

11209
86



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL REGIONAL 1º. DE OCTUBRE I. S. S. S. T. E.

**COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA Y
COLECISTECTOMÍA POSTERIOR
& CUÁL ES EL TIEMPO IDEAL PARA REALIZAR UNA COLECISTECTOMÍA POSTERIOR
A UNA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA ENDOSCÓPICA ?**

Tesis para obtener el Diploma de Especialista en :

CIRUGÍA GENERAL

PRESENTA :

DR. CARLOS ALBERTO OLIVA CONTRERAS

DR. HORACIO OLVERA HERNÁNDEZ
Asesor de Tesis

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Ciudad de México a 01 Septiembre 2003.

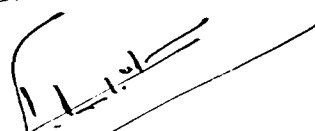
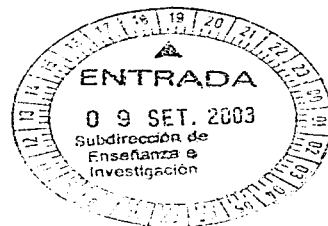
AUTORIZACIONES



DR. ENRIQUE NÚÑEZ GONZÁLEZ
COORDINADOR DE CAPACITACION, DESARROLLO E INVESTIGACIÓN



DR. VICENTE ROSAS BARRIENTOS
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



DR. ALEJANDRO TORT MARTÍNEZ
JEFE DE CIRUGÍA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL
I.S.S.S.T.E.
SUBDIRECCION MEDICA



DR. HORACIO G. OLVERA HERNÁNDEZ
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL
ASESOR DE TESIS

**COORDINACIÓN DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Agradecimientos

A MIS PADRES.

Por darme la mejor herencia y por su apoyo incondicional .

A MI ESPOSA.

A mi amada y bella esposa que siempre mantiene en mí el amor para vivir .

A MIS HIJOS.

Por mantener en mí el motivo para existir .

A MIS MAESTROS.

Por todas sus enseñanzas, por su ejemplo, experiencia, paciencia y confianza depositada en mi persona .

A todos aquellos que de alguna u otra forma me apoyaron a lo largo de este gran camino .

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE

Resumen.....	5
Abstract.....	6
Introducción.....	7
Hipótesis.....	17
Objetivos.....	17
Justificación.....	18
Material y métodos.....	19
Resultados.....	20
Discusión.....	25
Conclusiones.....	27
Perspectivas.....	28
Bibliografía.....	29

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resumen

COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADA ENDOSCÓPICA Y COLECISTECTOMÍA POSTERIOR

¿Cuál es el tiempo ideal para realizar una colecistectomía posterior a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ?

Dr. Oliva CC , Dr. Olivera HH, Dr. Cuevas HF.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un elemento útil en el diagnóstico de ictericia obstructiva, la cuál en la última década ha cobrado auge y en la actualidad no solo es diagnóstica sino terapéutica, no obstante al ser un estudio invasivo que implica riesgos y complicaciones. Uno de ellos observado y comentado es precisamente la inflamación de la vesícula y el árbol biliar. Este estudio trata de determinar la relación que existe entre la CPRE y los hallazgos quirúrgicos transoperatorios en relación al tiempo transcurrido entre CPRE y cirugía.

Se seleccionaron 40 pacientes de un periodo de tres años del 2000 al 2003 a quienes se les realizó CPRE por ictericia sometidos posteriormente a cirugía laparoscópica o abierta, de estos pacientes fueron 19 mujeres y 21 hombres, con un promedio de edad de 48.58 años, en ellos se compararon los hallazgos quirúrgicos transoperatorios con intervalos 10, 15, 30, 45, 60 y 90 días después de CPRE permitiendo identificar una relación entre tiempo y hallazgos, siendo más común el proceso inflamatorio en la primera semana y menor con el paso del tiempo igualándose después de un mes; no obstante en la validación estadística en el análisis univariado la razón de momios para prevalencia no demostró tener significancia estadística. Lo anterior consideramos es consecuencia del tamaño de la muestra y que si tiene representatividad, así mismo que este debe de plantearse a futuro como un estudio prospectivo, con un mayor número de pacientes y un mayor control de las variables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABSTRAC

**COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETROGRADES ENDÓSCOPICA AND LATER
COLECISTECTOMÍA**

Which is the ideal time to carry out a later colecistectomía to a colangiopancreatografía retrograde endoscópica?

Dr. Oliva CC, Dr. Olivera HH, Dr. Cuevas HF.

The colangiopancreatografía retrograde endoscópica (CPRE) it is an useful element in the diagnosis of obstructive jaundice the which in the last decade it has charged peak and at the present time not alone it is diagnóstica, but therapy, nevertheless to the being a study invasivo implies risks and complications, one of them observed and commented it is in fact the inflammation of the vesicle and the tree biliar. This studied it tries to determine the relationship that exists between the CPRE and the discoveries surgical transoperatorios in relation to the time lapsed between CPRE and surgery.

