



11209
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL
CENTRO MEDICO LA RAZA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN
COLECISTECTOMIA ABIERTA Y LAPAROSCOPICA
DURANTE 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE
CIRUGIA GENERAL DEL H.G.C.M.R.**

**TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL
PRESENTA:**

DRA. EFIGENIA ZARATE HERNANDEZ

ASESOR:

DR. MANUEL JIMENEZ ARENAS

MEXICO, D. F.

198

m. 346139

2005



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.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL GENERAL CENTRO MEDICO LA RAZA.

SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION MEDICA.

COLEDOLITIASIS RESIDUAL EN COLECISTECTOMIA ABIERTA Y
LAPAROSCOPICA DURANTE 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
GENERAL DEL H. G. C. M. R.

INVESTIGADOR PRINCIPAL:

DR. MANUEL JIMENEZ ARENAS.

CIRUJANO GENERAL.

MATRICULA: 3262529

H. G. C. M. R.

INVESTIGADOR AYUDANTE:

DRA. EFIGENIA ZARATE HERNANDEZ.

MEDICO RESIDENTE 4o. AÑO.

CIRUGIA GENERAL.

MATRICULA: 10691014

H. E. C. M. R.

DIRECCION: SERIS Y ZAACHILA S/N

COLONIA: LA RAZA.

DELEGACION: AZCAPOTZALCO.

MEXICO, D. F.

TELEFONO: 7 24 59 00

DEDICATORIAS

A MI MADRE:

POR SU INFINITO AMOR Y CARINO, QUE CON SUS ENSEÑANZAS Y CONSEJOS HA SIDO EL FACTOR PREPONDERANTE EN MI VIDA TANTO PERSONAL COMO PROFESIONAL.

A MI PADRE:

POR SER LA LUZ QUE ME HA GUIADO EN LOS MOMENTOS DIFICILES DE MI EXISTENCIA, QUE CON SU APOYO Y AMISTAD INCONDICIONAL ME HA DADO LA VITALIDAD NECESARIA PARA SEGUIR ADELANTE.

A MI HERMANA:

MA. ELOISA ZARATE HERNANDEZ, QUIEN HA DEPOSITADO EN MI SU CONFIANZA Y SU AMISTAD.

A MI HERMANO:

ALEJANDRO ZARATE HERNANDEZ, POR ESTAR CONMIGO EN LOS MOMENTOS IMPORTANTES Y DIFICILES.

A MI HERMANO:

JOSE REFUGIO ZARATE HERNANDEZ, POR SU AMABILIDAD Y RESPETO PARA CONMIGO EN TODAS LAS ETAPAS DE MI VIDA.

A MIS PROFESORES:

POR SU PACIENCIA, DEDICACION Y CONOCIMIENTOS APORTADOS PARA MI DESARROLLO PROFESIONAL, A LOS QUE GUARDARE MI ETERNA GRATITUD.

AGRADECIMIENTOS:

AL DOCTOR MANUEL JIMENEZ ARENAS
QUE TUVO LA AMABILIDAD DE DIRIGIRME
ESTE TRABAJO Y POR COMPARTIR LO MEJOR
DE SI.

AL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
POR HABERME ACOGIDO EN SUS INSTALACIONES
PARA LA FORMACION PROFESIONAL DE MI
PERSONA.

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.

INDICE

1.- TITULO.....	1
2.- RESUMEN EN ESPAÑOL.....	2
3.- RESUMEN EN INGLÉS.....	3
3.- ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	4
4.- MATERIAL Y METODOS.....	8
5.- RESULTADOS.....	9
6.- DISCUSION.....	12
7.- CONCLUSIONES.....	16
8.- GRAFICAS Y TABLAS.....	18
9.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS....	31

T I T U L O

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN COLECISTECTOMIA ABIERTA Y
LAPAROSCOPICA DURANTE 3 AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA
GENERAL DEL H. G. C. M. R.

RESUMEN

OBJETIVOS: Conocer la frecuencia de la coledocolitiasis residual en pacientes operados por colecistectomía abierta y colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía general del H. G. C. M. R.

DISEÑO: Estudio retrospectivo.

MATERIAL Y METODOS: Se revisaron los casos de coledocolitiasis residual que fueron intervenidos quirúrgicamente en el HGCMR, de agosto de 1993 a agosto de 1996. Se revisaron las siguientes variables: Edad, sexo, cuadro clínico, exámenes de laboratorio, y gabinete: USG de hígado y vías biliares, CPRE durante el período preoperatorio y post-operatorio, así como el tratamiento quirúrgico y endoscópico de la coledocolitiasis residual. Los datos obtenidos se vaciaron en el instrumento de trabajo. El análisis estadístico se realizó con medidas de Dispersión y Tendencia central, además de aplicación de la prueba de χ^2 .

RESULTADOS:

De agosto de 1993 a agosto de 1996, se realizaron un total de 1190 Colecistectomías; 667 (56%) fueron realizadas por colecistectomía abierta y 523 (44%) por colecistectomía laparoscópica. La coledocolitiasis residual se presentó en el 3% del total de las cirugías realizadas. Los pacientes que fueron intervenidos por vía laparoscópica presentaron 1.7% de coledocolitiasis residual, mientras que los pacientes que fueron intervenidos con colecistectomía abierta, la coledocolitiasis residual se presentó en un 4.3%, con una significancia estadística de ($P = < 0.01$).

DISCUSION:

El porcentaje de presentación de la coledocolitiasis residual es similar al reportado en la literatura. Los pacientes que fueron tratados por colecistectomía laparoscópica presentaron menor índice de coledocolitiasis residual, que los pacientes tratados por colecistectomía abierta, lo cual resulta contrario a los datos reportados en las referencias (9, 10).

PALABRA CLAVE: Coledocolitiasis Residual
Colecistectomía abierta, Colecistectomía
Laparoscópica.

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.**SUMMARY:**

OBJETIVE: To Know the frequency of the retained common bile duct (CBD) stone in patients with cholelithiasis who underwent operated by open cholecystectomy vs laparoscopic cholecystectomy, in general surgery service at H.G.C.M.R.

DESIGN: Retrospective study.

MATERIAL AND METHODS: Files from patients who presented retained common bile duct (CBD) stone were revised, these patients were operated by open cholecystectomy and laparoscopic cholecystectomy in the H.G.C.M.R. during the period of august 1993 a august 1996.

RESULTS: Retained common bile duct (CBD) was presented in 3% of the total surgeries performed. The patients operated by laparoscopic way had 1.7% of (CBD) stone, while the patients operated by open cholecystectomy showed 4.3% of retained (CBD) stone. ($P = < 0.01$).

DISCUSSION: The retained common bile duct (CBD) stone are found in 3% - 9 % of cholecystectomy (12). These incidence is similar to the frequency reported in the literature. Patients who were treated by open cholecystectomy presented a higher record of retained (CBD) stone than those who were treated by laparoscopic cholecystectomy, this the opposite of references (9 and 10).

