

11209

47

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I. S. S. T. E.**

**INCIDENCIA ACTUAL DE COLEDOCOLITIASIS
EN LA COLECISTITIS CRONICA LITIASICA**

P R E S E N T A

**DR. FERNANDO FLORES ROSAS
SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL**

ASESOR DE TESIS

DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA

2001



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.

AUTORIZACIONES



DR. JAIME SOTO AMARO

COORDINADOR Y PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE
CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E



I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE MEDICINA
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

OCT. 19 2000

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



DR. EMILIO MONTES NUÑEZ

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E



DR. IGNACIO MEJIA ESGUERRA

ASESOR DE INVESTIGACION
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ
I S S S T E



INDICE

Resumen	4
Summary	6
Introducción	8
Material y métodos	10
Resultados	11
Tablas y gráficas	13
Conclusiones	27
Bibliografía	29

RESUMEN

Se realiza este estudio en forma abierta, longitudinal y prospectiva, de marzo de 1997 a junio del 2000 se detectaron un total de 723 pacientes con colecistitis crónica litiásica, en el servicio de cirugía general del Hospital General "Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez" del ISSSTE. Se excluyeron, un total de 119 pacientes (16.4%): con pancreatitis 2 (1.6%), pacientes que no aceptaron el procedimiento quirúrgico 20 (16.8%), colecistitis crónica alitiásica 50 (42%), pacientes que pertenecen a otra unidad 47 (39.4%). Se eliminaron un total de 33 pacientes (4.5%): con neoplasia 1 (3.0%), pacientes fallecidos durante el estudio 4 (12.1%), pacientes en los que se realizó CPER con esfinterotomía sin cirugía 28 (84.8%). Se incluyeron en el estudio los 571 (78.9%) pacientes restantes: coledocolitiasis 51 (8.9%), colecistitis crónica litiásica 411 (71.9%), colecistitis crónica litiásica agudizada 25 (4.3%), piocolecisto 28 (4.8%), hidrocolecisto 51 (8.9%), Sx de Mirizzi 3 (0.5%), estenosis del esfínter de Oddi 1 (0.1%), escleroodditis y divertículo duodenal 1 (0.1%), en mayores de 10 años sin límite de edad, ni sexo.

La mayoría de los pacientes fueron captados en la consulta externa de cirugía general, donde fueron estudiados y preparados preoperatoriamente. Algunos de ellos se intervinieron en forma electiva, otros ingresaron al quirófano en forma urgente y otros requirieron internamiento, con lo cual el procedimiento se difirió uno o dos días. Se observó un predominio del sexo femenino (463 pacientes) sobre el sexo masculino (108 pacientes). La edad menor fue de 11 años y la mayor de 89 años. Se observó una frecuencia elevada en pacientes de los 32 a 53 años de edad. La colangiografía transoperatoria (CTO) se realizó en 206 pacientes colecistectomizados en forma abierta, contra 2 pacientes por laparoscopia.

Se concluye que en nuestro medio en particular, se tiene cierto escepticismo con la realización de la CTO en forma sistemática a todos los pacientes que se les somete a cirugía bajo el diagnóstico de CCL. En este estudio se corroboró que la incidencia de coledocolitiasis en la CCL es elevada, y la mayoría de las veces la CTO demostró la presencia de imágenes litiásicas en el interior del colédoco.

Palabras clave: Colecistitis crónica litiásica / Coledocolitiasis / Colecistectomía / Colangiografía transoperatoria / Colédoco.

SUMMARY

He is carried out this study in open, longitudinal and prospective form, of March of 1997 to June of the 2000 were detected a total of 723 patients with cholecystitis chronic litiásica, in the service of general surgery of the General Hospital Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez of the ISSSTE. They were excluded, a total of 119 patients (16.4%): with pancreatitis 2 (1.6%), without informed consent 20 (16.8%), cholecystitis chronic alitiásica 50 (42%), patient that belong to another unit 47 (39.4%). they were eliminated a total of 33 patients (4.5%): with neoplasia 1 (3.0%), patients deceaseds during the study 4 (12.1%), patient in those that one carries out CPER with esfinterotomía and without surgery 28 (84.8%). they were included in the study the 571 (78.9%) patient remaining: choledocholithiasis 51 (8.9%), cholecystitis chronic litiásica 411 (71.9%), cholecystitis chronic made worse litiásica 25 (4.3%), piocollecisto 28 (4.8%), hidrocolecisto 51 (8.9%), Sx of Mirizzi 3 (0.5%), estenosis of the sphincter of Oddi 1 (0.1%), escleroditis and divertículo duodenal 1 (0.1%), in bigger than 10 years without age limit, neither sex.

Most of the patients were captured in the external consultation of general surgery, where they were studied and prepared preoperatoriamente. Some of them were intervened in elective form, others entered to the quirófano in urgent form and others required internamiento, with that which the procedure was differed one or two days. A prevalence of the feminine sex was observed (463 patients) on the masculine sex (108 patients). The smallest age was of 11 years and the bigger than 89 years. One observes a frequency risen in patient from the 32 to 53 years of age. The Cholangiography transoperatoria (CTO) one carries out in 206 patients colecistectomizados in open form, against 2 for laparoscopia.

You concludes that in our one has certain scepticism half in particular, with the realization of the CTO in systematic form to all the patients that are subjected to surgery under the diagnosis of CCL. In this study it was corroborated that the choledocholithiasis incidence in the CCL is high, and most of the times the CTO demonstrated the presence of images litiásicas inside the choledoco.

Words key: Cholecystitis chronic litiásica / Choledocholithiasis / Cholecystectomy / Cholangiography transoperatoria / Choledoco.

INTRODUCCION

El interés en la formación y atención clínica de una afección por cálculos biliares data de épocas antiguas; algunas pruebas arqueológicas sugieren que los miembros de la familia egipcia padecían este trastorno (1) (2).

Los cálculos biliares son aún un problema de salud importante en nuestro medio y en todo el mundo. Se estima que cuando menos el 10% de la población estadounidense padece colelitiasis y aproximadamente de 10 a 15 de los pacientes sometidos a colecistectomía por cálculos biliares tienen cálculos también en el colédoco (2) (3) (4). A la inversa, casi todos los pacientes con coledocolitiasis tienen cálculos biliares concomitantes en la vesícula biliar. La incidencia de coledocolitiasis en el momento de la colecistectomía aumentan con la edad y es de 3% entre los 20 y 40 años de edad, y aumenta a 25% entre los 60 y 80 años (2) (3) (4).

Hay dos tipos básicos de cálculos biliares: de colesterol (70%) y de pigmento (30%). Los cálculos en el colédoco se clasifican como primarios y secundarios (1). Los últimos son mucho más comunes y llegan a él al emigrar a través del cístico después de formarse en la vesícula biliar (3). Los cálculos primarios se forman en el árbol biliar intra o extrahepático (4) (5) (6).

Los cálculos del colédoco pueden ser expulsados hacia el duodeno sin que el paciente tenga síntomas, o mantenerse en el árbol biliar por meses, o incluso años, sin ocasionar síntomas (2) (5) (6) (7). Sin embargo la coledocolitiasis suele ser el origen de muchos problemas graves, debido a las complicaciones infecciosas y mecánicas que pueden ser mortales. Los cálculos en el colédoco se asocian a colangitis aguda en más de 65% de los pacientes (3) (4) (7) (8). Los

ataques graves de colangitis aguda dan por resultado abscesos hepáticos y la muerte del enfermo. La migración de un cálculo pequeño a través de la ampolla de Vater, cuando existe un conducto común entre el colédoco distal y el conducto pancreático, produce pancreatitis biliar (5) (7) (9). La impactación de un cálculo biliar en la ampolla origina ictericia obstructiva. La obstrucción biliar crónica subclínica, tarde o temprano ocasiona cirrosis biliar secundaria (5) (8) (10).