40 patients were selected in a three year-old period from the 2000 to the 2003 to who you/they were carried out CPRE by jaundice subjected later on to surgery laparoscópica or open, of these 19 patients they were women and 21 men, with an average of 48.58 year-old age, in them the discoveries surgical transoperatorios were compared with intervals 10, 15, 30, 45, 60 and 90 days after CPRE allowing to identify a relationship between time and discoveries, being more common the inflammatory process in the first week and smaller with the step of the time being equaled after one month; nevertheless in the statistical validation in the analysis univariado the momios reason for prevalencia didn't demonstrate to have statistical significancia. The above-mentioned considers it is consequence of the size of the sample and that if he/she has representativeness, likewise that this he/she should think about to future as a prospective study, with a bigger number of patient and a bigger control of the variables.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Introducción .

En diversos artículos mucho se ha publicado de complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica ^[1,2,6,9,15], de estos en algunos se comenta la colecistitis aguda ^[1], como resultado de la realización e instalación de medio de contraste a través del cateterismo, así como el trauma directo en la papila duodenal son causantes de inflamación del árbol biliar, sin embargo aún no se ha logrado precisar el tiempo ideal para realizar la cirugía posterior a dicho estudio y poco se ha descrito del tiempo en que cede o se presenta el proceso inflamatorio de la vía biliar secundario a el procedimiento así como cuando se debe realizar una cirugía de vesícula o vía biliar después de la CPRE ^[4]. A continuación hacemos una revisión histórica de los antecedentes del problema.

Antecedentes Históricos.

Casi todo el progreso en el diagnóstico de las enfermedades de la vía biliar se ha desarrollado en los últimos 150 años sin embargo la litiasis vesicular y sus secuelas no son exclusivas del tiempo moderno. Se tiene antecedente del cálculo biliar más antiguo que data de la XXI dinastía egipcia (1085 – 945 a. C) y fue descubierto en la momia de una sacerdotisa Amón. Irónicamente esta antigua pieza fue destruida en un bombardeo a Inglaterra en la segunda guerra mundial. Mucho tiempo después durante la época del imperio Romano Plinio describió la rara anomalía de vesícula doble y el eminente Sorano de Efeso, explicó la ictericia y los signos que acompañan la obstrucción hepática incluyendo las heces acólicas, orina oscura y el prurito. La litiasis biliar fue descrita por un médico griego Alejandro Traliano, quien también describió los cálculos dentro de las vías biliares.

La importancia quirúrgica de las enfermedades de las vías biliares fue puesta en relieve por el médico árabe Ibn Sina (980 – 1037) quien afirmó que el drenaje de un absceso de pared podría ir seguido de una fístula biliocutánea, siendo esto secundario a la perforación aguda de la vesícula biliar con formación e irrupción a la pared abdominal. Jeonisio fue el primero que extrajo cálculos a través de una fístula biliar que se había formado por el drenaje espontáneo de un absceso de la pared abdominal. Según Power y Jean Louis Petit (1674 a 1760) advirtió que la vesícula biliar se adhería a la pared abdominal y propuso puncionarla a través de la pared con un trocar sin embargo, no hay reportes de si realizó el procedimiento . La primera colecistectomía se acredita a Jhon Stough Bobs, de Indianápolis el 15 de Julio de 1867, su paciente una mujer de 32 años, tenía una gran tumefacción abdominal que resulto ser la vesícula biliar llena de cálculos y un líquido seroso claro, él abrió la vesícula, extrajo los cálculos y realizó la rafia de la misma, su paciente sobrevivió hasta los 77 años con otra causa de defunción.

Carl Langenbuch, de Berlín efectuó la primera colecistectomía en junio de 1882, empleando la técnica aséptica de Lister. El paciente era un varón de 43 años que había sufrido cólico vesicular durante 16 años y este fue dado de alta ocho semanas después de la operación. Cuatro años más tarde en 1886 Justus Ohage, de St. Paul Minessota realizó la primera colecistectomía en Estados Unidos. La técnica básica permaneció sin cambio hasta 1986 en que se realizó la primera colecistectomía por laparoscopia en manos del Dr. Muhe.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte Ludwing Courvasier de Basilea efectuó la primera coledocolitotomía en 1890 e hizo contribuciones anatómicas en el estudio de la patología obstructiva.

Recientemente la colecistografía por Graham y Cole realizada en 1924 son de los estudios básicos que han logrado perdurar hasta la actualidad siendo eficaz en el diagnóstico obstructivo del árbol biliar. Otro estudio reciente en la colegammagrafia que data de 1953, aunque no es aún una alternativa de primera elección. La colangiografía percutánea transhepática y retrógrada endoscópica a finales de los 50's. Este último y la colangiopancreatografía endoscópica introducida en 1974 han cobrado gran auge en los últimos 10 años de tal forma que en la actualidad es un recurso de gran utilidad ya que no solo es diagnóstica sino terapéutica siendo resolutive con una morbimortalidad que varía del 4-10% de acuerdo al centro hospitalario y al grado de experiencia del endoscopista ^[16].