KEY WORD: RETAINED COMMON BILE (CBD) STONE.
OPEN CHOLECYSTECTOMY, LAPAROSCOPIC
CHOLECYSTECTOMY.

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La litiasis biliar es la presencia de cálculos en la vesícula biliar y/o en las vías biliares. La litiasis residual es la detección de cálculos en las vías biliares cuando existe el antecedente de colecistectomía con o sin exploración de las vías biliares 2 años previos y se considera litiasis de neoformación una vez que ha superado este tiempo (1,2). La prevalencia de la litiasis biliar se ha incrementado en el mundo occidental, en países con una frecuencia mayor del 30% en su población son considerados como países con alta frecuencia, como ciertos grupos de indios norteamericanos, sudamericanos de Chile, Canadá y Suecia (1). México se encuentra dentro de los países considerados como de frecuencia moderada con un 14.3% de litiasis biliar en material de autopsias, con 6 millones de pacientes diagnosticados en 1991 (1). En Estados Unidos de Norteamérica hay 25 millones de personas con litiasis biliar, por lo que actualmente se realizan más de 800,000 colecistectomías al año.

Solo el 9% al 16% de los pacientes con colelitiasis tienen cálculos en el colédoco, y pueden ser únicos o múltiples (1-3). Esta cifra aumenta con la edad; Harvard en 1970, observó que la incidencia de la coledocolitiasis en pacientes menores de 40 años es de 6.5% (4), aumenta a 42% en pacientes de 70 a 80 años y llega al 50% en aquellos

mayores de 80 años (2,3).

La coledocolitiasis puede ser asintomática o puede acompañarse de cólico vesicular, ictericia, colangitis o pancreatitis aguda. Los cálculos retenidos en la mayoría de los pacientes ocasionan dilatación de la vía biliar a partir del quinto día de obstrucción, y cerca del 30% de los pacientes presentan pancreatitis aguda más elevación de la amilasa sérica (4,5). Debe sospecharse la presencia de coledocolitiasis cuando existe el antecedente clínico de ictericia con elevación de la bilirrubina sérica (Bilirrubina Total: +3mg/dl), ya que en aproximadamente 50 a 70% de estos pacientes se corroborará la coledocolitiasis durante el transoperatorio. Otro antecedente importante es la historia de colangitis o pancreatitis (6,7).

El Diagnóstico de coledocolitiasis residual con el uso del ultrasonido de hígado y vías biliares (USG) se realiza en un 55% (4). La Colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE), fué introducida en 1969, es el medio diagnóstico de imagen más sensible a la detección de cálculos en el colédoco. Su sensibilidad es de 82.7%, con especificidad de 100% (4-6).

Los cálculos en la vía biliar son removidos en un 85 a 90% a través de la esfinterotomía con el uso de la canastilla de Dormia (7,8).

La incidencia de litiasis residual es menor después de la colecistectomía abierta (2%), ya que en casos en los cuales

COLEDICOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.

se realiza cirugía laparoscópica se ha encontrado hasta un 5% de litiasis residual (9,10). El drenaje endoscópico tiene una morbilidad del 33% y una mortalidad del 10%, mientras que la cirugía abierta tiene una morbilidad del 66% y mortalidad de 32% (11,12).

Aproximadamente el 30% de los pacientes a los que se les explora la vía biliar, requerirán un procedimiento de drenaje como esfinteroplastia, coledocoduodenoanastomosis o coledocoyeyunoanastomosis, con lo cual la incidencia de litiasis residual es de 2-4% (13,14). Durante la exploración de las vías biliares, el uso del trayecto de la sonda T para la extracción de cálculos retenidos del colédoco se ha popularizado después de las publicaciones de Mazarello y Burhenne. La sonda debe permanecer 4 a 6 semanas para asegurar un trayecto maduro que facilite la introducción de instrumentos, de esta manera, también puede ocurrir el paso espontáneo de los cálculos al duodeno en el 10-20% de los casos.(15). Mediante el uso de varios dispositivos como sondas, catéteres, balones, endoscopios y litotriptores se logra solucionar la coledocolitiasis residual en más del 95% de los casos, con complicaciones en menos del 5% de los pacientes. En ciertos casos pueden utilizarse métodos percutáneos transhepáticos, sobre todo, en aquellos pacientes que tienen alto riesgo quirúrgico; de esta manera también se pueden utilizar soluciones disolventes como metil-terbutil-éter (METBE) y ácido ursodesoxicólico, con una disolución total de

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.

cálculos de colesterol en el 96.6% (1,16), con morbilidad del 13% y mortalidad del 4% (16,17).

Por último, con el avance y el auge de la cirugía laparoscópica en la exploración de las vías biliares para el tratamiento de la coledocolitiasis residual, se han desarrollado y perfeccionado técnicas para resolver esta patología con resultados alentadores, con más del 95% de éxito y mortalidad de 0.4 al 3% (17).

La decisión final del manejo de la coledocolitiasis residual deberá girar en función de la experiencia de cirujanos generales, cirujanos generales con entrenamiento laparoscópico y/o endoscópico, además de radiólogos intervencionistas para ofrecer al paciente la mejor opción de tratamiento.

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.

MATERIAL Y METODOS.

Se analizaron los expedientes de los pacientes con coledocolitiasis residual que fueron tratados con colecistectomía abierta y/o laparoscópica en el servicio de cirugía general del H.G.C.M.R, durante el período de agosto de 1993 a agosto de 1996. En todos los pacientes se revisó su evolución clínica, así como los exámenes de laboratorio: Biometría hemática, Pruebas de funcionamiento hepático: Bilirribinas totales, Bilirrubina directa, Fosfatasa alcalina, Transaminasas: TGO, TGP, Amilasa; Exámenes de gabinete de apoyo diagnóstico de la Coledocolitiasis residual como: USG de Hígado y vías biliares, CPRE durante el período prequirúrgico y postquirúrgico, al igual que el tipo de cirugía realizada: Colecistectomía abierta o laparoscópica, se evaluó también el tipo de tratamiento resolutivo para la coledocolitiasis residual: Cirugía abierta: Exploración de la vía biliar, coledocoduodenoanastomosis o esfinteroplastia transduodenal, y la Esfinterotomía por vía endoscópica.

Los datos obtenidos se concentraron en el instrumento de trabajo, y el análisis estadístico se hizo con medidas de Dispersión y Tendencia Central, además de la prueba de χ^2 , con determinación de $\alpha = 0.05$, que se aplicó en todos los casos de coledocolitiasis residual.

RESULTADOS.

