícil. En un paciente se encontró un adenocarcinoma de duodeno, realizandose hepatoyeyunoanastomosis como procedimiento paliativo sin presentar complicaciones.

De las 21 cirugías realizadas 33 % presentó fuga biliar externa (4-21), el -

39.8 % ,colangitis de repetición (8-21), 19.04 % Desequilibrio hidroelectrolítico y 4.76 % seroma como complicaciones pos-quirúrgicas. En el 23 % de los pacientes no presentaron complicaciones (TAB. 1).

Se realizó un período de seguimiento promedio de 16 meses con rango de 2a36 - meses y el promedio de estancia fué de 23.5 días con rango 4-64 días.

En el seguimiento se valoró la eficacia del tratamiento definiendo como buenos resultados aquellos pacientes asintomáticos o que sufren de manera esporádica períodos de colangitis que ceden con manejo médico y resultados malos a aquellos enfermos con crisis de colangitis que precisan reintervención después de la cirugía fueron buenos en 83.33 % (10-12) y malos en 16.66 % (2-12). Tras la segunda cirugía un caso bueno 50 % Y un caso malo . En relación a la cirugía la incidencia de reestenosis fué de 14.28 % (2 de 14 cirugías reoperadas).

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.

La posibilidad de lesión inadvertida desde los tejidos adyacentes ha sido una parte de la cirugía desde la época de los cirujanos barberos (1,5).

En nuestra serie encontramos, que no existe diferencia en cuanto al sexo, para la aparición de lesiones benignas y/o malignas de la vía biliar, presentando un porcentaje alto de lesiones transoperatorias; el diagnóstico como señala en la literatura puede llevarse a cabo en el transoperatorio o bien en años después (6,7,13).

Sus manifestaciones clínicas pueden separarse en dos condiciones (6).

En la primera existe lesión sin solución de continuidad y se manifiesta como un síndrome de ictericia obstructiva extrahepática que hace pensar en un episodio de colangitis cuya gravedad y frecuencia pueden desembocar en una cirrosis biliar secundaria (4-10%) (16A).

En la segunda existe una solución de continuidad con o sin estenosis que puede manifestarse mediante una peritonitis biliar (5-10%) o una fístula biliar externa en el 30% de los casos y que al cerrar crea un cuadro de colestasis en una serie se manifestaron clínicamente en el 16.66% (2-12); ninguna desarrolló otra patología (14,16,17).

Las lesiones que se reconocen y tratan en el acto quirúrgico van del 20 al 40% en nuestra casuística se diagnosticaron y reparo el 41.66% respecto a los datos de laboratorio el 50% presentó hiperbilirubinemia en expensas de la conjugada y aumento de la fosfatasa alcalina (15).

En cuanto al tipo de tratamiento las técnicas propuestas son numerosas, sus objetivos son dos principales, el primero es suprimir la lesión (librar la obstrucción), y dar continuidad al flujo de la bilis al tubo digestivo. El segundo objetivo debe ser que la solución adoptada, sea definitiva para lo cual hay que evitar que la obstrucción se reproduzca siendo fundamental la preparación preo--

peratoria; entre mejores condiciones pueda llevarse a cirugía el paciente mayor -- porcentaje de éxito podrá esperarse.

Para tal efecto las derivaciones biliodigestivas constituyen la técnica de elección, señalando que una anastomosis sin tensión obtiene mejores resultados ---- post-operatorios.

En nuestra serie se realizó 47.36 hepaticoyunostomias en Y de Roux, en 9 - pacientes coledocoduodenostomia en 10.52 % 2 pacientes Rodney Smith en 10.52% 2 -- pacientes y esfinteroplastía en 5.26% 1 paciente.

La morbilidad **fué** dada en su mayor porcentaje por factores metabólicos, y solo el 16.66% requirió reintervención que se encuentra dentro de lo reportado en la literatura (14,15,16,17).

CONCLUSIONES.

- Siendo la colecistectomía la cirugía más frecuente del aparato digestivo, encontrándose que la mayoría de las lesiones benignas son secundarias a dicho procedimiento siendo las de mayor presentación la fuga de bilis, así como los cálculos -- retenidos.