La Colangiografía transoperatoria (CTO) juega un papel muy importante en el diagnóstico de esta enfermedad, se estima que aproximadamente es positiva para coledocolitiasis en el 5 al 10% de los pacientes que se someten en forma electiva a colecistectomía por colecistitis crónica litiásica (CCL) (3) (4) (6) (9) (10). Sin embargo es importante recalcar que un cístico de tamaño pequeño o normal, no descarta la posibilidad de coledocolitiasis, de ahí la importancia para la realización sistemática de la Colangiografía Transoperatoria. Además este estudio nos proporciona información acerca de la anatomía de la vía biliar, así como de detectar otra patología de la vía biliar (6) (7) (9).

MATERIAL Y METODOS

Entre marzo de 1997 y junio del 2000 se detectaron un total de 723 pacientes con colecistitis crónica litiásica, en el servicio de cirugía general del Hospital General " Dr. Fernando Quiróz Gutiérrez " ISSSTE, en la ciudad de México D.F. Se excluyeron, un total de 119 pacientes (16.4%): con pancreatitis 2 (1.6%), pacientes que no aceptaron el procedimiento quirúrgico 20 (16.8%), colecistitis crónica alitiásica 50 (42%), pacientes que pertenecen a otra unidad 47 (39.4%). Se eliminaron un total de 33 pacientes (4.5%): con neoplasia 1 (3.0%), pacientes fallecidos durante el estudio 4 (12.1%), pacientes en los que se realizó CPER con esfinterotomía sin cirugía 28 (84.8%). Se incluyeron en el estudio los 571 (78.9%) pacientes restantes: coledocolitiasis 51 (8.9%), colecistitis crónica litiásica 411 (71.9%), colecistitis crónica litiásica agudizada 25 (4.3%), picrocolecisto 28 (4.8%), hidrocolecisto 51 (8.9%), Sx de Mirizzi 3 (0.5%), estenosis del esfínter de Oddi 1 (0.1%), escleroodditis y divertículo duodenal 1 (0.1%), en mayores de 10 años sin límite de edad, ni sexo. La edad de los pacientes osciló entre los 11 años para el menor y 89 años para el mayor, con un promedio de edad de 49 años, con una media de 48 años y una moda de 40 años. El diagnóstico de colecistitis crónica litiásica y coledocolitiasis de ingreso fue hecho mediante USG de hígado y vías biliares. En algunos pacientes se le diagnóstico coledocolitiasis por medio de la CTO , CPER, Colangiografía percutánea.

RESULTADOS

La mayoría de los pacientes fueron captados en la consulta externa de cirugía general, donde fueron estudiados y preparados preoperatoriamente. Se observó un predominio del sexo femenino (463 pacientes) sobre el sexo masculino (108 pacientes) (**tabla. 1**). En cuanto a pacientes por servicio, cirugía atendió a 467 pacientes (81.7%), contra 104 pacientes atendidos por el servicio de endocirugía (18.3%) (**tabla.2**). En cuanto a sexo por servicio se atendieron a 463 mujeres (81%) contra 108 hombres (19%) (**tabla. 3**). La edad menor fue de 11 años y la mayor de 89 años (**tabla. 4**). Se observó una frecuencia elevada en pacientes de los 32 a 53 años de edad (**tabla. 4**). Los pacientes ingresaron con un diagnóstico de: CCL + Coledocolitiasis 17 (2.9%), CCL 497 (87.3%), CCLA 41 (7.1%), piocolecisto 3 (0.5%), hidrocolecisto 12 (2.1%), CCL + Sx de Mirizzi 1 (0.1%) (**tablas. 5,6,7**). 104 pacientes, ingresaron por urgencias con el diagnóstico de piocolecisto (28), hidrocolecisto (51) y colecistitis crónica litiásica agudizada (25), ellos requirieron tratamiento con antibióticos (esquema único), así como analgésicos, antiespasmódicos y reposo del aparato digestivo, los pacientes con hidrocolecisto y piocolecisto se sometieron en forma urgente al quirófano, previos estudios preoperatorios. Los 25 pacientes restantes se ingresaron a hospitalización con el mismo manejo y uno o dos días posteriores a su ingreso se sometieron en forma electiva a quirófano. El resto de los pacientes 467 se sometieron a cirugía en forma electiva, observando los siguientes diagnósticos: CCL + coledocolitiasis (51), CCL (411), colecistitis crónica litiásica agudizada (CCLA) + Sx de Mirizzi (3), estenosis del esfínter de Oddi (1), escleroooditis y divertículo duodenal (1) (**tabla.8.9.10**). Los pacientes permanecieron hospitalizados menos de 72 hrs, excepto en los pacientes en los que se realizaron: esfinteroplastias (12) y derivaciones biliodigestivas (2) (**tablas.11.12.13**), los cuales requirieron de 6 a 7 días de hospitalización.

El único síntoma que los pacientes refirieron fue dolor en la herida quirúrgica, el cual se maneja con metamizol (500 mg VO cada 8 hrs) en la mayoría de los casos, cediendo este durante la segunda semana de la cirugía.

Las cirugías realizadas fueron: colecistectomía simple 193 (33.8%), colecistectomía con colangiografía transoperatoria 206 (36%), colecistectomía laparoscópica 106 (18.5%), colecistectomía + colangiografía transoperatoria + exploración de vías biliares (EVB) + esfinteroplastia 12 (2.1%), colecistectomía + colangiografía transoperatoria + exploración de vías biliares 50 (8.7%), colecistectomía + colangiografía transoperatoria + derivación biliodigestiva 2 (.3%), colecistectomía laparoscópica + colangiografía transoperatoria 2 (.3%) **(tablas. 11.12.13).**

La colangiografía transoperatoria (CTO) se realizó en 206 pacientes colecistectomizados en forma abierta, contra dos pacientes por laparoscopia **(tabla. 14)**. La técnica de CTO consistió en canular el conducto cístico durante la cirugía, previo despegamiento de la vesícula del lecho hepático, se introdujo catéter de alimentación (4 a 5 mm) en el conducto cístico, se ligo con seda del OO, se paso medio de contraste (10 cc) para la fase de llenado, tomándose en este momento la primera placa de RX y posterior a esta se toma la segunda placa en fase de vaciamiento, se retira catéter y se liga con seda del OO el muñón del cístico. Dicho procedimiento se realizó sin complicaciones transoperatorias, ni postoperatorias.