Otros métodos diagnósticos que no debemos olvidar son el ultrasonido el cual ha sido llamado el estándar de oro para la enfermedad vesicular y también de gran importancia en la patología del árbol biliar, así mismo el USG transoperatorio, la coledocoscopia, etc., que se cuenta en algunos hospitales de alta especialidad.

El diagnóstico y tratamiento de los pacientes con ictericia puede ser uno de los problemas más intrincados y desafiantes de los médicos y cirujanos que lo enfrentan. Durante la última década nuestra progresiva habilidad para visualizar el tracto biliar y facilitar la evaluación diagnóstica de estos pacientes ha llevado al desarrollo de algoritmos lógicos para el manejo

clínico. Innovadoras técnicas para el acceso al árbol biliar han resultado en nuevas formas de manejo diagnósticas o terapéuticas.

La ictericia es un término genérico para la pigmentación amarilla de la piel, mucosas y de escleras que puede ser causada por un grupo heterogéneo de enfermedades. La predilección de la esclera se debe a la mayor cantidad de elastina allí presente que tiene afinidad por la bilirrubina, las manifestaciones clínicas de la ictericia son el resultado directo del aumento de los niveles séricos de bilirrubina. La concentración sérica de la bilirrubina es de 0.2 a 1 mg/dl. El kernicterus es la manifestación del depósito de bilirrubina en los ganglios basales del sistema nervioso central en los recién nacidos, que consecuentemente causa destrucción neural.

Existen varias clasificaciones de la ictericia una de ellas y la más sencilla se basa en el tratamiento siendo esta médica o quirúrgica, la médica secundaria a enfermedad hepatocelular con elevación de bilirrubina no conjugada (indirecta) y la quirúrgica secundaria a obstrucción biliar con hiperbilirrubinemia conjugada (directa). No obstante la ictericia obstructiva se puede dividir en dos: por colestasis secundaria a enfermedad parenquimatosa hepática o bien por obstrucción mecánica ya sea intra o extrahepática del árbol biliar. La ictericia médica es un término impreciso que no denota la etiología y que engloba una amplia gama de patologías.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Existe otra clasificación de la ictericia con base en el patrón de hiperbilirrubinemia

No conjugada

Superproducción

Hemólisis

Eritropoyesis ineficaz

Captación hepática disminuida

Fármacos

Ayuno prolongado

Sepsis

Disminución de la acción de la glucoronil transferasa

Síndrome de Gilbert

Crigler Najjar

Ictericia neonatal

Adquirida

Fármacos

Enfermedad hepatocelular

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Conjugada

Excreción hepática alterada

Familiar hereditaria

Síndrome de Dubin Jonson

Síndrome de Rotor

Ictericia colestática del embarazo

Adquirida

Enfermedad hepatocelular

Fármacos

Sepsis

Obstrucción biliar extrahepática

Tomado de operaciones abdominales Tomo 1 Pág. 266, Michael J. Zinner Seymour Ischwartz et al. 10 a. ed 2000.

El diagnóstico y el tratamiento de la ictericia parte de lo anterior y se inicia como en todas las patologías con una buena historia clínica orientada, dirigida y completa en la que habitualmente el paciente inicia con ictericia de escleras, en la obstructiva acolia, coluria, dolor o indolora, sin olvidar por supuesto la edad, antecedentes heredofamiliares, la ingesta de alimentos, medicamentos, drogas o alcohol, etc, para orientarnos al diagnóstico.

TECNOLOGIA
FALLA DE ORIGEN

A la exploración física dirigida se debe hacer énfasis en la inspección de la esclera, datos clínicos de insuficiencia hepática, ascitis, hepatomegalia, dolor y masa palpable como datos pibote que orienten al diagnóstico.

Por laboratorio no debe faltar la determinación de bilirrubinas totales así como la directa e indirecta que son la base del diagnóstico de laboratorio así mismo pruebas que ayudan a determinar si hay lesión hepatocelular como las transaminasas y fosfatasa.

Dentro de los estudios paraclínicos están los de radiología, las placas simples de abdomen aportan pocos datos en general ya que solo el 20–30% de los litos son radiopácos^[7] y en casos de fístula bilioentérica y puede documentar neumobilia .

La ecografía abdominal ya mencionada como estándar de oro para la enfermedad vesicular aporta datos tan importantes como características de la pared vesicular, que traducen edema de la misma, identifica el calibre de la vía biliar de tal forma puede identificar si hay o no dilatación de la vía biliar, por otra parte puede aportar datos sugestivos de cirrosis biliar, detectar ascitis y patología propia de la glándula hepática, por tal razón se considera que los exámenes de laboratorio en forma conjunta con el ultrasonido son diagnósticos en el 98% de los casos de patología hepatobiliar^[10]. Por otra parte el ultrasonido se usa como apoyo en el intervencionismo radiológico diagnóstico y terapéutico. La ecografía endoscópica ha tomado auge en los últimos 15 años que aportan datos de utilidad clínica y etapificación en pacientes candidatos a tratamiento curativo de enfermedades malignas.