En el período del 1o. de agosto de 1993 al 31 de agosto de 1996, se realizaron en el Hospital General Centro Médico La Raza un total de 1190 colecistectomías, de las cuales 667 (56%) fueron realizadas por colecistectomía abierta y 523 (44%) por vía laparoscópica. (Tabla 1, Figura 1) Se observó coledocolitiasis residual en un total de 38 pacientes (3%), de los cuales 29 (76%) fueron intervenidos por Colecistectomía abierta y 9 (24%) por vía laparoscópica. (Tabla 2, Figura 2). En los pacientes que fueron intervenidos por colecistectomía abierta, se presentó la coledocolitiasis residual en un 4.3%, mientras que en los pacientes en que se realizó colecistectomía laparoscópica, se observó que la coledocolitiasis residual fué de 1.7%, con significancia estadística ($P = < 0.01$) .(Tabla 2, Figura 2). 23 pacientes (61%) pertenecían al sexo femenino, y 15 (39%) eran hombres. (Figura 3). El rango de edad fué de 23-94 años, con una media de 53.7.

El 100% de los pacientes con coledocolitiasis residual (38 casos) presentaron ictericia, con Bilirrubina total (0.7 -23.0) y Media: 6.29 mg/dl; 9 pacientes (24%) cursaron con colangitis, y 24% (9 casos) tuvieron pancreatitis. (Figura 4). Con respecto a los exámenes de gabinete realizados como medio de apoyo diagnóstico, el 63% (24 casos) presentaron dilatación de la vía biliar y

37% (14 casos) no tenían dilatación de la vía biliar. (Figura 5). En 4 pacientes (10%) se realizó CPRE durante el período preoperatorio y en 1 paciente se realizó también esfinterotomía como tratamiento coadyuvante de la coledocolitiasis residual.

El diagnóstico de la coledocolitiasis residual se apoyó con CPRE en 22 casos (58%), mientras que en 16 pacientes (42%) no se realizó CPRE diagnóstica.

En cuanto al tratamiento quirúrgico empleado como manejo de la coledocolitiasis, observamos que en 3 pacientes en que se inició la colecistectomía laparoscópica se terminó el procedimiento quirúrgico por colecistectomía abierta. El índice de conversión fue de 8%, y la causa principal fue la dificultad técnica para la disección anatómica de la vía biliar. De las colecistectomías abiertas en 11 pacientes (29%) se realizó colangiografía transoperatoria durante la exploración de vías biliares, y en el 47% (18 casos) no se realizó colangiografía transoperatoria. En las colecistectomías laparoscópicas se realizó colangiografía transcística en 4 pacientes (10.5%) y en 13.5% (5 casos) no se realizó colangiografía transcística. (Tabla 4, Figura 7).

La coledocolitiasis residual se resolvió con cirugía abdominal o abierta. En 17 pacientes (71%) se realizó Exploración de vías biliares, en 4 casos (17%) se realizó coledocoduodenoanastomosis, y en 3 pacientes (13%) se hizo

esfinteroplastia transduodenal. En 37% (14 pacientes), la coledocolitiasis residual se resolvió con esfinterotomía por vía endoscópica, no encontramos complicaciones durante este procedimiento. (Tabla 5,6, Figura 8 y 9)..

DISCUSION.

La coledocolitiasis residual es un evento desagradable para el cirujano, y se presenta en 2-5% posterior al tratamiento de la colelitiasis crónica tratada con colecistectomía abierta y 5% cuando se realiza colecistectomía laparoscópica (3). En nuestro estudio observamos que el índice de presentación de la coledocolitiasis residual fué similar a la reportada en la literatura, que es del 3-8% según Barkun, Fried (9,12). Mientras que, cuando se realizó colecistectomía abierta, la coledocolitiasis residual se presentó en un 4.3%, y fué de 1.7% cuando se realizó colecistectomía laparoscópica, ($P = < 0.01$), los principales factores que intervinieron en nuestros resultados fué la falta de recursos técnicos y humanos de apoyo radiológico que sirven para detectar y resolver el problema quirúrgico en el momento preciso.

Nuestros resultados muestran que, en pacientes con coledocolitiasis residual la fosfatasa alcalina, transaminasas: TGO y TGP, bilirrubina total y bilirrubina directa, así como la amilasa se elevan durante la fase preoperatorio en un 47.3% (18 pacientes), los pacientes presentaron valores de laboratorio elevados inmediatamente antes de la cirugía (34 casos), con valor predictivo para la coledocolitiasis residual de 89.4% Otros factores de riesgo

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN HGCMR.

estudiados e indicativos de coledocolitiasis son: la dilatación del conducto cístico (>3mm), número y tamaño de los litos, la presencia de litos palpables, y el diámetro del colédoco (>10mm), antecedentes de ictericia, colangitis y pancreatitis. Nosotros observamos en nuestro estudio que el 100% de los pacientes, presentaban ictericia, 24% (9 casos) colangitis, y otro 24% (9 pacientes) presentaron pancreatitis.

Sin embargo, 24 pacientes (63%) de los pacientes que presentaron coledocolitiasis residual y 37% (14 casos) no tenían dilatación de la vía biliar, por lo que consideramos que el uso de estos criterios para la realización de la CPRE durante el período preoperatorio son válidos.

Muchos cirujanos consideran que la colangiografía transoperatoria reduce el riesgo de coledocolitiasis residual, y se han demostrado litos durante el período postoperatorio en 2-5% (2), desafortunadamente este procedimiento aumenta el tiempo quirúrgico, y el riesgo de lesión de la vía biliar (15), además, de que muy comúnmente no existe el equipo técnico y humano necesario para realizar los colangiogramas. En el presente estudio observamos que en 11 pacientes (29 %) se realizó colangiografía transoperatoria durante la colecistectomía abierta y 10.5% (4 pacientes) cuando se realizó la colecistectomía por vía laparoscópica. Mientras que a 23 pacientes (60%) no se les realizó colangiografía durante el

período transoperatorio.

Cerca del 1-4% de las operaciones primarias para la litiasis biliar son seguidas en forma temprana o tardía de reoperación por retención de cálculos (12), en nuestro caso, nosotros observamos que fue del 3%. Uno de los aspectos más controversiales de la cirugía biliar es el como llevar a cabo la operación cuando el conducto biliar común ha sido explorado a través de la coledocotomía. Hay 3 posibilidades: a) coledocorráfia a través de la sonda T, b) esfinterotomía transduodenal o esfinteroplastia, con coledocorráfia a través de la sonda T o drenaje transcístico, y c) La Coledocoduodenostomía supraduodenal. La coledocoduodenostomía es la técnica quirúrgica preferida en pacientes con reintervenciones quirúrgicas en la vía biliar o con coledocolitiasis residual o recurrente.(14) En el presente estudio, se realizó exploración de vías biliares en 24 pacientes (63%), coledocoduodenoanastomosis en 4 pacientes (10.5%), y esfinteroplastia transduodenal en 3 casos (7.9%).