- De estas suelen requerir reconstrucción quirúrgica.

- Las derivaciones biliodigestivas constituyen la técnica de elección para re-establecimiento de un drenaje eficaz de bilis al tubo digestivo.

- Las derivaciones biliodigestivas en las cuales se realiza una anastomosis, -- sin tensión independientemente del sitio de lesión obtienen mejores resultados --- postoperatorios.

- Las derivaciones biliodigestivas constituyen la mejor oportunidad para co -- rregir con buenos resultados una vía biliar lesionada.

- Las derivaciones biliodigestivas para casos de enfermedad benigna y maligna confirman su eficacia, y baja tasa de complicaciones.

NIVEL DE LESION TRANSOPERATORIA.

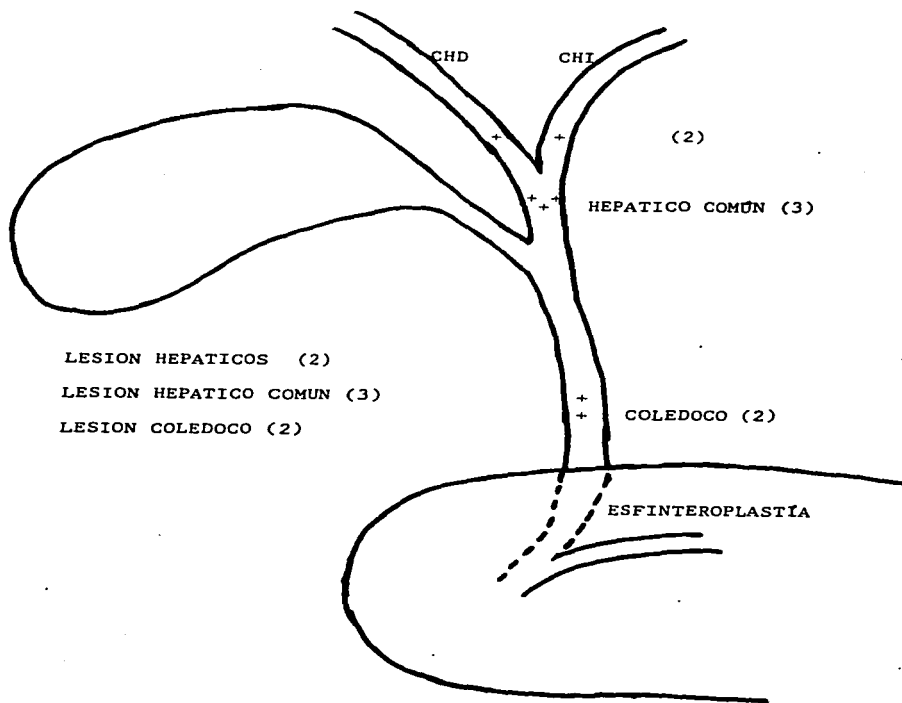


Tabla 1. Hallazgos preoperatorios en pacientes sometidos a Derivación biliodigestiva.

Hallazgo	Número	Promedio
Dolor	10	83.33%.
Ictericia	7	58.33%.
Fiebre	5	41.66%.
Acolia	6	50%
Coluria	6	50%.
Pérdida de peso	6	50%.
Náusea	8	66.66%.
Vómito	5	41.6%.
Prurito	3	25%.
Fístula biliar	2	16.66%.
Intol.a Colecistoq.	8	66.66%.
Diarrea	1	8.33%.