La tomografía computada ofrece pocas ventajas sobre la ultrasonografía y a menudo se utiliza como complemento diagnóstico o de apoyo en casos especiales para documentar el caso o para etapificar lesiones.

La resonancia magnética actual ofrece pocas ventajas sobre la colangiopancreatografía transendoscópica y se utiliza para visualizar el tracto biliar pero con costo más elevado.

La centellografía, ofrece también pocas ventajas y antes de los estudios invasivos; hace años era la única forma de identificar el tracto biliar. Actualmente se utiliza tecnecio 99 para marcar la bilis obteniendo una imagen dinámica del tracto biliar.

La colangiografía transhepática se logra mediante la instilación directa de material de contraste a través del árbol biliar en forma percutánea y guiada por ultrasonido, tomografía o fluoroscopia y es una alternativa diagnóstica y terapéutica cuando la colangiopancreatografía transendoscópica no es factible; aunque como todos los estudios invasivos presenta el riesgo de complicaciones como hemorragia, perforación, colangitis, etc. por lo que su uso es en pacientes bien seleccionados.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) introducida en 1974 ^[18]; este estudio ha revolucionado el diagnóstico y tratamiento de la vía biliar, actualmente los avances de tecnología aplicada a la colangiopancreatografía endoscópica han sido de los más destacados. La CPRE es un procedimiento endoscópico y radiológico combinado que permite la inspección del duodeno y de la región ampular así como la intubación directa y

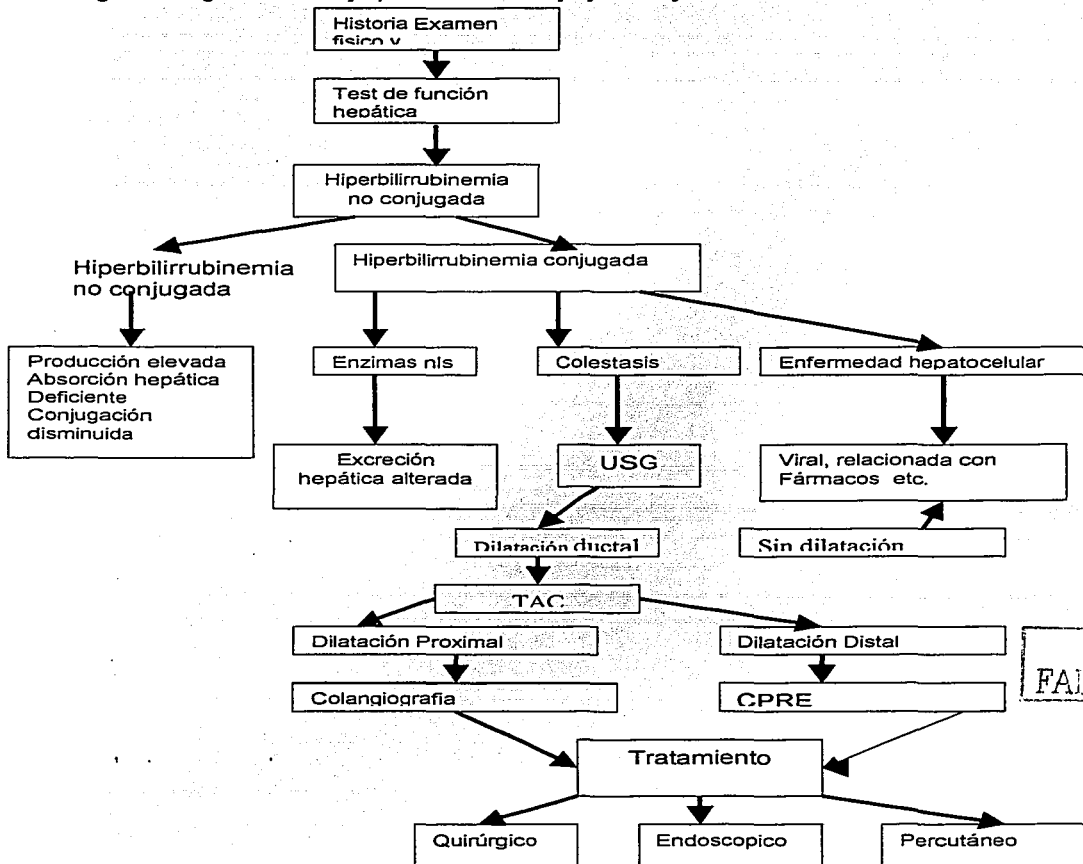
visualización radiográfica de los conductos biliar y pancreático en forma selectiva^[5,6,15,22]. Está indicada en los casos de ictericia obstructiva para fines de diagnóstico y tratamiento en los que se permite identificar la anatomía del páncreas y de la vía biliar así como alteraciones de la misma por obstrucción mecánica con la consecuente dilatación, así mismo es terapéutica permitiendo la realización de papilotomía, extracción de cálculos, dilatación de una estenosis, colocación de Stent y toma de biopsias. El procedimiento en general reporta una porcentaje de éxito elevado para el diagnóstico de hasta un 98%^[4]; las complicaciones de la CPRE al ser este un estudio invasivo se presentan en un 4-10%^[1,3,5,6,9,10] que varían desde el sangrado, pancreatitis, colangitis, colecistitis, perforación y sepsis.