Las opciones de tratamiento de la coledocolitiasis a través de la colecistectomía laparoscópica son: a) conversión a colecistectomía abierta y exploración de vías biliares, b) Exploración laparoscópica del colédoco (con opciones de extracción mecánica) c) CPRE postquirúrgica (con esfinterotomía y/o extracción mecánica), d) selección cuidadosa de pacientes para monitoreo continuo del posible paso espontáneo de los litos residuales hacia el duodeno; (16,17,21).

La coledocolitiasis residual se resolvió por endoscopia en 37% (14 pacientes), la modalidad realizada fue esfinteroplastia endoscópica. No encontramos complicaciones durante el procedimiento endoscópico, y de acuerdo con el estudio reportado por Miller et al. realizado en pacientes con coledocolitiasis tratados con cirugía y endoscopia, concluyeron que los resultados correspondientes a morbilidad y mortalidad son similares(12)..

CONCLUSION.

* El índice de presentación de la coledocolitiasis residual es similar a la reportada en la literatura.

* La coledocolitiasis residual se presentó con mayor incidencia cuando se realizó colecistectomía abierta.

* La coledocolitiasis residual se presentó con menor incidencia cuando se realizó colecistectomía laparoscópica.

* El uso de la CPRE durante el período preoperatorio y postoperatorio es útil en el Diagnóstico y Tratamiento de la coledocolitiasis residual, además de ser un procedimiento menos invasivo y con menor morbilidad.

* La coledocolitiasis residual se resuelve tradicionalmente con la exploración de vías biliares a cielo abierto.

* Los procedimientos endoscópicos son otra opción de tratamiento para la coledocolitiasis residual, y están teniendo gran auge debido a los avances técnicos y a las ventajas que ofrece (mínima invasión corporal, disminución de los días de estancia, etc (19).

* Por último, nuestro hospital es un centro de adiestramiento tanto de Residentes de Cirugía General, como de cirujanos titulados, (en el programa de cirugía laparoscópica); por lo tanto el índice de presentación de la

coledocolitiasis residual está en relación a la experiencia y habilidad quirúrgica obtenida.

* La falta de apoyo de diagnóstico de imagen durante el período transoperatorio, evita que se detecte y se dé tratamiento resolutivo en el momento preciso a la coledocolitiasis residual.

**COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y
LAPAROSCOPICA DURANTE TRES AÑOS**

TIPO DE COLECISTECTOMÍA

AÑO	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
1993	106	26
1994	255	125
1995	207	221
1996	99	151
TOTAL	667	523

TABLA 1

TRATAMIENTO QUIRURGICO

CIRUGÍA	COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL				TOTAL
	SI	%	NO	%	
COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA	9	1.7	514	43.1	523
COLECISTECTOMIA ABIERTA	29	4.3	638	53.6	667

TABLA 2a

COLECISTECTOMÍAS REALIZADAS	COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL	
	SI	NO
1190	38	1152
%	3%	97%

TABLA 2b

H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y
LAPAROSCOPICA DURANTE TRES AÑOS

CASOS DE COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL SEGÚN EL
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

AÑO	TIPO DE CIRUGÍA COLECISTECTOMÍA	
	ABIERTA	LAPAROSCOPICA
1993	2	0
1994	10	4
1995	9	3
1996	8	2
TOTAL	29	9
	76	24

%

TABLA 3

CUADRO CLÍNICO

AÑO	ICTERICIA	COLANGITIS	PANCREATITIS
1993	2	1	0
1994	14	1	6
1995	12	2	2
1996	10	5	1
TOTAL	38	9	9
	100	24	24

%

TABLA 4

H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL EN COLECISTECTOMÍA ABIERTA Y
LAPAROSCOPICA DURANTE TRES AÑOS

TRATAMIENTO RESOLUTIVO DE LA COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL

PROCEDIMIENTO	CASOS	%
QUIRÚRGICO	24	63 %
ENDOSCÓPICO	14	37 %

TABLA 5

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

TIPO DE CIRUGIA ABIERTA	CASOS	%
EXPLORACIÓN DE VIAS BILIARES	17	71 %
COLEDOCO-DUODENO-ANASTOMOS	4	17 %
ESFINTEROPLASTIA	3	12 %

TABLA 6

USG DE HIGADO Y VIAS BILIARES

AÑO	DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR	
	SI	NO
1993	2	0
1994	7	5
1995	17	5
1996	8	4
TOTAL	24	14
	63	37