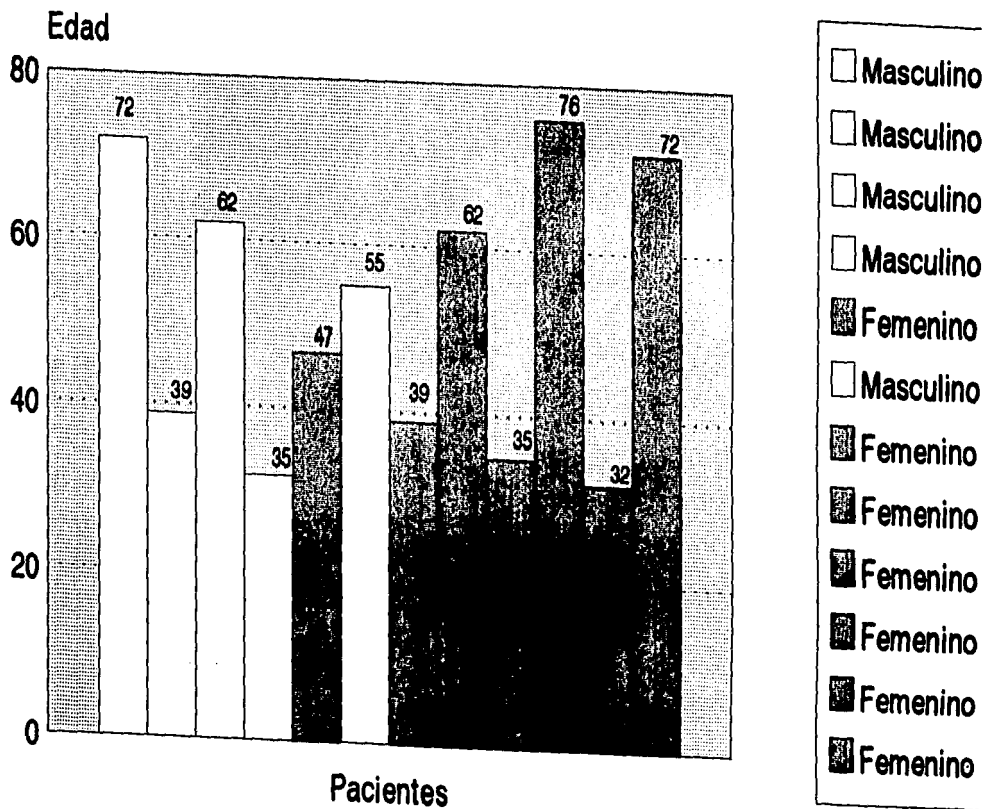
Tabla 2. Cirugías Realizadas (21).

DERIVACION BILIODIGESTIVA.	42.85%	(9-21)
Hepatoyeyunostomía T-L	28.57%	
Coledocoduodenostomía	9.52%	
Rodney Smith	4.76%	
COLECISTECTOMIA + DERIVACION BILIODIGESTIVA	23.80%	(5-21)
Colecistectomía + Hepatoyeyunostomía T-L	14.28%	
Colecistectomía + Esfinteroplastia	4.76%	
Colecistectomía + Rodney Smith	4.76%	
COLECISTECTOMIA SIMPLE	23.80%	(5-21)
OTRAS	9.52%	
EVB + Colocación de sonda en T	4.76%	
Lap. Exp. + Drenaje de absceso	4.76%	

Tabla 3. Complicaciones Postquirúrgicas

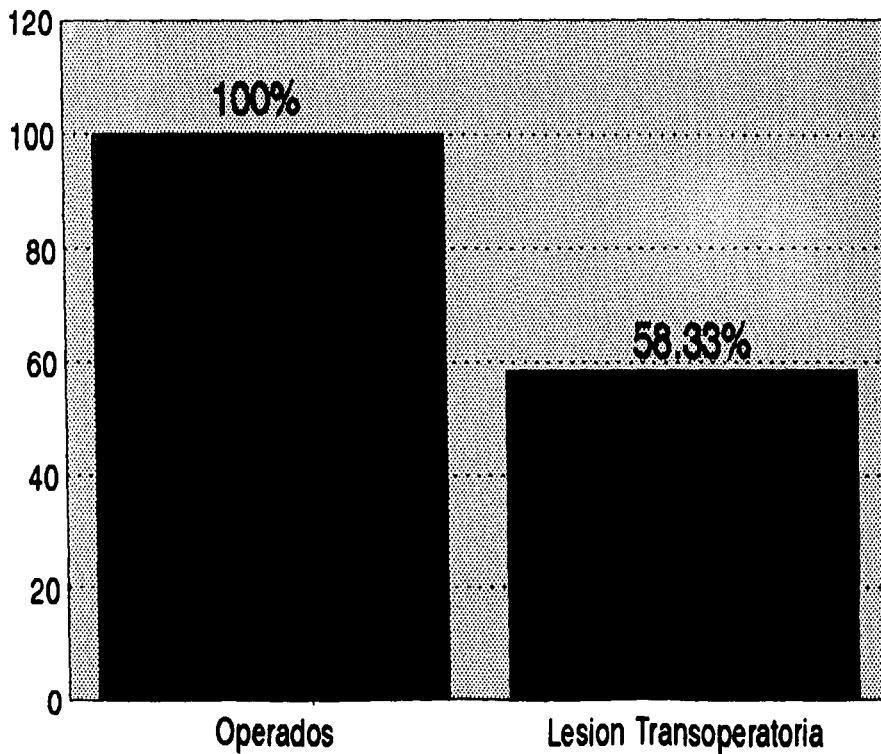
Fuga biliar externa	33%
Coloangitis de repetición	39.84%
Desequilibrio Hidroelectrolítico	19.04%
Seroma de herida quirúrgica	4.76%