El abordaje de la ictericia obstructiva puede ser complejo por lo que mostramos un diagrama de flujo propuesto para un abordaje unificado que sirve como pauta o un estándar en proceso diagnóstico y de tratamiento de la ictericia. Fig. 1.

En la actualidad numerosos artículos nos hablan de las complicaciones de la CPRE entre ellas la colecistitis la cual se presenta en reportes bibliográficos hasta en el 5%^[6,7,10,11,14,18] de los pacientes, no obstante en la práctica diaria nos percatamos de que este proceso es más común; así mismo poco se ha mencionado acerca de el tiempo en que es ideal realizar una cirugía de la vesícula ó vía biliar después de una CPRE dejando esto a criterio de cada cirujano o escuela siendo este en la actualidad multivariado y sin fundamentos claros. El presente estudio se realiza de la necesidad de crear un criterio estándar del manejo del

paciente sometido a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en forma retrospectiva.

Fig. 1. Diagrama de flujo para en abordaje y manejo de la ictericia.



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Hipótesis

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica previa a cirugía es causa de inflamación de la vía biliar manifestada durante el transoperatorio; y con relación directa al tiempo entre el estudio y la cirugía.

Objetivos:

- 1.- Comparar los hallazgos quirúrgicos transoperatorios de pacientes sometidos a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en relación a tiempo.
- 2.- Identificar cual es el tiempo ideal para realizar la colecistectomía laparoscópica posterior a una CPRE, una vez que ha disminuido el proceso inflamatorio.
- 3.- Identificar el tiempo en que se produce mayor inflamación secundario a una CPRE.
- 4.- Identificar factores de riesgo que predisponen o perpetúan la inflamación del árbol biliar manifestado en el transoperatorio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Justificación :

El presente protocolo, nace de la observación directa en la práctica diaria de pacientes que son sometidos, a CPRE por antecedente de ictericia y coledocolitiasis y que desarrollan agudización de la colecistitis e inflamación de la vía biliar. Es bien sabido, que dentro de las complicaciones de la CPRE se pueden presentar colecistitis aguda, sangrado, pancreatitis, perforación, etc. [1,2,6,9,13,16,18], sin embargo nadie ha descrito con exactitud el tiempo en que se produce esta inflamación, el tiempo en que desaparece y su aplicación práctica a la cirugía, es decir el tiempo ideal para someter al paciente a un procedimiento quirúrgico laparoscópico o abierto (colecistectomía y/o exploración de la vía biliar) después de la CPRE, para disminuir la morbimortalidad de la cirugía. Así mismo identificar factores de riesgo o predictivos del proceso inflamatorio o dicho de otra manera en que pacientes tienen mayor riesgo de inflamación de la vía biliar y en que momento es ideal operarlos. La importancia para la institución y para todos los cirujanos del país es poder establecer un criterio estandarizado para dicho procedimiento basado en evidencia y en investigaciones serias que permitan protocolizar el procedimiento disminuyendo la morbimortalidad y por ende la estancia hospitalaria, teniendo un beneficio el paciente, el cirujano e institución.

TEXTO CON
FALLA DE ORIGEN

Material y métodos

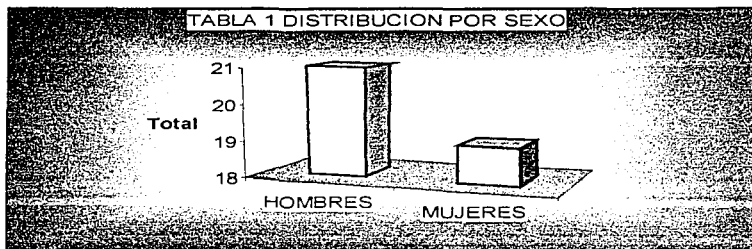
Se realizó la selección de 40 pacientes que cumplieran con las características y criterios del protocolo de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y colecistectomía posterior, en el Hospital Regional 1° de Octubre del I. S. S. S. T. E. en la ciudad de México; entre ellos la de todos los pacientes haber presentado patología benigna, todos los pacientes sometidos a CPRE y cirugía posterior (colecistectomía laparoscópica o abierta), que todos los estudios y procedimientos se hubieran realizado en nuestro hospital y por el mismo grupo de cirujanos y con expediente clínico disponible, con reporte clínico de CPRE y nota quirúrgica descriptiva del transoperatorio y excluyendo a los pacientes que no se operaron en nuestra unidad hospitalaria, pacientes que hubiesen presentado cuadro clínico de colecistitis aguda, cólico vesicular o pancreatitis previa a la CPRE y pacientes que se mantuvieron con dolor no relacionado a la CPRE en el intervalo de tiempo entre el estudio y cirugía, así mismo se excluyó a todos los pacientes que no contaban con expediente o bien las notas quirúrgicas no eran descriptivas del procedimiento quirúrgico, una vez obtenido el grupo de estudio se realizó, la recolección y captura de datos de los archivos clínicos para el proceso y análisis estadístico.