%

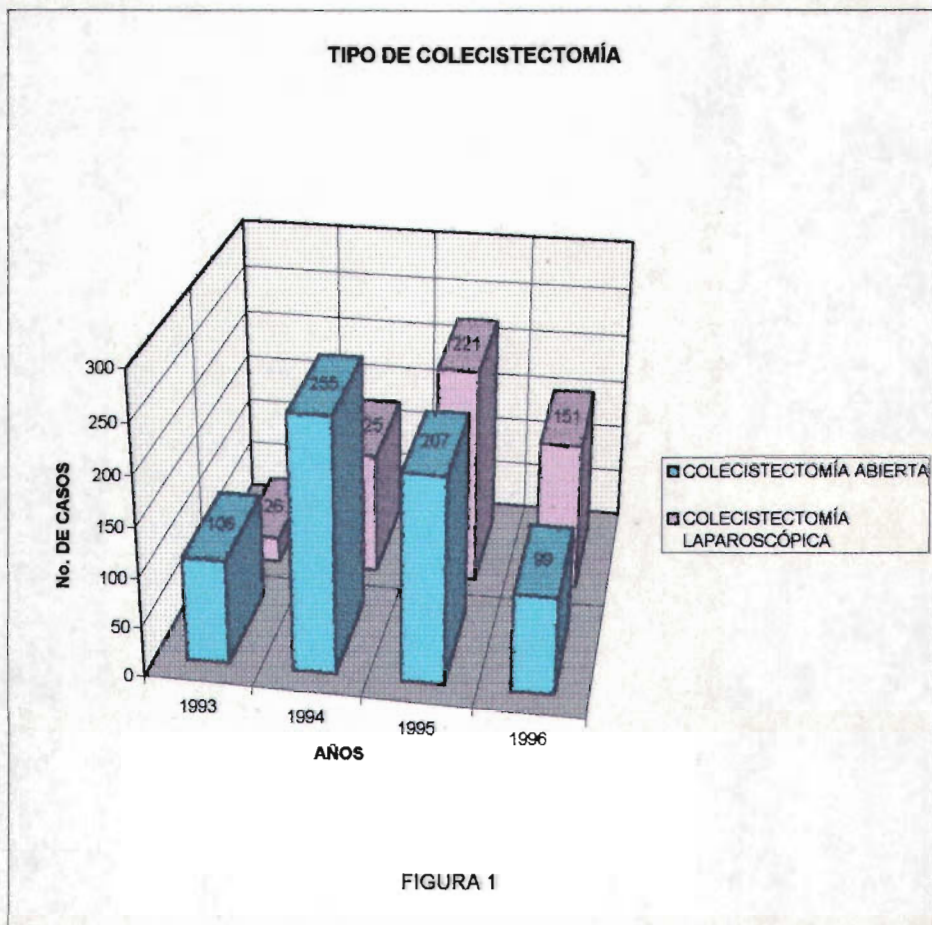
SEXO

AÑO	MASCULINO	FEMENINO
1993	1	1
1994	3	11
1995	4	8
1996	6	4
TOTAL	14	24
	37	63

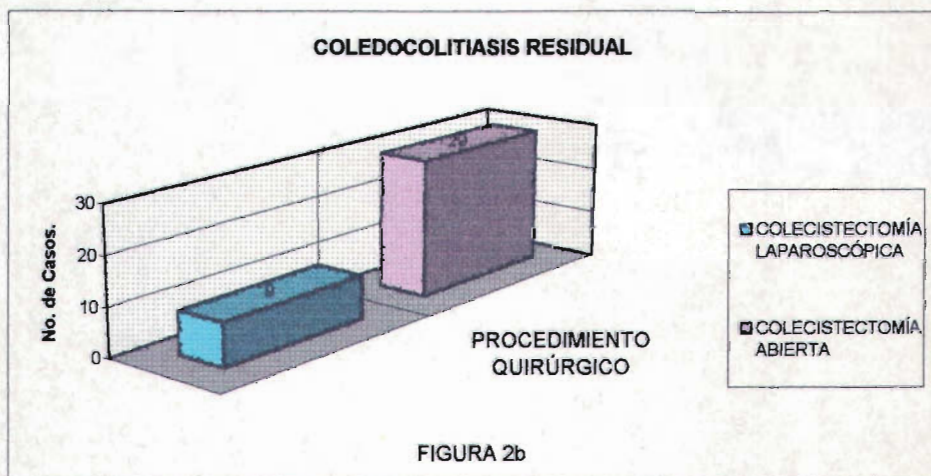
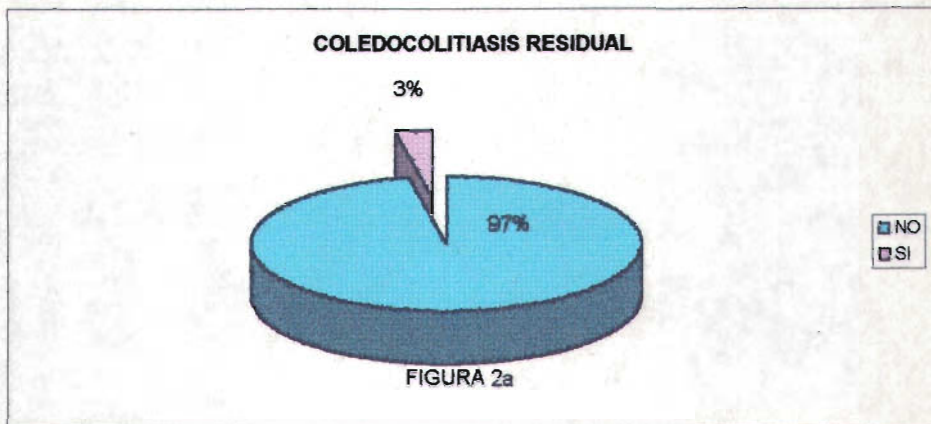
%

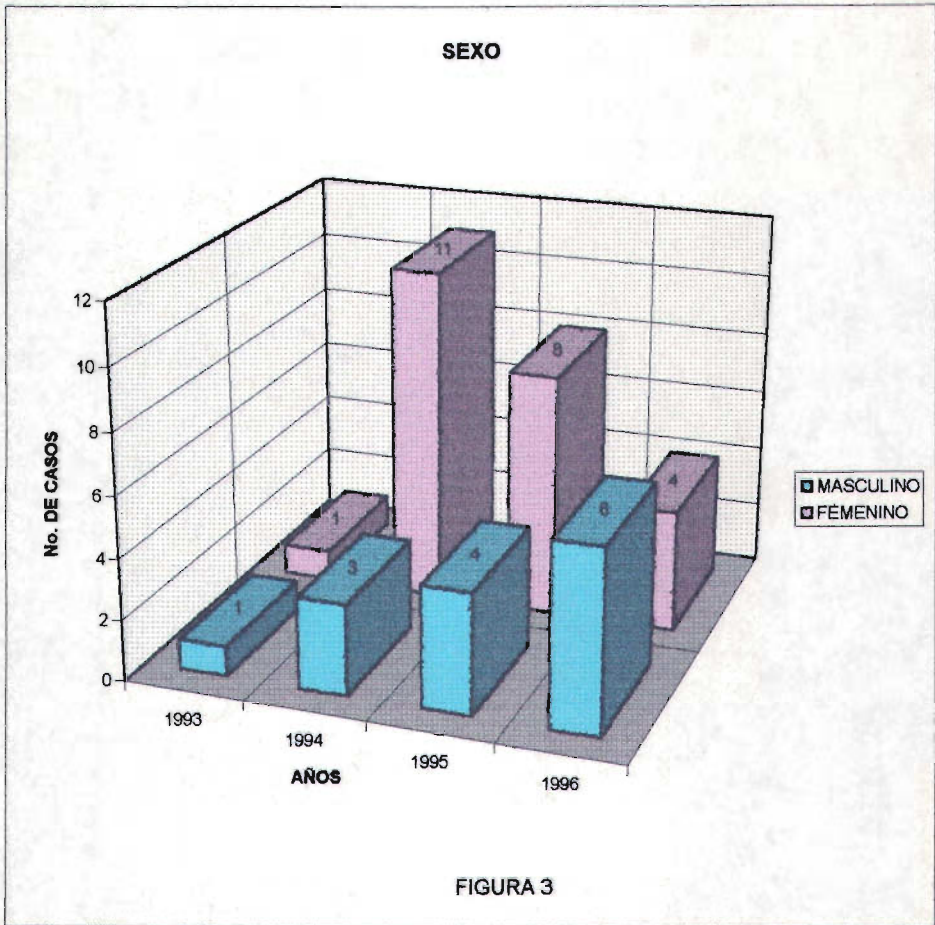
TRATAMIENTO QUIRURGICO MAS COLANGIOGRAFÍA TRANS-OPERATORIA

CIRUGÍA	COLANGIOGRAFÍA TRANS-OPERATORIA	
	SI	NO
COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	4	5
COLECISTECTOMÍA ABIERTA	11	18
TOTAL / %	15 40%	23 60%