Distribución por Edad y Sexo



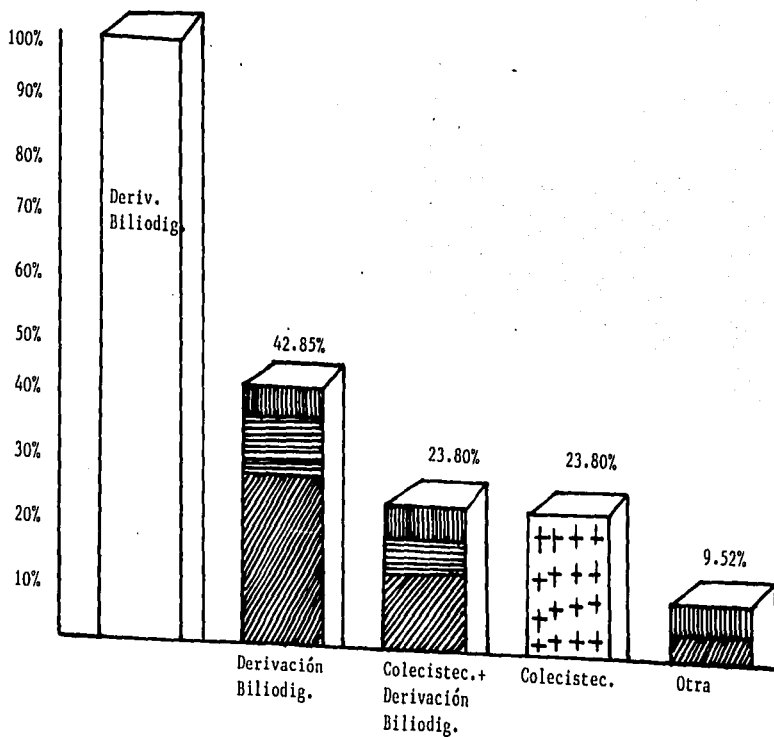
Gráfica 1




Porcentaje de Lesión Transoperatoria





Grafica 2

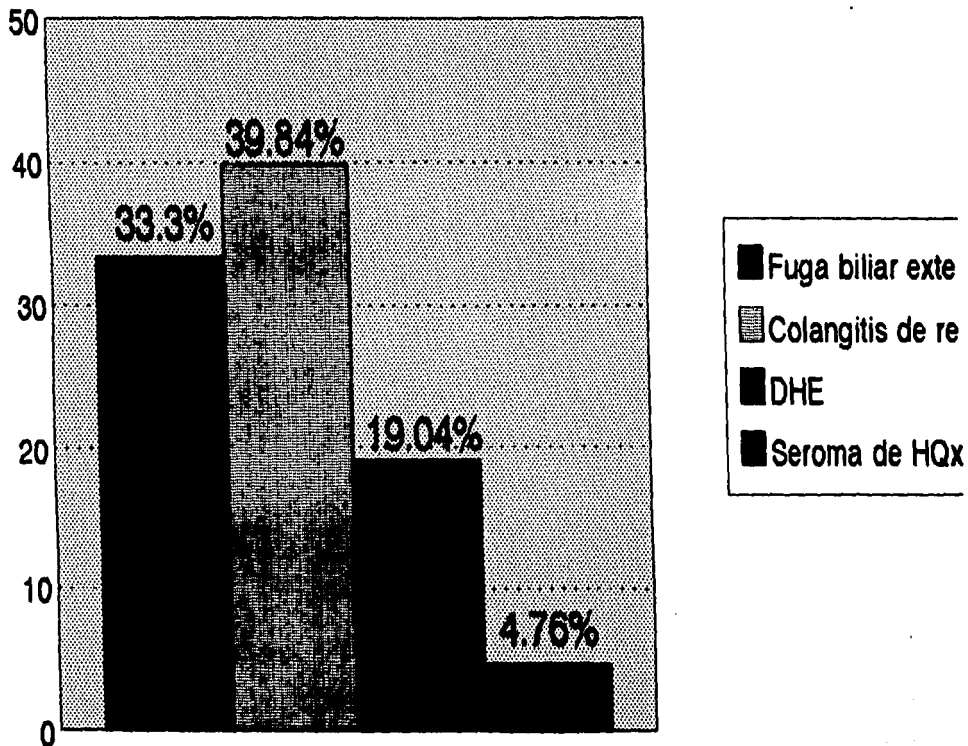
Gráfica 3. Cirugías realizadas



 Hepatoyeyunoanastomosis T-L
 Coledocoduodenoanastomosis L-L
 Rodney Smith.