TESTEON
FALLA DE ORIGEN

Resultados:

Se obtuvo un total de 40 pacientes, 21 hombres y 19 mujeres con un mínimo de edad de 33 años y un máximo de 80 años con un promedio edad de 48.8 años y una desviación estándar de 12.37, se encontró que 36 de los pacientes tenían diagnóstico ultrasonográfico de colecistitis crónica litíásica y solo 6 alitiásica y de estos mismos pacientes solo 6 con edema de pared por ultrasonido mientras que el resto reportó una pared normal o no engrosada. Por otra parte de estos pacientes durante la CPRE se identificó coledocolitiasis en 22 de los pacientes, mientras que en 18 no y de se realizó papilotomía en 33 de ellos. Los hallazgos postoperatorios arrojaron que 24 de los pacientes presentaron edema transoperatorio es decir el 60% y en 18 (45%) de ellos se presentó un plastrón inflamatorio de estos el 79.1% en los primeros 15 días posterior a la CPRE. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones posquirúrgicas

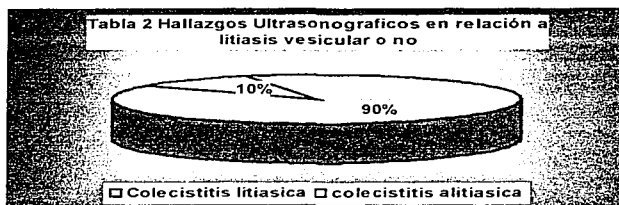
La tabla 1 muestra la distribución de pacientes por sexo



ESTADO DE
FALLA DE ORIGEN

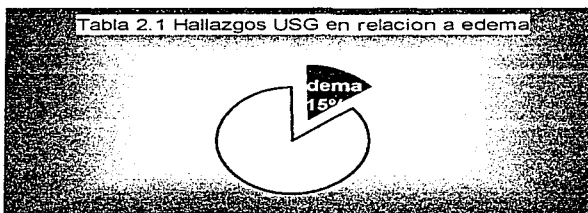
Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre
I.S.S.S.T.E.

Tabla 2.- Hallazgos ultrasonográficos previos a CPRE, en la que se observa que el 90% de los pacientes presentaron un diagnóstico previo de CCL.



Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre I.S.S.S.T.E.

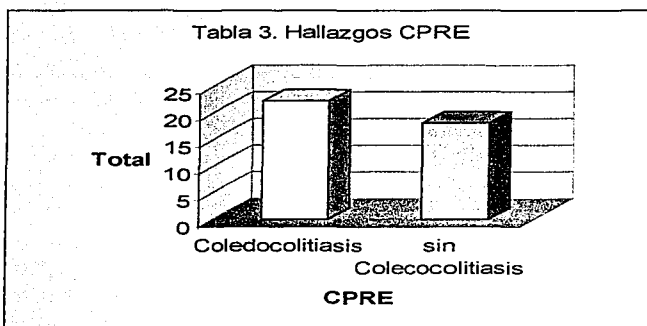
Tabla 2.1 Hallazgos ultrasonográficos previos a CPRE en relación a la presencia de edema vesicular.



Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre I.S. S:S:T:E

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

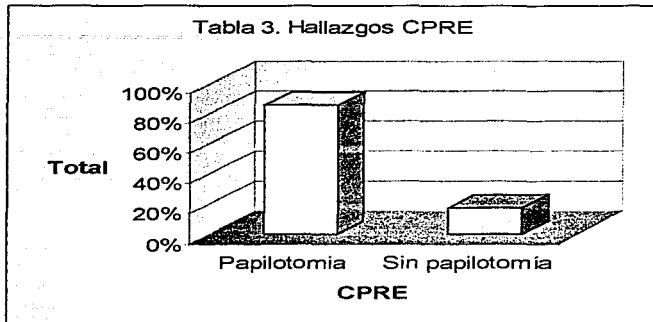
Tabla 3. Hallazgos en CPRE en la cual se representa que 22 pacientes igual al 55% presento coledocolitiasis mientras que el resto 45% no lo presentó durante el estudio.



Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre I.S.S.S.T.E.