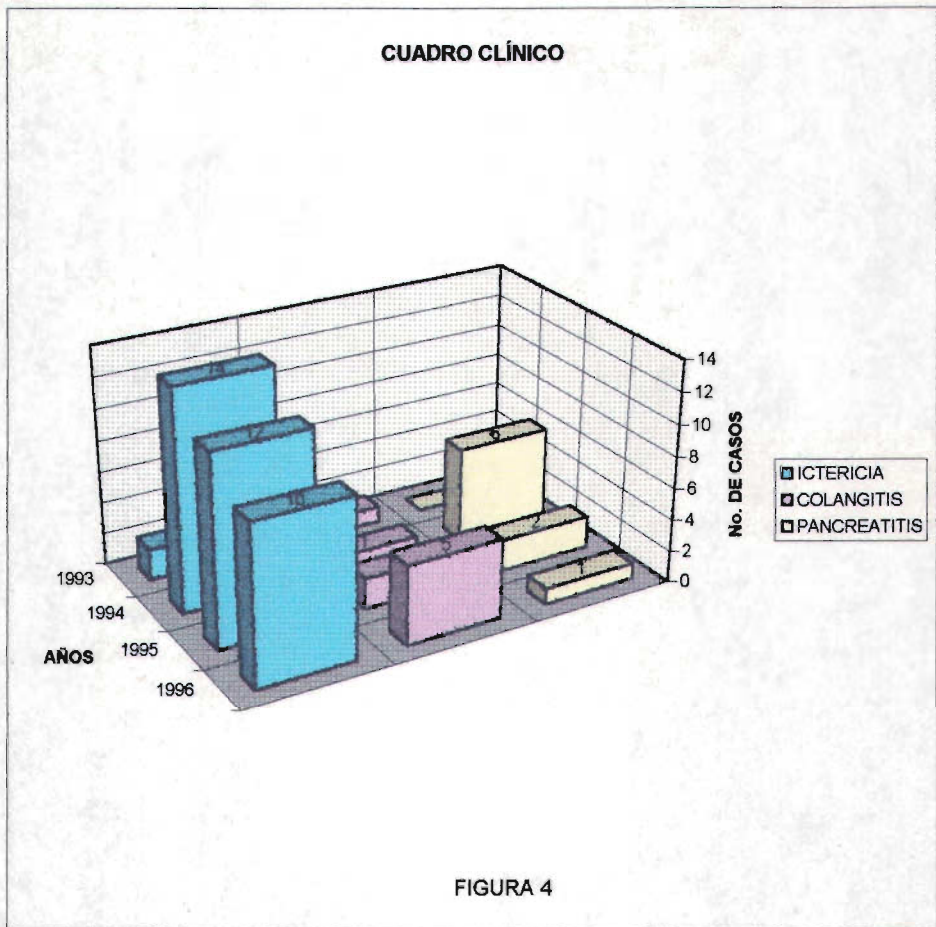


H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

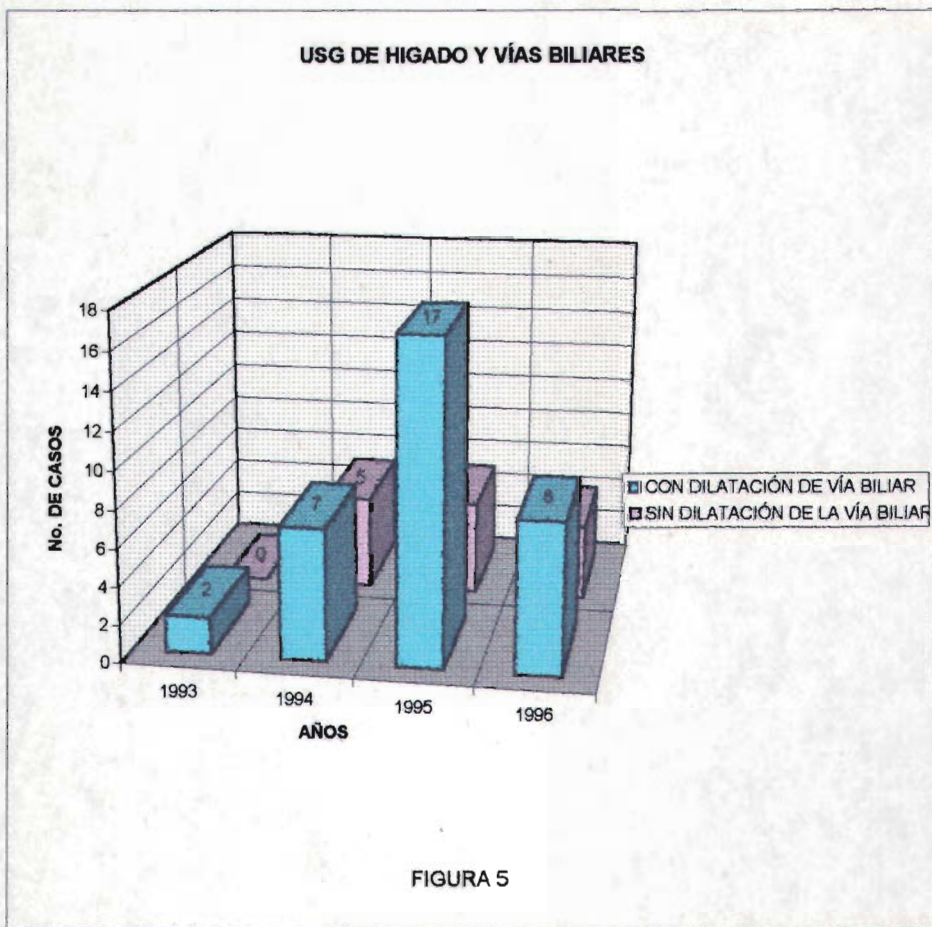




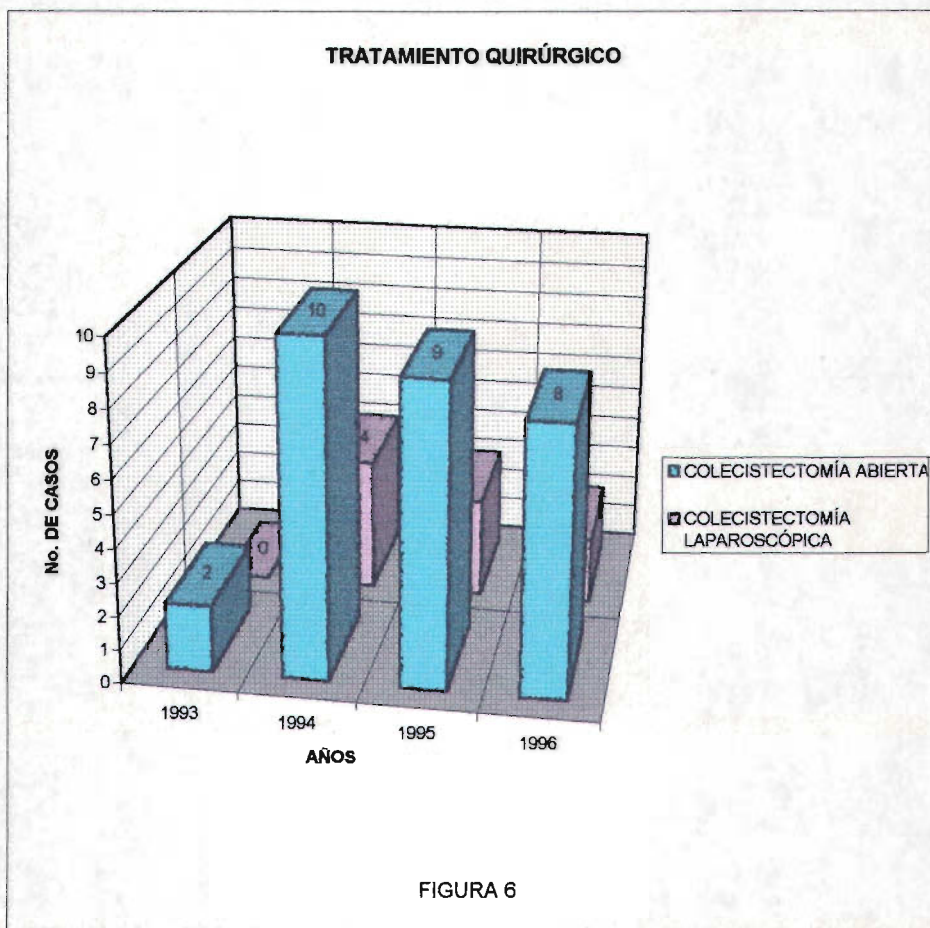