 EVB + Sonda en T
 Drenaje de absceso

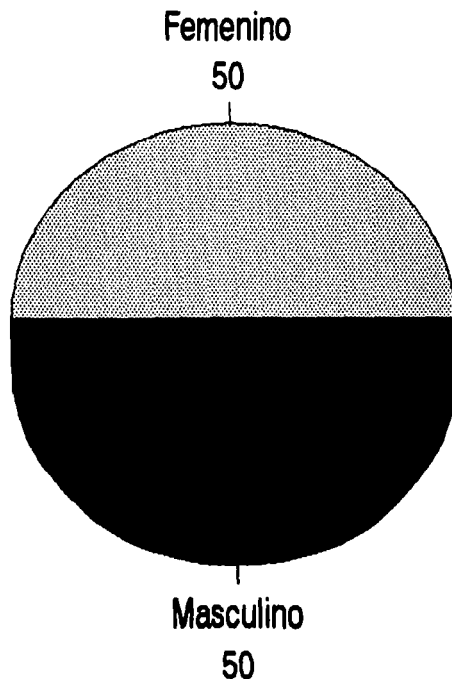
Complicaciones postquirurgicas



Graficos 4

Distribución por Sexo

Derivaciones Biliodigestivas



ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Figura 1

Hallazgos Ultrasonograficos Iniciales

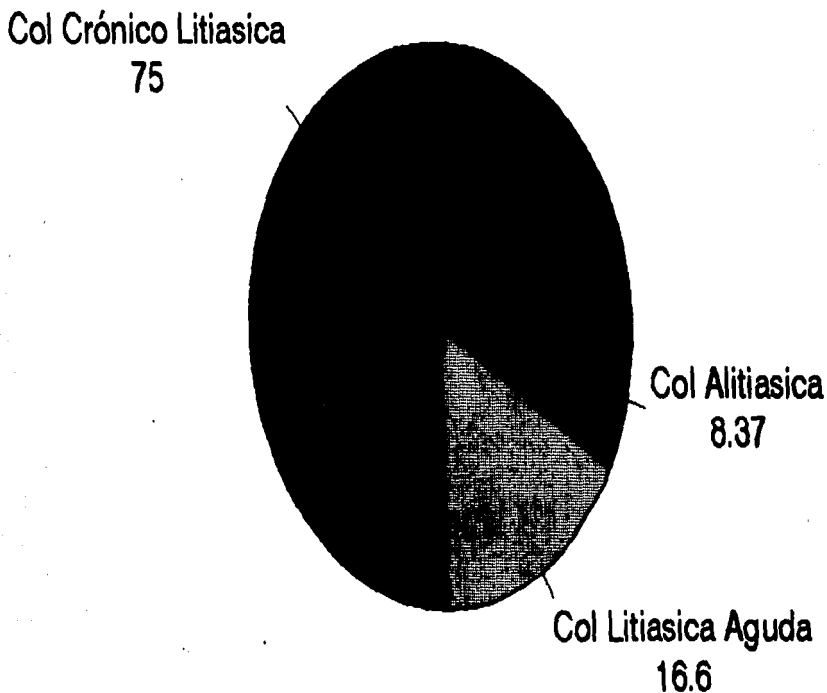


Figura 2

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Braash.J: Perspectivas históricas de las lesiones de vías biliares. Clin.- Quir. de Norteam.Vol.4;775-784; 1994.
- 2.- Schirmer.W.J. Rossi.L. Hwghes.K.S. Coenmon operative problems in hepatobiliary. Surgery Surg. Clin Northam 71;1363-1389; 1991.
- 3.- Dubois.F. Betlnelot G. et.al. Coelioscopic cholecystectomy preliminary report of 36 casos. Ann Surg. 217;60-62; 1990.
- 4.- Hunter.J.G. Avordane of bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy Am.J. Surg 102; 71-76; 1991.
- 5.- Martín Ronald F, Rossi R.L. Lesiones de vías biliares. Surg.Clin. Northam. 4;825-848;1994.
- 6.- Davidoff.AM. Papas TN.el.al.Mechanismos of major biliary injury during laparoscopic cholecistectomy.Ann. Surg. 215; 196-202;1992.
- 7.- Garden.O.J. Iatrogenic Injury to the bile duct Br J.Surg. 78;1412-1415; -- 1991.
- 8.- Moosa.A.R.: Easter D.W. el.al. Laparoscopic injuries to the bile duct. --- Ann Surg. 215;203-208;1992.
- 9.- Woods.m.s.,Transverso L.D. et.al. Choracteristic of biliary tract complications during laparocopic cholecystectomy. A multiinstitucionna study Ann- J.Surg 107;27-34;1994.