Tabla 1. SEXO

Sexo	1997	1998	1999	2000	Total	%
Femenino	62	152	159	90	463	61
Masculino	22	32	32	22	108	19
Total	84	184	191	112	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 1

PACIENTES POR SEXO

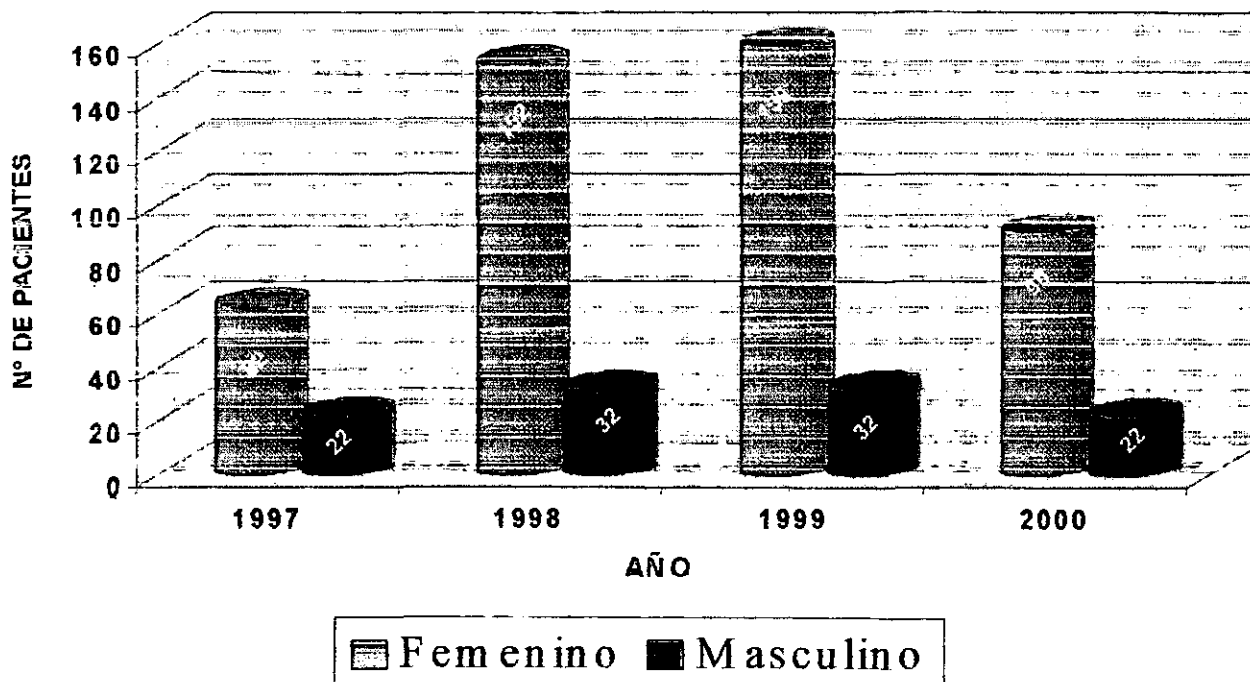


Tabla 2. PACIENTES POR SERVICIO

Sexo	1997	1998	1999	2000	Total	%
Cirugía	66	140	164	97	467	81.7
Endocirugía	18	44	27	15	104	18.3
Total	84	184	191	112	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 2

PACIENTES POR SERVICIO

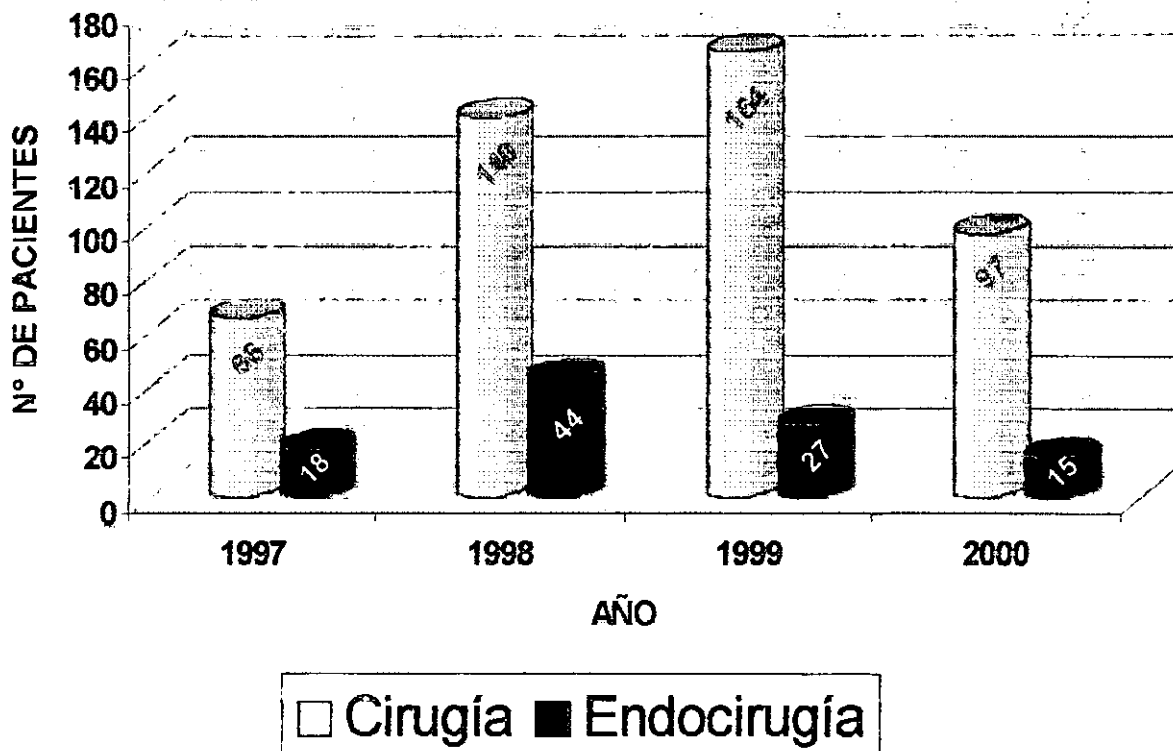


TABLA 3. SEXO POR SERVICIO

Sexo	Cirugía	Endocirugía	Total	%
Femenino	372	91	463	81
Masculino	95	13	108	19
Total	467	104	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 3