H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38



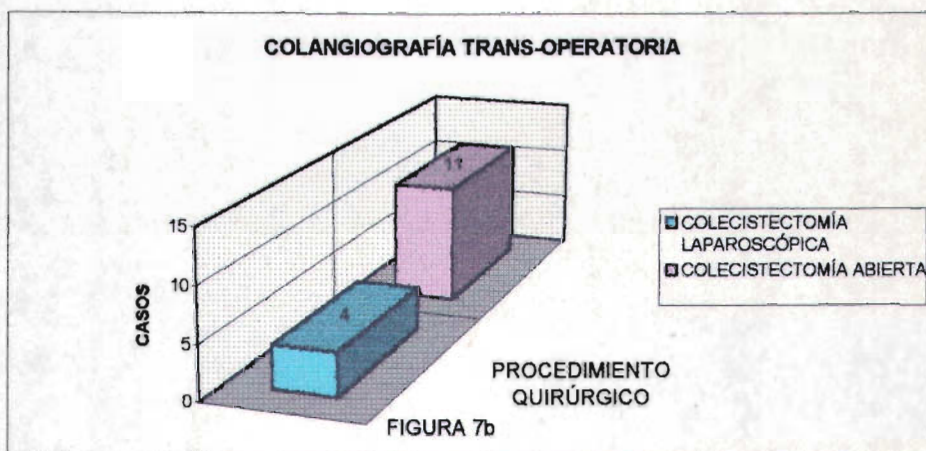
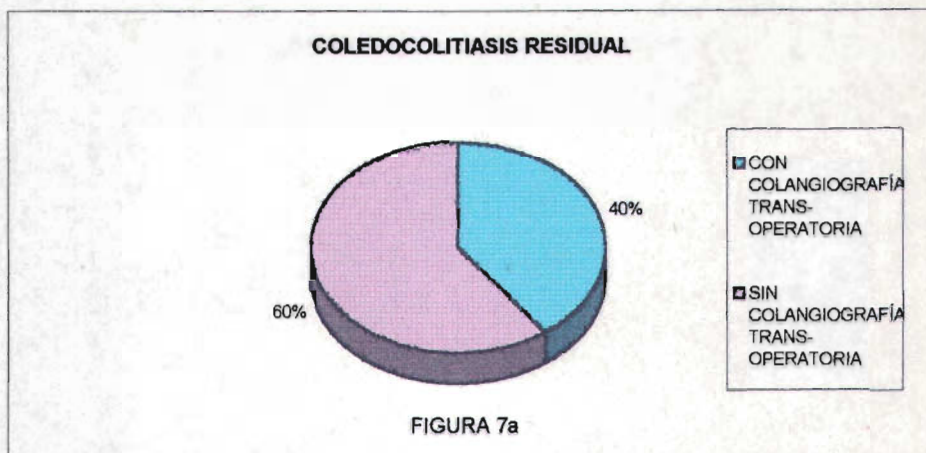
H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