- 10.- Deziel D.J. Complicaciones de la colecistectomia ,Surg. Clin. Northam 4;- 853-868;1992.
- 11.- Rossi R;Tsao J.I. Reconstrucción biliar 4;869-886. Surg. Clin. Northam -- 1992.
- 12.- Scott M. Graham; MD John L. Flowers,M.D. Laparoscopic cholecystectomy and Common Bile Duct. Stones. Annals of surgery Vol. 218. No.1 pags 61-67; - 1993.

- 13.- Martinez Torres Maria Dolores. Las lesiones del h patico derecho y sus --
ramas en cirugía biliar. Revista Española Enf. Ap. Digest. 72,3 pag.211--
215;1987.
- 14.- Nicholas S. Hadjis; Injury to segmental Bile Ducts. Arch. Surg. Vol.123--
March 1989. pags. 351-353.
- 15.- Ake Andr n-Sandberg,M.D. Gunnar Alinder,M.D. Accidental Lesions of the --
Common Bile Duct at Cholecystectomy. Ann.Surg. Mayo 1984 Vol.5. pags 328-
332.
- 16.- D.J. Gooma,J. Konsten; Seguimiento a largo plazo de pacientes con coledo-
coyunostom a indicada por la presencia de cálculos de la vía biliar cu-
ya extracción fué dificultosa y con dudas de ser completa. Br.J.Surg. ---
Ed. Esp.; Vol. 2 No.2 Agosto 1989. pags. 109-111.
- 17.- Carrillo Silva J. De la Peña Páez I. Casales Ortiz G. Yatrogenia en vías
biliales. Cirujano Gral. Año 1o. Vol. IX pags. 15-19; 1989.
- 18.- García Marcilla. Sanchez Bueno Castellanos; Lesiones iatr gicas de la-
vía biliar principal. Presentación de 25 casos. Rev. Esp. Enf. Ap. Di --
gest; 151-1555; 1988.