SEXO POR SERVICIO

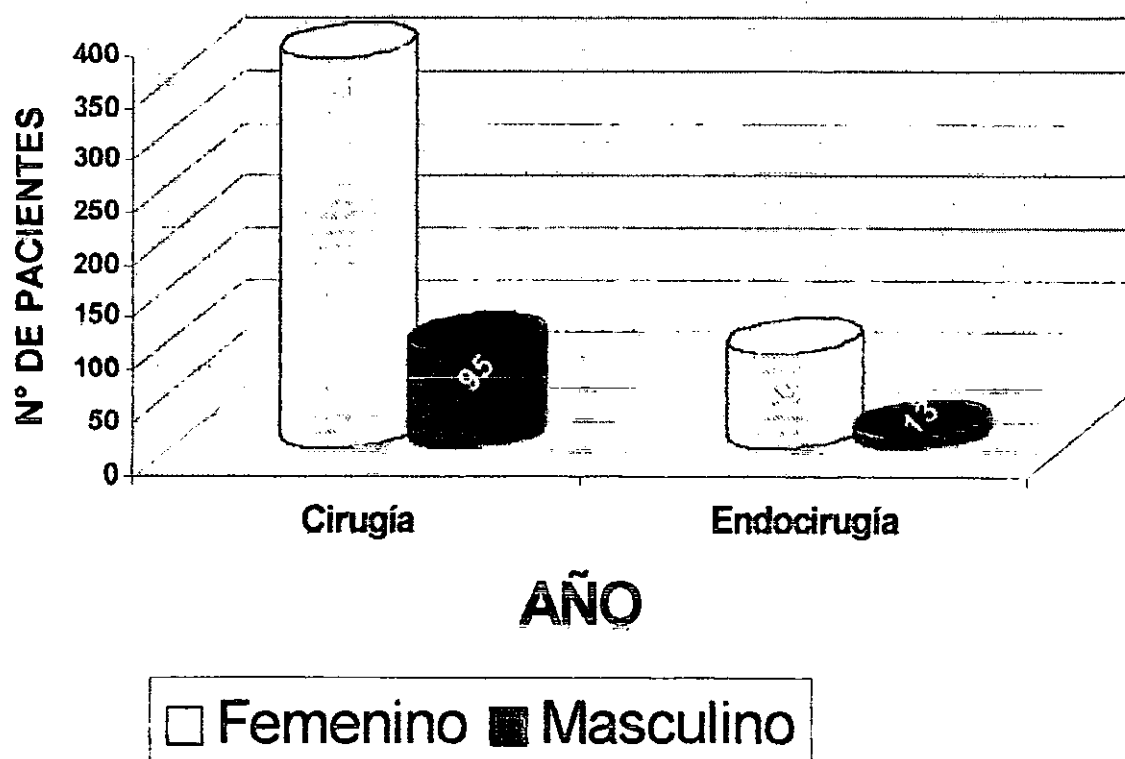


TABLA 4. EDAD

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTAL	%
10-20	0	8	8	1.4
21-31	6	58	64	11.2
32-42	26	124	150	26.2
43-53	27	110	137	23.9
54-64	21	74	95	16.6
65-75	20	63	83	14.5
76-86	8	24	32	5.8
+ de 86	0	2	2	0.4
TOTAL	108	463	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

EDAD

Gráfica. 4

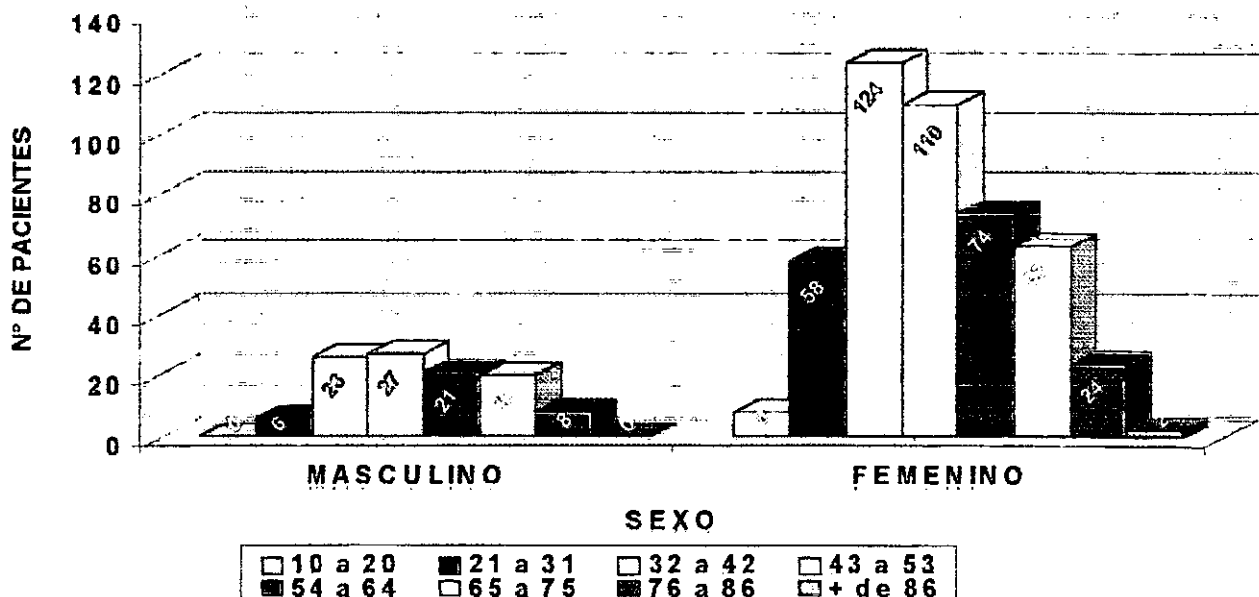


TABLA 5. DIAGNOSTICO DE INGRESO MUJERES

DX DE INGRESO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	2	2	7	5	16	3.4
CCL	49	142	138	73	402	86.9
CCLA	9	8	8	8	33	7.2
PIOCOLECISTO	1	0	1	0	2	0.4
HIDROCOLECISTO	1	0	4	4	9	1.9
CCL + Sx DE Mirizzi	0	0	1	0	1	0.2
TOTAL	62	152	159	90	463	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 5

DX DE INGRESO EN MUJERES

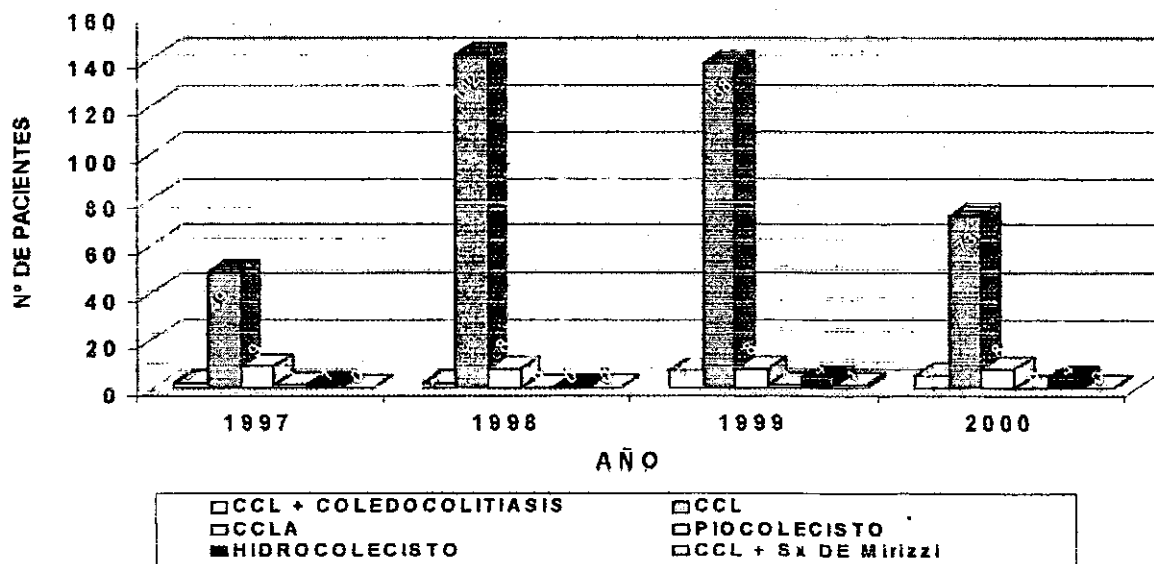


TABLA 6. DIAGNOSTICO DE INGRESO HOMBRES

DX DE INGRESO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	0	1	0	0	1	0.9
CCL	18	30	27	20	95	88
CCLA	3	1	4	0	8	7.5
PIOCOLECISTO	0	0	0	1	1	0.9
HIDROCOLECISTO	1	0	1	1	3	2.7
CCL + Sx DE Mirizzi	0	0	0	0	0	0
TOTAL	22	32	32	22	108	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 6 DX DE INGRESO EN HOMBRES

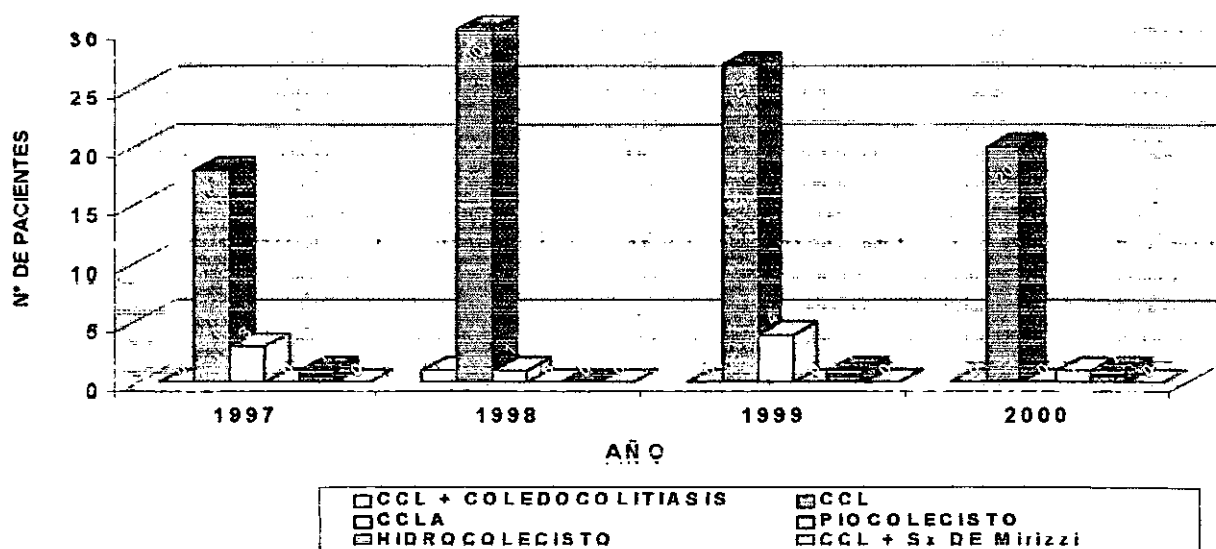


TABLA 7. DIAGNOSTICO DE INGRESO TOTAL

DX DE INGRESO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	2	3	7	5	17	2.9
CCL	67	172	165	93	497	87.3
CCLA	12	9	12	8	41	7.1
PIOCOLECISTO	1	0	1	1	3	0.5
HIDROCOLECISTO	2	0	5	5	12	2.1
CCL + Sx DE Mirizzi	0	0	1	0	1	0.1
TOTAL	84	184	191	112	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 7

DX DE INGRESO TOTAL

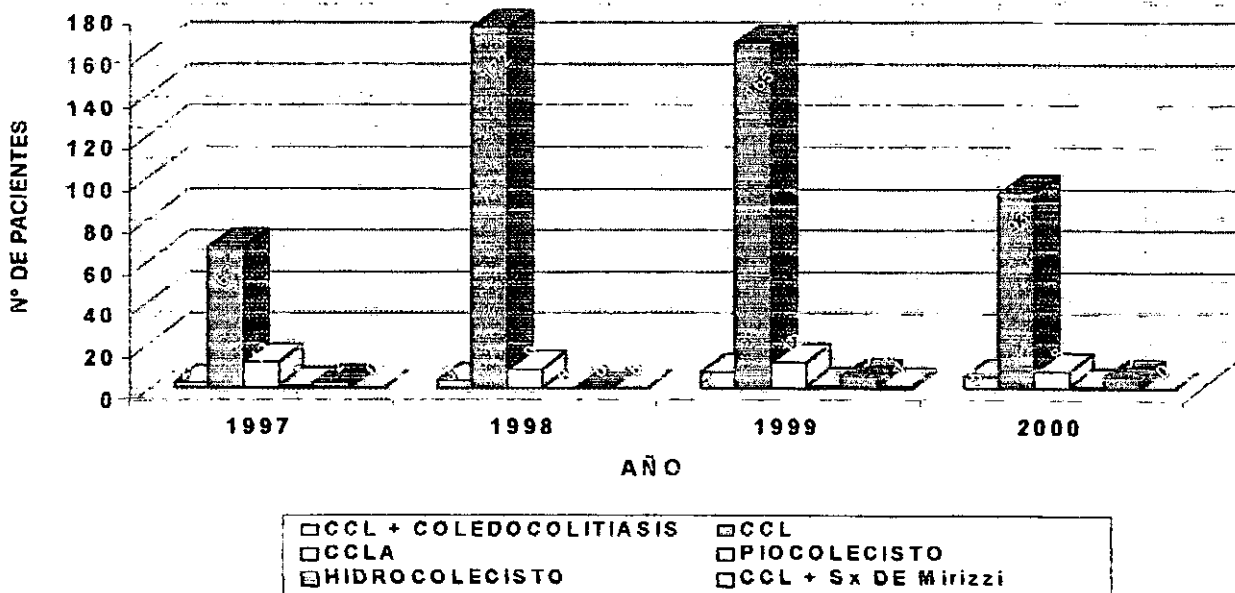


TABLA 8. DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO HOMBRES

DX POSTQUIRURGICO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	3	5	2	2	12	11.2
CCL	13	22	21	13	69	63.9
CCLA	2	0	2	0	4	3.7
PIOCOLECISTO	2	2	1	3	8	7.4
HIDROCOLECISTO	2	3	6	3	14	12.9
CCL + Sx DE Mirizzi	0	0	0	1	1	0.9
TOTAL	22	32	32	22	108	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 8