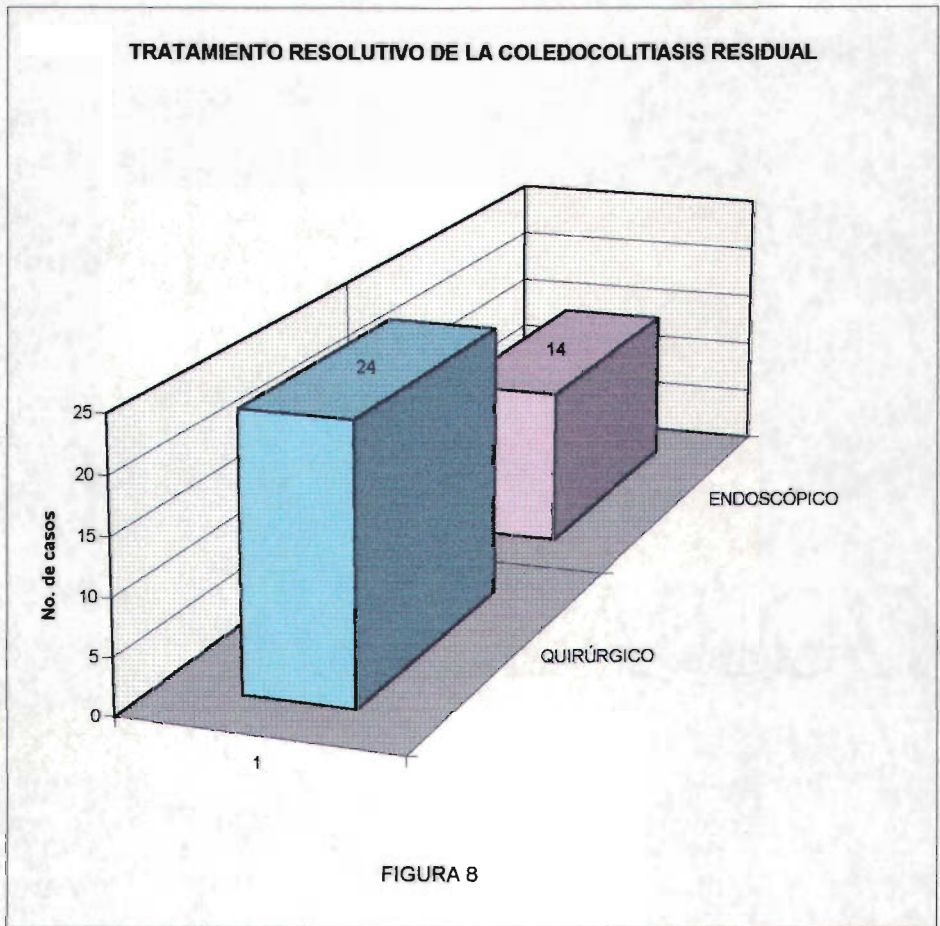


H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

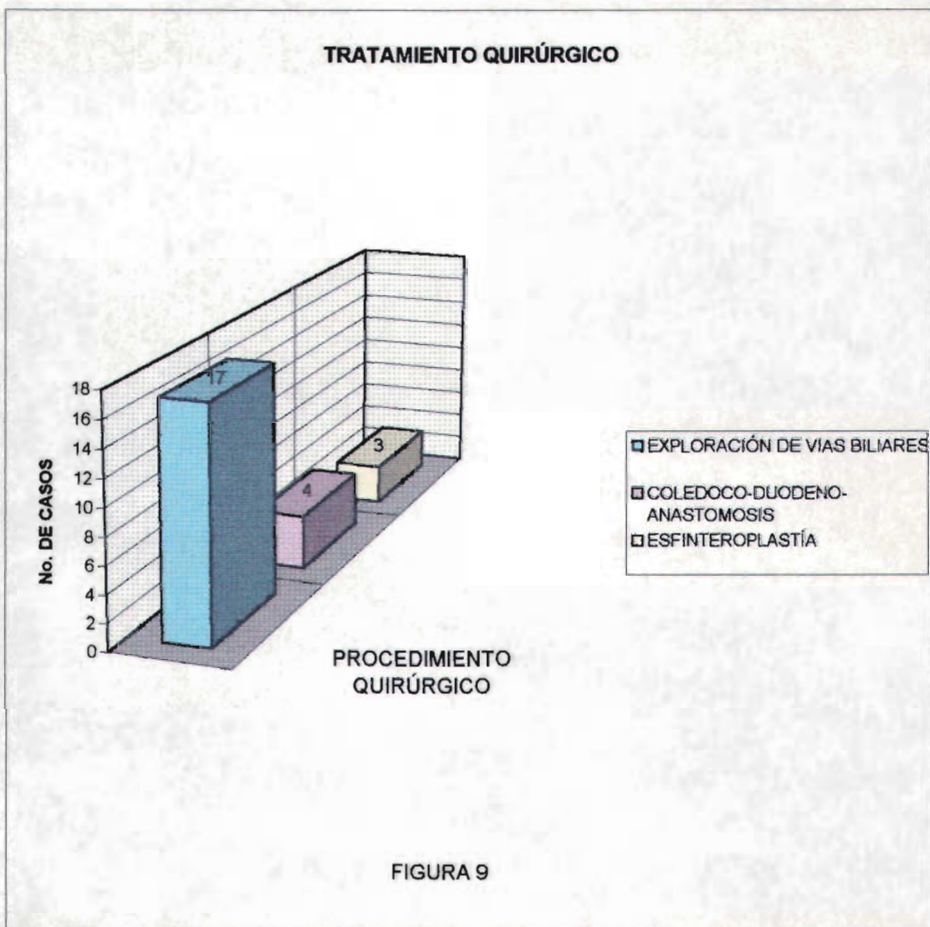


H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38





H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38



H.G.C.M.R. I.M.S.S.
SERVICIO DE CIRUGÍA
N=38

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- García G, Pérez TE, Sobrino CS. Litiasis Biliar. Rev Gastroenterol Mex 1993;7:338-48.
- 2.- Wilson D, Delaney JP, Duane WC, Pries JM, Silvis SE, Vennes JA. Choledocholithiasis. Gastroenterology 1978;75:120-8.
- 3.- Mucio M, Zepeda HR. Cirugía laparoscópica en vías biliares. Cir Gen 1993;15:4:18-9.
- 4.- Steven M, Strasberg, Clavien PA. Overview of Therapeutic Modalities for the Treatment of Gallstone Diseases. Am J Surg 1993;165:420-6.
- 5.- Gavin SM, Barry JR, Lloyd DM, Jagger C, Jhonson V, Rathbonem, et al. Selection Criteria for preoperative Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Laparoscopic Era. Arch Surg. 1996;131:89-94.
- 6.- Barkun AN, Barkun JS, Fried GM, Ghitulescu G, Steinmetz O, Pham CH, et al. Useful Predictors of Bile Duct Stones in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy. Ann Surg 1994;220:32-9.
- 7.- Shimizu S, Tada M, Kawai K. Diagnostic ERCP. Endoscopy 1994;26:88-92.
- 8.- Curet JM, Douglas E, Rosendale DO, Congilosos, Gallup M. Mirizzi Syndrome in a native American Population. Am J Surg 1994;168:616-21.
- 9.- McSherry CH. Open Cholecistectomy. Am J Surg 1993;165:435-9.

10.- Stoker ME. Common Bile Duct Exploration in the Era of Laparoscopic Surgery. Arch Surg. 1995;130:265-9.

11.- Miller RE, Kimmeltiels FM, Winker WP. Management of Common Bile Duct Stones in the Era of Laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1995;169:273-6.

12.- Miller JS, Ferguson CH. Current Management of Choledocholithiasis. Am Surgery 1990;56:66-70.

13.- Boender J, Nix JJ, Ridder J, Dees J, Schutte HE, Buuren HR, et al. Endoscopic Sphincterotomy and Biliary Drainage in Patients with Cholangitis Due to Common Bile Duct Stones. Am J Gastroenterology 1995;90:233-6.

14.- Williams LF, Chapman WC, Bonau RA, McGee EC, Boyd RW, Kenneth JJ. Comparison of Laparoscopic Cholecystectomy with Open Cholecystectomy in a Single Center. Am J Surg 1993;165:459-65.

15.- Soravia C, Meyer P, Mentha G, Ambrosetti P, Rohner A. Flushing technique in the management of retained common bile duct stones with a T tube in situ. Br J Surg 1992;79:149-51.

16.- Franceschi D, Brandt CH, Margolin D, Szopa B, Ponsky J, Priebe P, et al. The Management of Common Bile Duct Stones in Patients undergoing Laparoscopic Cholecystectomy. Am Surg 1993;59:525-31.

17.- Patterson HC, Hothem A, Bream CH. Dissolution and retrieval of Retained Common Duct Stones. Am Surg 1975;1:48-53.

18.- National Institute of Health. Consensus Development Conference Statemente on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. Am J Surg 1993;165:390-6.

19.- Voyles CR, Sanders DL, Hogan R. Common Bile Duct Evaluation in the Era of Laparoscopic Cholecystectomy. Ann Surg 1994;219:744-52.