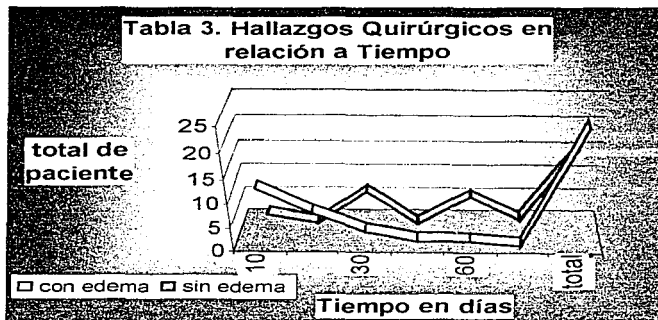
Tabla 4. Muestra a los pacientes que se les realizó o no papilotomía durante la CPRE, en la cual se representa 33 pacientes (85.5%) al que sí se le realizó y 7 pacientes (17.5%) no se realizo. Cabe mencionar que el grupo de pacientes con papilotomía incluyo a todos los pacientes con coledocolitiasis demostrada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre I.S.S.S.T.E.

Tabla 5. Hallazgos quirúrgicos en relación a tiempo; se observa en amarillo a los pacientes que presentaron edema evidenciando que la mayor cantidad de pacientes con edema se encuentra en los primeros 15 días, para después mostrar la tendencia a disminuir con el transcurso del tiempo igualándose después de los 30 días. En rojo muestra los pacientes sin edema transoperatorio evidenciando que el mayor número de pacientes se encuentra después de los 30 días.



Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital Regional 1° Octubre I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 1. Muestra los resultados del análisis estadístico realizado con un análisis univariado para la razón de momios para prevalencia, la cual no demostró tener significancia estadística ya que en todos los casos el rango incluyo toda la unidad, debido al tamaño pequeño de la muestra, sin embargo puede ser representativo de tendencia.

Tabla 1. Análisis univariado para la razón de momios (RPM)

Variable	RPM
Papilotomía	5.75 (0.76 – 52.68)
Coledocolitiasis	0.46 (0.09 – 2.09)
Litiasis Vesicular	1.76 (0.15 – 20.74)
Edema Vesicular en el USG	3.50 (0.33 – 88.32)

Fuente : Obtenida de hoja de recolección de datos Hospital regional 1°. Octubre I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Discusión.

Inminentemente la colangiografía retrógrada endoscópica es actualmente uno de los elementos más importantes en el diagnóstico y tratamiento de la vía biliar la cual no se limita solo a enfermedades de origen benigno sino que su alcance va más allá permitiendo incluso la colocación de férulas o endoprótesis para derivar y drenar la vía biliar en patologías de origen neoplásico e incluso en toma de biopsia [2,7,9,22,23]; no obstante la utilización de este procedimiento debe ser razonado en pacientes elegidos y sin llegar a ser el sustituto de la cirugía abierta [20,21,22]. Como todos los procedimientos invasivos la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica puede producir complicaciones tales como sangrado, colangitis, pancreatitis, colecistitis, perforación, esclerosis [1,2,6,9,14] y algunas otras que en total representan una morbilidad que oscila entre el 4 a 12% de acuerdo a la literatura y una mortalidad menor al 5% [1,2,6,9,14,16], lo anterior también dependiente de variables tales como el grado de experiencia del endoscopista [16], la calidad del material y su disponibilidad, el número de intentos para canular la vía biliar, el material y tipo de contraste, la cantidad de material instilado, de si se canulo o no el conducto pancreático, si se realizó esfinterotomía y del tamaño de la misma, etc [6,16,17,18]. El caso que nos ocupa es la inflamación de la vesícula y árbol biliar secundario a este procedimiento, que si bien la literatura comenta un 5% de colecistitis secundaria al mismo [1,2,6,9,14,16], en la práctica medica cotidiana hemos detectado algún grado de inflamación en los primeros 15 días después del estudio durante el transoperatorio a pesar de no presentar sintomatología clínica de colecistitis aguda; lo que origino la necesidad de crear un protocolo de investigación con bases científicas claras que

permitan al cirujano, crear y estandarizar el criterio quirúrgico en estos pacientes, toda vez que no se requiera tratamiento quirúrgico de urgencia.

La relación que existe entre la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y el proceso inflamatorio se ha descrito como una complicación poco frecuente más sin embargo no se ha logrado especificar el momento en que esta se produce, cuando cede y cual es el momento ideal para realizar la cirugía. En el presente estudio se tomó un grupo de pacientes que presentaran la condición de haber sido sometidos a CPRE y cirugía posterior, en el cual se evidencia la tendencia de encontrar en un mayor número de pacientes con algún grado de inflamación de la vesícula o de la vía biliar durante los primeros 15 días tendiendo a reducir este a los treinta días e igualándose a los 60 y 90 días (Tabla 5), sin embargo durante la validación estadística no demostró tener significancia secundario a ser un tamaño de muestra pequeño. No obstante este estudio debe ser el inicio de una serie de protocolos más completos con una mayor cantidad de muestras, prospectivo y con un número de mayor variables controladas, que permitan establecer los factores predisponentes y que más influyen en el proceso inflamatorio secundario a CPRE y establecer así los riesgos relativos, así mismo poder crear un adecuado criterio de manejo de pacientes en la toma de decisiones y establecer el tiempo ideal para el tratamiento quirúrgico.