DX POSTQUIRURGICO EN HOMBRES

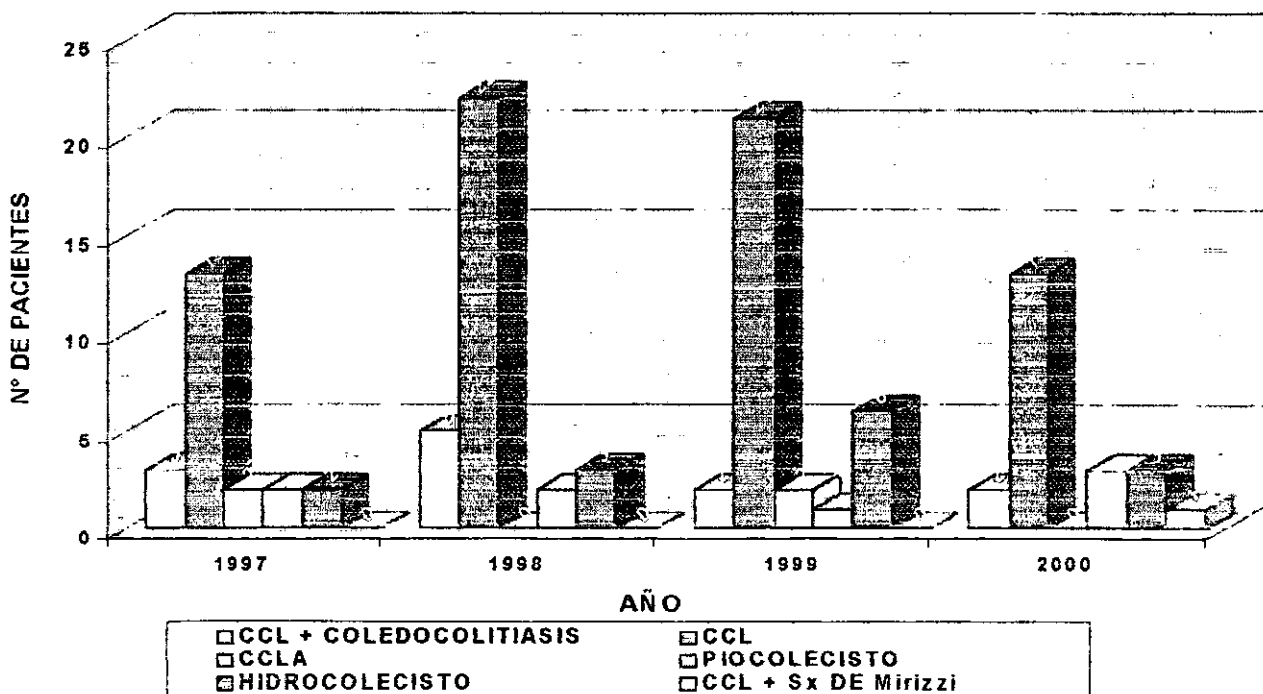


TABLA 9. DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO MUJERES

DX POSTQUIRURGICO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	8	13	10	8	39	8.4
CCL	43	115	117	67	342	73.8
CCLA	4	4	6	7	21	4.5
PIOCOLECISTO	2	8	8	2	20	4.3
HIDROCOLECISTO	5	11	15	6	37	7.9
CCL + Sx DE Mirizzi	0	1	1	0	2	0.5
ESTENOSIS DEL ESFINTER DE ODDI	0	0	1	0	1	0.3
ESCLERODITIS Y DIVERT. DUODENAL	0	0	1	0	1	0.3
TOTAL	62	152	159	90	463	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 9

DX POSTQUIRURGICO EN MUJERES

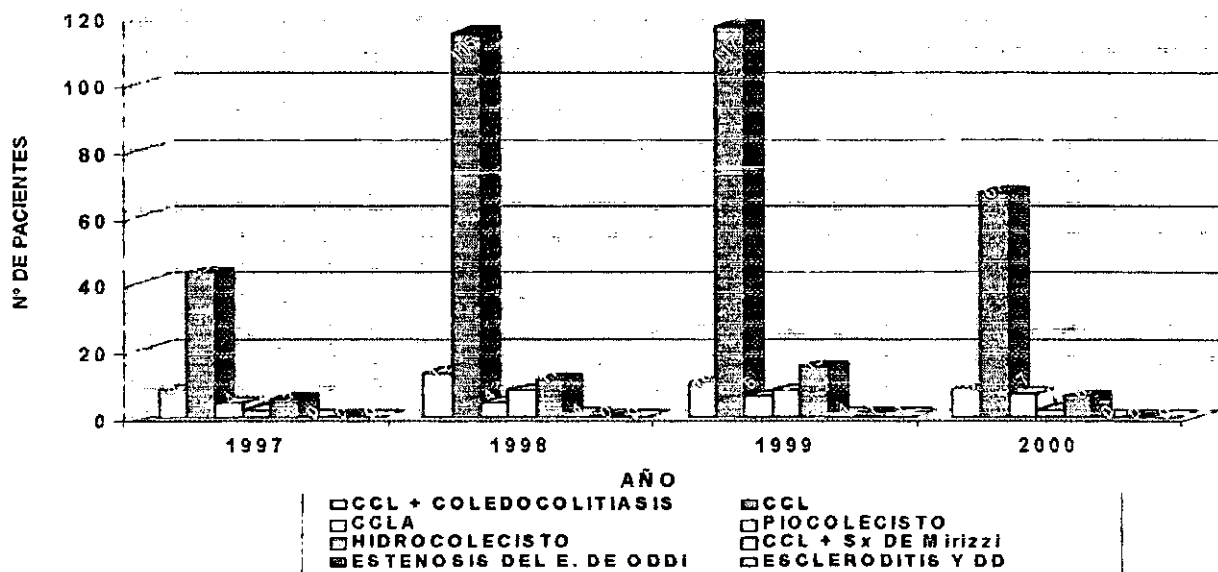


TABLA 10. DIAGNOSTICO POSTQUIRURGICO TOTAL

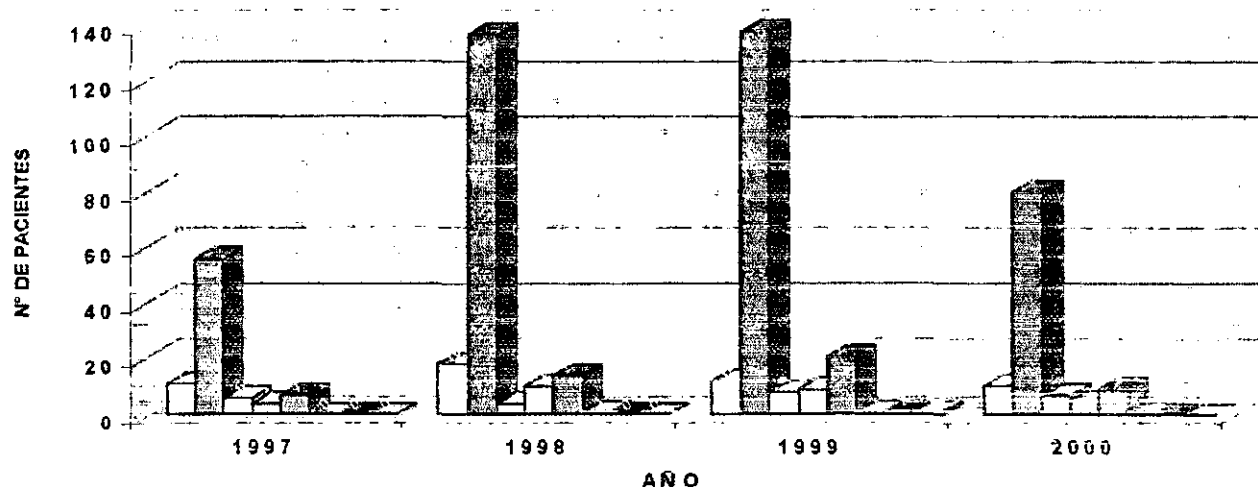
DX POSTQUIRURGICO	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
CCL + COLEDOCOLITIASIS	11	18	12	10	51	8.9
CCL	56	137	138	80	411	71.9
CCLA	6	4	8	7	25	4.3
PIOCOLECISTO	4	10	9	5	28	5
HIDROCOLECISTO	7	14	21	9	51	9
CCL + Sx DE Mirizzi	0	1	1	1	3	0.5
ESTENOSIS DEL ESFÍNTER DE ODDI	0	0	1	0	1	0.2
ESCLERODITIS Y DIVERT. DUODENAL	0	0	1	0	1	0.2
TOTAL	84	184	191	112	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 10

DX POSTQUIRURGICO TOTAL



CCL + COLEDOCOLITIASIS
 PIOCOLECISTO
 ESTENOSIS DEL E. DE ODDI

CCL
 HIDROCOLECISTO
 ESCLERODITIS Y DD

CCLA
 CCL + Sx DE Mirizzi

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA 11. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO HOMBRES

TRATAMIENTO QX	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
COLECISTECTOMÍA SIMPLE (CCTS)	11	12	14	9	47	43.1
CCT + CTO	6	8	11	10	35	32.4
C C T Laparoscópica	2	5	3	1	11	10
CCT + CTO + EVB + ESFINTEROPLASTIA	1	0	0	1	2	1.8
CCT + CTO + EVB	2	6	2	1	11	10
CCT + CTO + DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA	0	1	0	0	1	0.9
C C T L + CTO	0	0	2	0	2	1.8
TOTAL	22	32	32	22	108	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 11

TRATAMIENTO QX EN HOMBRES

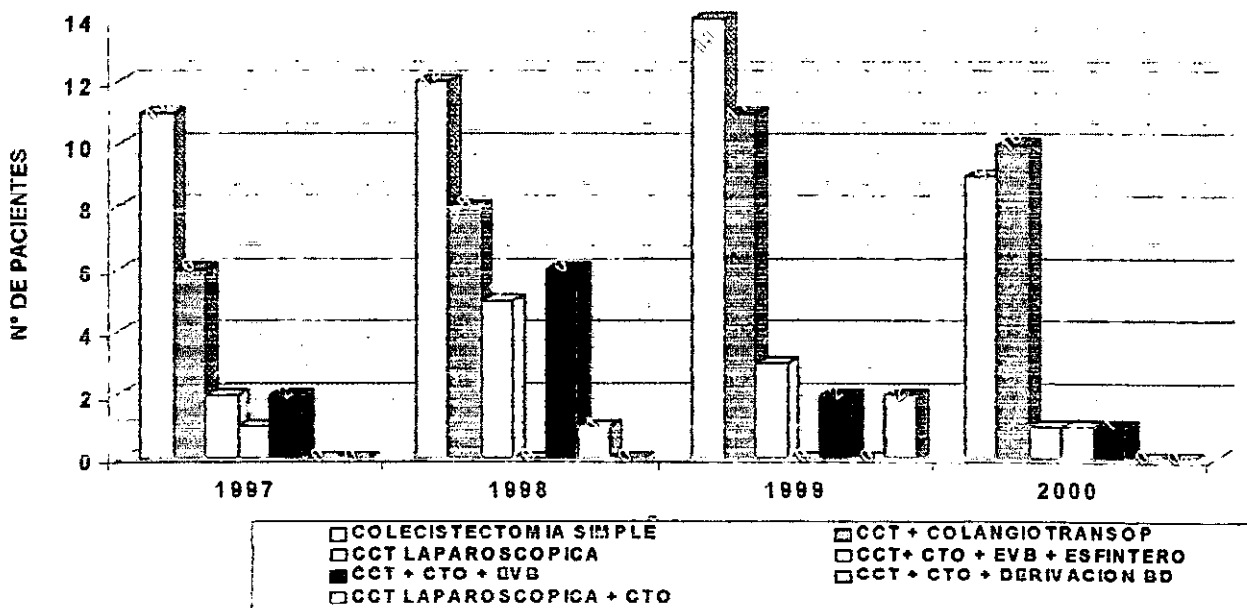


TABLA 12. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MUJERES

TRATAMIENTO QX	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
COLECISTECTOMÍA SIMPLE (CCTS)	18	53	49	27	147	31.7
CCT + CTO	19	43	69	40	171	36.9
C C T Laparoscópica	17	40	24	14	95	20.5
CCT + CTO + EVB + ESFINTEROPLASTIA	1	0	5	4	10	2.1
CCT + CTO + EVB	7	16	11	5	39	8.5
CCT + CTO + DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA	0	0	1	0	1	0.3
C C T L + CTO	0	0	0	0	0	0
TOTAL	62	152	159	90	463	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 12

TRATAMIENTO QX EN MUJERES

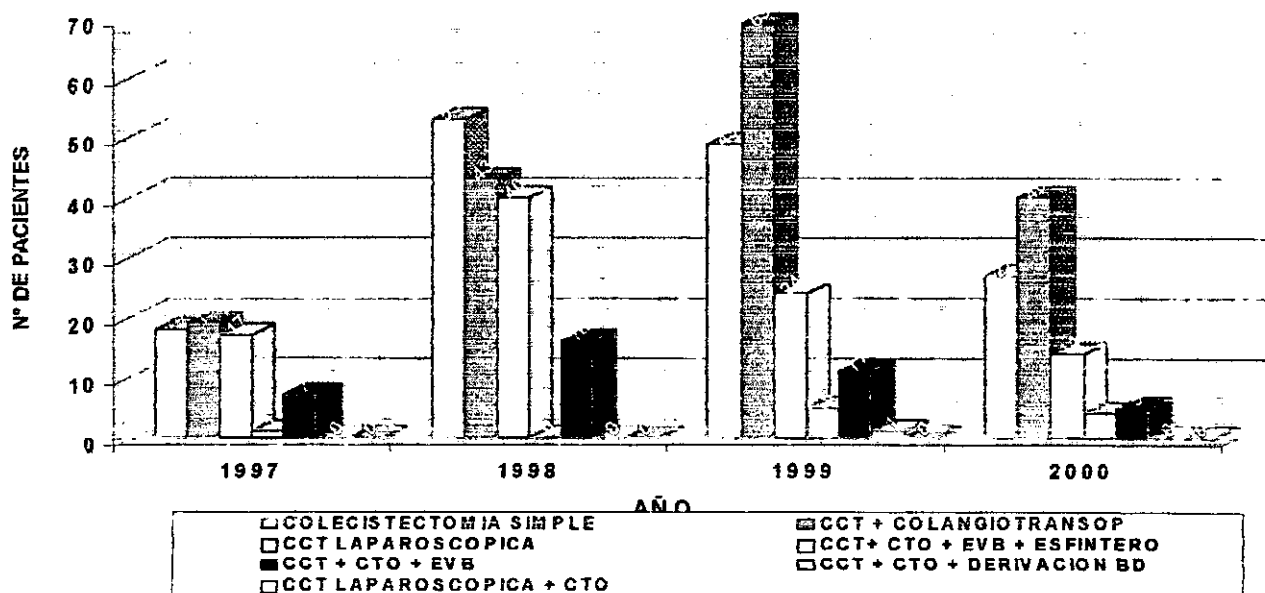


TABLA 13. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO TOTAL

TRATAMIENTO QX	1997	1998	1999	2000	TOTAL	%
COLECISTECTOMÍA SIMPLE (CCTS)	29	65	63	36	193	33.8
CCT + CTO	25	51	80	50	206	36
C C T Laparoscópica	19	45	27	15	106	18.5
CCT + CTO + EVB + ESFINTEROPLASTIA	2	0	5	5	12	2.1
CCT + CTO + EVB	9	22	13	6	50	8.8
CCT + CTO + DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA	0	1	1	0	2	0.4
C C T L + CTO	0	0	2	0	2	0.4
TOTAL	84	184	191	112	571	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 13

TRATAMIENTO QUIRURGICO TOTAL

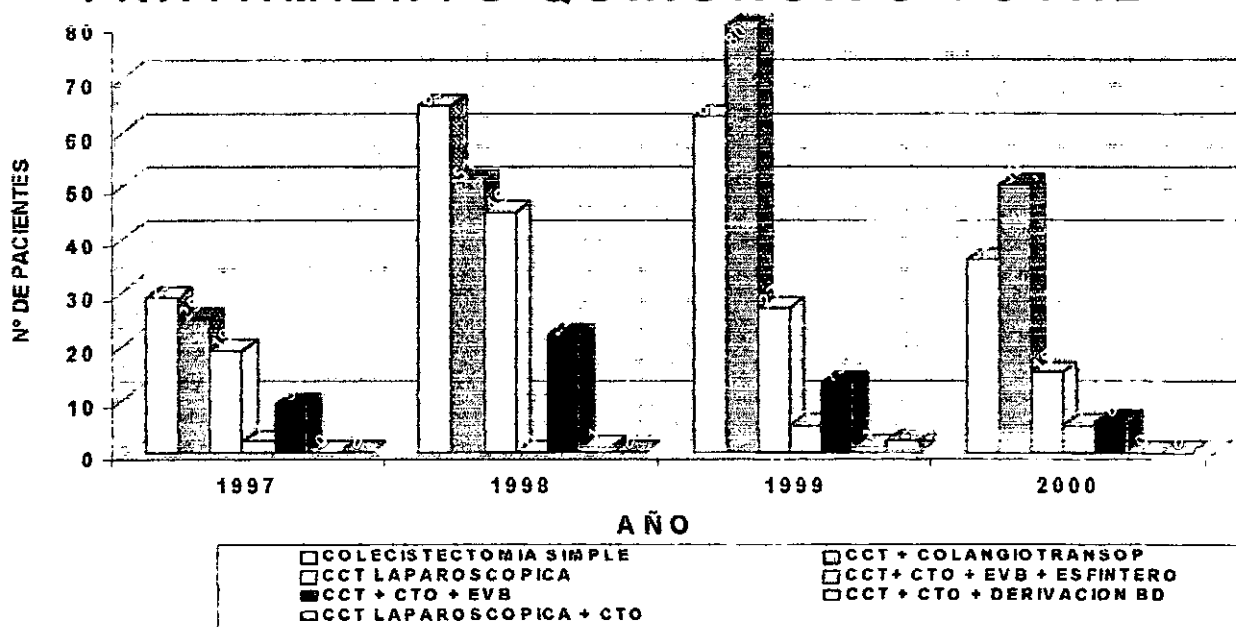


TABLA 14. CTO

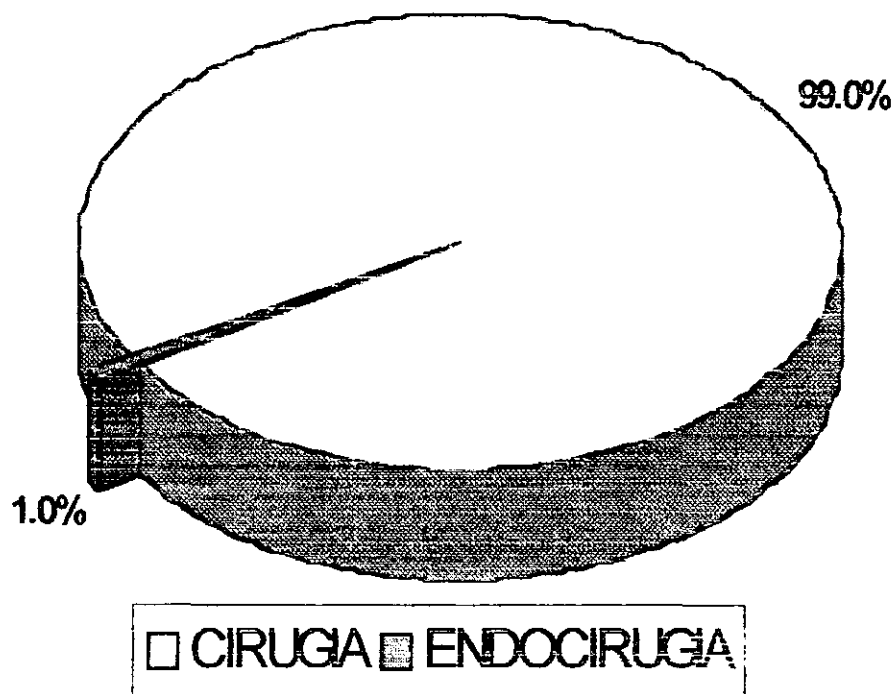
SERVICIO	No	%
ENDOCIRUGIA	2	1.0
CIRUGIA	206	99.0
TOTAL	208	100

Fuente: Cédula de recolección de datos

Sep/2000

Gráfica. 14

COLANGIOTRANSFERENCIA POR SERVICIO



CONCLUSIONES

En la actualidad existen múltiples estudios de gabinete para el diagnóstico de coledocolitiasis, sin embargo la piedra angular para el diagnóstico de coledocolitiasis es la CTO, en pacientes a los que se someten con el diagnóstico de CCL. Esta técnica es muy sencilla y con una baja morbilidad para el paciente en manos expertas.

En estos momentos debe formar parte del arsenal para el diagnóstico de coledocolitiasis en pacientes que sufre CCL y que se somete a cirugía ya sea en forma urgente o electiva. Es de bajo costo para el paciente, la institución y con un impacto positivo en la evolución y toma de decisiones en el manejo de la coledocolitiasis.

En nuestro medio en particular, se tiene cierto escepticismo con la realización de la CTO en forma sistemática a todos los pacientes que se les somete a cirugía bajo el diagnóstico de CCL, argumentan que si el cístico es muy pequeño y no se encuentra dilatado esta técnica diagnóstica no está indicada, sin embargo en este estudio se demostró que algunos pacientes con cístico no dilatado presentaron coledocolitiasis, además se identificaron problemas no litiásicos tales como: divertículo duodenal, escleroodditis, estenosis del esfínter de Oddi y coledocolitiasis insospechada en el 10 al 15%.

BIBLIOGRAFIA

1. Lloyd M. Nyhus, Robert T. Baker. **Mastery of Surgery**. Second Edition. Chicago. Little Brown. 1992: pp. 873-880.
2. Sabiston David C. **Principios de Cirugía**. Cuarta edición. Carolina del Norte. Interamericana. 1994: pp. 560-565.
3. Schwartz Seymour. Maingot. **Operaciones Abdominales**. Argentina. Panamericana. 1990: pp. 1749-1805.
4. Sheila Sherlock, James Douley. **Enfermedades del hígado y vías biliares**. España. Marbon. 1996: pp. 562-586.
5. John W. Lorimer, MD, FRCSC, FACS, Jean Lauzon, MD, Robert J. Fairtull-Smith, MB, ChB, FRCSC, Jean-Denis Yelle, MD, FRCSC. **Management of Cholecocholithiasis in the Time of Laparoscopic Cholecystectomy**. The American Journal of Surgery. 1997;174:68-71.
6. Lewis T. Ladocsi, MD, Leonard D. Benitez, MD, Dennis R. Filippone, MD, FACS, Francis C. Nance, MD, FACS. **Intraoperative Cholangiography in Laparoscopic Cholecystectomy: A Review of 734 Consecutive Cases**. The American Surgeon. 1997;63:150-155.
7. Jane E. Onken M.D, Scott R. Brazer M.D, Glenn M. Eisen M.D, Diane M. Williams M.D, Ernest P. Bouras M.D, Elizabeth R. DeLong Ph.D, Thomas T.

- Long III M.D. Frank S. Pancotto M.D, David L. Rhodes M.D, Peter B. Cotton M.D. **Predicting the Presence of Choledocholithiasis in Patients with Symptomatic Cholelithiasis.** American Journal of Gastroenterology. 1996; 91:762-767.
8. Jean Louis Frossard MD, Antoine Hadengue MD, Gilles Amouyal MD, Andre Choury MD, Olivier Marty MD, Emile Giostra MD, Françoise Sivignon MD, Luis Sosa MD Paul Amouyal MD. **Choledocholithiasis: a prospective study of spontaneous common bile duct stone migration.** Gastrointestinal Endoscopy. 2000; 51:850-858.
9. Chi-IEung Liu, FRCS, Edward C.S. Lai, MS, FRCS, Chung-Mau Lo, FRCS, Kent-Man Chu, FRCS, Sheung-Tat Fan, MS, FRCS and John Wong, FACS. **Combined Laparoscopic and endoscopic approach in patients with cholelithiasis and choledocholithiasis.** Surgery. 1996;119:534-537.
10. Frederic Prat, Bruno Meduri, Beatrice Ducot, Renaud Chiche, Roberto Salimbeni-Bartolini, Gilles Pelletier. **Prediction of Common Bile Duct Stones by Noninvasive Tests.** Annals of Surgery. 1999;229:362-368.