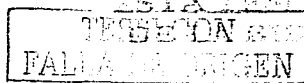
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**FALTA
LAS
PAGINAS**

27 A **28**

Bibliografía.

- [1].- Freeman ML, Nelson DB, Sherman SS, Haber GB, et al. Complications of endoscopic biliary sphincterotomy The New England Journal of Medecine . 335; 26:909-919.
- [2].- Suen D, Wong B, Lee SW, Lam SH, Kwok SP. What causes post endoscopic retrograde cholangiopancreatography acute cholecystitis ? Annals of Colege of Surgeons of Hong Kong. 62;6: 25-27.
- [3].- Wright BE, Freemna ML, Cumming JK, Quickel RR, Mandal AK. Current management of common bile duct stones: Is there role for laparoscopic cholecystectomy and intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography as a single- stage procedure ?. Surgery. 132; 4: 729- 737.
- [4].- Ibañez AL, Pérez GB, Pimentel MF, Gúzman BS . Colangiografía retrógrada endoscópica seguida de colecistectomía laparoscópica en el tratamiento de coledocolitiasis asociada a colecistitis. Revista de el Departamento de Cirugía Digestiva y Gastroenterología de la Facultad de Medicina de Chile.54; 5: 435- 442.
- [5].- Romano F, Franciosi C, Caprotti R, De Fina S. Lomazi A et al. Preoperative selective endoscopic retrograde cholangiopancreatography and laparoscopic cholecystectomy without cholecystectomy without cholangiography. Surgical Laparoscopy Endoscopic and percutaneus techniques. 12;6: 408- 411.
- [6].- Masanori S, Yakuta A. Risk factors predictive of late complications after endoscopic sphincterotomy for bile duct stones. The American Journal Of Gantroenterology. 97;11: 2763-2767.
- [7].- Hervás MJ, Reyes LA, Sánchez TZ, Pancreatitis aguda y CPRE, Revista de Patología Digestiva del Hospital Reyna Sofía Cordoba. 25; 3:108- 118.
- [8].- Criiza de los R. Como evitar la coledocolitiasis residual en una colecistectomía: CPRE preoperatoria o colangiografía intraoperatoria. Revista Gastroenterologia. 2;3:136-146.
- [9].- Kawai K, Akasaka Y, Murakami K, Tada M, Kholi Y. Endoscopic sphincterotomy of the ampulla of the vater. Gastrointest Endoscopic. 1974; 20; 148- 151.
- [10].- AlipertiG, Edmundowicz SA, Soper NJ, Ashley SW. Combined endoscopic sphincterotomy and Laparoscopic cholecistectomy in patients with choledocolithiasis and cholecistolithiasis. Ann Intern Med. 1991;115: 783- 785.



[11].- **Strarberg SM, Soper SJ.** Management of choledocolithiasis in the laparoscopic era. Gastroenterology. 1995; 320: 320- 322.

[12].- **Ponsky JL.** Alternative methods in the management of bile ducts stones. Surg Clin Nort Am. 1992, 1099- 1107.

[13].- **Cotton PB, Chung SC, Davis WZ, Gibson RM, Ransohoff DF. Et al.** Issues in cholecistectomy and management of duct stones. Am J Gastroenterol. 1994;89:169-176.

[14].- **Leese T, Neoptolemos JP, Carr-Locke DL.** Successes, failures, early complications and their management following endoscopic sphincterotomy: results in 394 patients from a single center. Br J Surg 1985; 72, 215- 219.

[15].- **Classen M.** Endoscopic papilotomy. Gastroenterologic endoscopy. Philadelphia: 1987:631- 651.

[16].- **Cotton PB.** Precut papilotomy: a risky technique for experts only. Gastrointest. Endosc. 1989; 35: 578- 579.

[17].- **Cotton PB, Lehman G, Vannes JA, et al.** Endoscopic aphincterotomy complications and their management: an attempt at consensus. Gastrointest Endosc. 1991;37: 383- 393.

[18].- **Neoptolemos JP, Shaw DE.** A multivariate análisis of preoperative risk factors in patines whit common bile ducts stones. Ann Surg. 1989; 209: 157-161.

[19].- **Kumar S, Sherman S, Hawes RH, Lehman GA.** Succeses and yield of second attempt ERCP. Gastrointest Endosc 1995;41: 205-206.

[20].- **Kane RL, Laurie N, Borbas C, Morris NF, et al.** The outcomes of elective laparoscopic and open cholecistectomy. Journal Am Col Surg. 1995;180: 136- 145.

[21].- **Erickson RA, Carlson B.** The role on endoscopic retrograde Cholangiopancreatography in patients with laparoscopic cholecystectomies. Gastroelterology. 1995; 109: 252-263.

[22].- **Barr LL, Frame BC.** Propesed criteria for preoperative endoscopic retrprgrade cholangiography in candidates for laparoscopic cholecistectomy. Surg Endosc. |1999;13: 778:781.

[23].- **Hunter JG.** Laparoscopic trancyst common bile duct exploration. Am J Surg.1992; 163: 53-58.

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN