

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Incidencia de las derivaciones
biodigestivas desde 1993 al 2003 en el
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión
Callao**

AUTORES

GUSTAVO TAGLE CARVAJAL

ELÍAS MÉNDEZ VÉLIZ

TESIS para optar el Título de: ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

LIMA – PERÚ 2004

AGRADECIMIENTOS .	1
RESUMEN .	3
INTRODUCCIÓN .	5
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN .	5
MARCO TEÓRICO . .	6
a) ANTECEDENTES HISTÓRICOS .	6
b) ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LAS VIAS BILIARES .	7
MARCO REFERENCIAL: . .	10
MATERIAL Y MÉTODOS .	13
RESULTADOS . .	15
DISCUSIÓN .	21
CONCLUSIONES . .	25
BIBLIOGRAFÍA .	27
ANEXOS .	31
Anexo N° 1 .	31

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Dr. Ernesto Mejía Garcia Jefe del Departamento de cirugía, a los Drs. Pedro Elescano Orihuela y Dr. Eugenio Vargas Carbajal Jefes de los Servicios de Cirugía 1 y 2 respectivamente, por brindarnos todas las facilidades para la realización del presente estudio, de la misma forma al personal del servicio de Archivo de Historias por brindarnos la ayuda en la recopilación de las mismas.

Queremos expresar aprecio y profundo agradecimiento a todos los Cirujanos del Hospital Daniel Alcides Carrión, por sus enseñanzas y ayuda en nuestra preparación y entrenamiento.

También estamos muy agradecidos a todos los Médicos, Enfermeras, personal técnico y administrativo del Hospital Carrión, por su apoyo y cooperación que hicieron que estos tres años de residencia sean una bella experiencia.

A nuestras familias que son columnas incansables en nuestro avance.

Gustavo Tagle C

Elias Méndez V.

RESUMEN

Las derivaciones biliodigestivas (DBD) son procedimientos quirúrgicos que siguen en vigencia en determinadas patologías que generan obstrucción de la vía biliar principal (VBP). Este es un estudio descriptivo, retrospectivo, no aleatorio, en el que se ha estudiado a todos los pacientes mayores de 15 años que fueron sometidos a derivación biliodigestiva externa, en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao desde el 1° de Enero de 1993 al 31 de diciembre del 2003 (11 años). Lográndose conformar una casuística de 88 pacientes. El análisis de las variables fue realizado mediante los programas estadísticos SPSS versión 10 y Epi Info versión 6.0.

El mayor grupo etareo estuvo comprendido por aquellos que superaban los 51 años de edad (61.37%), con predominio del sexo femenino con una relación aproximada de 2:1. Entre los síntomas y signos el dolor abdominal estuvo presente en 90% de casos, la ictericia en 76%, la coluria-acolia en el 8%, y la fiebre en el 5%.

Los exámenes auxiliares de diagnóstico fueron muy pobres, en los de laboratorio el más practicado fue el hemograma en el 100% de casos. Se establece 4 indicaciones específicas por la que se practicó DBD: afecciones inflamatorias (52.27%), afecciones neoplásicas (39.77%) a predominio del cáncer de cabeza de páncreas, por causa iatrogénica (4.55%) y por malformaciones congénitas (3 casos de quiste de colédoco).

La mayoría de cirugías (96.6%) fueron programadas. La técnica derivativa más utilizada fue la coledocoyeyunoanastomosis T-L en Y de Roux (64.77%), seguida por la hepaticoyeyunoanastomosis T-L (12.5%) y la coledocoduodenoanastomosis L-L (22.73%). En el postoperatorio 15 pacientes (17%) se complicaron, siendo la infección de herida operatoria (10.23%) la más frecuente, fístula biliocutánea (4.55%) y dehiscencia de anastomosis (2.27%). La mortalidad en el estudio fue de 1.14% por fístula biliocutánea. Los antibióticos utilizados en el manejo postoperatorio fueron la ciprofloxacina y el metronidazol. El tiempo de hospitalización promedio fue de 18.16 días. Concluimos que la patología quirúrgica biliar es una cirugía mayor de alta complejidad que requiere un manejo muy exhaustivo, minucioso y que exige del cirujano la mayor de las aptitudes técnico quirúrgicas.

Palabras Claves: Derivación biliodigestiva, coledocolitiasis.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de los tres años de especialización podemos apreciar diferentes cirugías mayores pero creemos que una de las más difíciles y complicadas pero no menos bellas son las cirugías de las vías biliares, entre ellas las derivaciones biliodigestivas externas, que nos motivaron a realizar el presente estudio.

El Hospital Nacional Daniel A. Carrión, cuenta con dos Servicios de Cirugía que integran el Departamento de Cirugía, ambos se encargan de resolver toda la patología quirúrgica de la Provincia constitucional del Callao y distritos limeños contiguos, antiguamente no contaba con un sistema estadístico de las patologías resueltas por el departamento, recién desde el año 2000 se cuenta con una base de datos; esperamos que esta investigación aporte la base de datos del número de Derivaciones Biliodigestivas realizadas desde el año 1993 hasta el 2003, la patología que motivo la realización de dicho procedimiento quirúrgico y las complicaciones que pudieran haber existido, y de esa manera tomar las pautas para un mejor desempeño.

Es un estudio que trata de mostrar si se viene realizando adecuadamente el manejo de la patología biliar, se comparan los resultados con otros trabajos de investigación, acerca del tema realizados en nuestro país y el extranjero.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

Describir la Incidencia de las derivaciones biliodigestivas realizadas por el Departamento de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrion (HNDAC) desde 1993 hasta el 2003.

Objetivos específicos:

1.- Identificar la etiología que llevó a realizar las derivaciones biliodigestivas en el HNDAC.

2.- Determinar las complicaciones de las derivaciones biliodigestivas realizadas en el HNDAC desde 1993 al 2003.

3.- Identificar y correlacionar el tipo de derivación biliodigestiva, realizadas en forma electiva o de emergencia desde 1993 al 2003.

MARCO TEÓRICO

a) ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La litiasis biliar es tan antigua como el hombre. Las primeras descripciones de ella se encuentran en el papiro de Ebers. Se han descubierto cálculos vesiculares en momias egipcias que datan de más de 3.000 años antes de Cristo [1].

La frecuencia de la litiasis vesicular es muy variable en diferentes grupos raciales, pero se calcula que un 20 a 25% de la población general padece coledocianitis [2]. Las cifras para cálculos en los conductos biliares también varían mucho según diferentes estudios.

La primera descripción de cálculos en el colédoco posiblemente se deba al anatomista de Padua, Realdo Colombo (1516-1559), quien hizo la autopsia a San Ignacio de Loyola, muerto en 1556, de lo que seguramente fue un cuadro de sepsis biliar. Encontró cálculos en la vesícula, en el colédoco e inclusive uno que ya había erosionado la vena porta [3].

Durante siglos los síntomas causados por litiasis vesicular y coledociana solían terminar sólo con la muerte del paciente [4], hasta que en 1882 el cirujano alemán Carl Langenbuch efectuó la primera colecistectomía [5], operación que se mantendría sin muchas variantes durante 103 años, hasta que otro cirujano teutón, Enrich Mühe inició la era de la colecistectomía por laparoscopia el 12 de septiembre de 1985 en Bóblingen, Alemania [6].

La primera coledocotomía con éxito fue practicada el 9 de mayo de 1889 por el cirujano inglés Knowsley Thornton, en Lourdes, seguido un año después por Ludwig G. Courvoisier en Riehen. Cinco años más tarde, en Edimburgo, Ludwig Rehn efectuó por vez primera el procedimiento combinado de colecistectomía y exploración de vías biliares.

Una de las modificaciones más trascendentales en la cirugía de las vías biliares se

debió a Hans Kehr, (1832-1916) quien popularizó la coledocotomía y en 1985 ideó la sonda en “T”, que en muchos países de Europa y América del Sur se conoce como “tubo de Kehr”.

Durante los años siguientes fueron los adelantos en el campo de la cirugía de las vías biliares, destacando la coledoscopia con espejos y dilatadores de la ampolla de Vater introducidos por Bakes en 1923, el revolucionario uso de la colangiografía transoperatoria por el cirujano de Córdoba – Argentina, Pablo Mirizzi en 1931, la introducción del coledoscopio rígido por McIver en 1941, la colangiomanometría ideada por Caroli y Mallet-Guy en 1952.

Las décadas de los sesenta y setenta trajo otras innovaciones importantes: el coledoscopio flexible de Shore y Lippman en 1965, el uso de catéteres con balón, para extracción de cálculos de las vías biliares, diseñados originalmente por Thomas Fogarty, para uso en cirugía vascular y que después tuvieron gran aplicación en las vías biliares junto con las canastillas de Dormia, popularizadas principalmente por Burhenne en Norteamérica y Mazzariello en Argentina para la extracción percutánea de cálculos residuales del coléoco a través del tracto de la sonda en “T”.

En el Perú fue CT Carvallo en 1905 quien realizó la primera intervención de vías biliares y fue una colecistectomía [7].

La primera derivación biliodigestiva en el Perú fue una Colecistoenteroanastomosis hecha por Gastañeta 1917 tres casos [7].

V. Baracco publico en 1958 cuatro casos, tres hepaticoyeyunoanastomosis en Y de Roux y una coledocoyeyunoanastomosis [8].

En un análisis sobre la frecuencia de litiasis coledociana en pacientes con colelitiasis conocida, Herman [9] encontró que a mayor edad, los pacientes con cálculos en vesícula desarrollan litiasis coledociana en una proporción creciente, siendo de sólo un 9% entre los 31-40 años, aumenta a 11% en los 41-50, para llegar a ser de 48% en los 71-80 y pasar a más del 90% en la novena década de la vida.

Este estudio demostró lo que se sabe desde hace muchos años: que los pacientes con cálculos en vesícula tienden a desarrollar más complicaciones (colecistitis aguda, coledocolitiasis, pancreatitis, etc.) a medida que se hacen más viejos [10-12].

Diversas publicaciones y este estudio también apoyan la cifra de coledocolitiasis no sospechada en un 10-15% de pacientes que llegan actualmente a colecistectomía [13].

b) ANATOMÍA QUIRÚRGICA DE LAS VIAS BILIARES

La cirugía de las vías biliares se desarrolla en uno de los terrenos más complicados anatómicamente, es rico en vasos, y en variantes anatómicas.

Distinguimos: la vía Biliar principal hepático y colédoco y la vía biliar accesoria vesícula biliar y cístico.

Es importante señalar que en un alto porcentaje según Negli en la vía biliar principal faltan fibras musculares en un 85% en el hepático y en el 60% en el colédoco.

El esfínter de Oddi o complejo esfinteriano contiene la confluencia del colédoco, Wirsung y papila de Vater quienes tienen aparato muscular, que moviliza a estas vías y son fibras musculares lisas [14].

El Colédoco está formado por la unión del conducto hepático común y del conducto cístico. Sin embargo, hasta en un 13% de las personas puede existir algún tipo de variación anatómica como: mal - posición y reduplicación. Mide aproximadamente 7.5 - 8 cm de largo, su diámetro es de 6 mm y se divide en 4 segmentos cuando se relaciona con los órganos adyacentes:

a) Supraduodenal: Corre anterior a la vena porta y a la derecha de la arteria hepática común.

b) Retroduodenal: Pasa por detrás de la primera porción del duodeno, lateral a la vena porta.

c) Intrapancreática: Pasa por detrás del páncreas.

d) Intramural o Intraduodenal: Entra al duodeno en la papila.

Está irrigado inferiormente en un 60% por ramas de las arterias retroduodenal y pancreatoduodenal y superiormente en un 38% por ramas de la arteria hepática derecha y la cística. Las arterias más importantes van paralelas al conducto, localizadas a las 3 y 9 horas con respecto a las manecillas del reloj.

El drenaje venoso es a través de pequeños vasos que van a la vena hepática, sin embargo, la porción inferior drena directamente a la vena porta.

El largo intervalo que transcurre desde el comienzo de los síntomas de vías biliares y la institución del tratamiento quirúrgico permite que se desarrollen varios cambios patológicos y fisiológicos que pueden aumentar el peligro operatorio.

El paciente icterico requiere tratamiento preoperatorio intenso los estudios diagnósticos han de determinar, hasta donde sea posible, la etiología de su ictericia. Por fortuna, raramente necesita intervención quirúrgica de urgencia; casi siempre puede esperarse tiempo suficiente para establecer el diagnóstico y preparar al enfermo para la intervención. Rara vez resulta ser necesario operar en fase de ictericia creciente. Los enfermos con obstrucción intermitente de los conductos biliares por cálculos suelen tener ictericia de intensidad variable, y presentan menos reacción postoperatoria si se intervienen cuando la ictericia está disminuyendo o ha cedido. En pacientes con obstrucción completa de las vías biliares se observará un aumento gradual de la ictericia, que finalmente queda estacionaria. El peligro quirúrgico es menor en esta etapa que cuando la ictericia está aumentando.

La cirugía de las vías biliares extrahepáticas puede estar indicada en las siguientes lesiones:

1.- Cuerpos extraños en el interior del conducto:

- parásitos,
- coágulos sanguíneos,
- cálculos.

2.- Lesiones de la pared del conducto:

- Anomalías congénitas
- Enfermedades inflamatorias
- Lesiones traumáticas
- Estenosis benignas
- Tumores

3.- Lesiones en el exterior del conducto, que afectan al mismo.

- Lesiones inflamatorias
- Linfadenopatía
- Neoplasias malignas.

Trataremos de ir resolviendo las causas que con más frecuencia obligan al cirujano a tomar la decisión de realizar una Derivación biliodigestiva, entre las más frecuentes tenemos:

COLEDOCOLITIASIS

Su Incidencia es aproximadamente de 8 - 15% en los pacientes que van a ser sometidos a cirugía por patología vesicular, sin embargo en mujeres mayores de 30 años en Chile su Incidencia es de 45%, ubicándola como la más alta del mundo.

La rata de coledocolitiasis residual es de 2 - 4%, aunque algunos autores la encuentran hasta en un 15%.

El 90% de los pacientes con la triada de Charcot presente, tienen coledocolitiasis. En un estudio de 1.282 pacientes en quienes se les realizó exploración de vías biliares, el número de cálculos encontrados de 1 - 2 (60%), 3 - 5 (18%), 6 - 9 (5%), y 10 o más (17%).

Estas pueden comprender, desde el no tener síntomas hasta la presencia de colangitis. El dolor tipo "cólico" ocurre en el 90% de los casos, siendo producido por aumento de la presión y distensión del colédoco. Típicamente es en el HCD o Epigastrio, con irradiación frecuente al área interescapular. [1, 3, 15, 16, 17].

El termino cólico es un error pues el dolor generalmente es constante, no se asocia con la posición y dura típicamente de 30 min. a varias horas. Ocurren concomitantemente náuseas y vómito. La ingesta de alimentos no precipita específicamente este cuadro. Dependiendo de la severidad del evento el paciente puede presentar ictericia, acolia, coluria y prurito [12, 13, 16, 17].

TUMORES DE LAS VÍAS BILIARES:

La Incidencia aumenta con la edad, los tumores malignos tienen una distribución más uniforme entre hombres y mujeres que la que presentan los tumores de la vesícula biliar, la Incidencia varía entre el 0.01 y el 0.46%.

Los adenocarcinomas constituyen más del 95% de los cánceres de las vías biliares.

La distinción entre epitelio reactivo de la vía biliar y tumor maligno se hace más difícil en los cuadros de colangitis, obstrucción biliar, hepatolitiasis y colocación de stents en la vía biliar. Se vinculó una cantidad de factores etiológicos al alcance de la vía biliar en el hombre, factores comunes a un número de estos factores etiológicos incluyen los cálculos, estasis biliar e infección. Se encontraron firmes asociaciones entre cáncer de la vía biliar y dilataciones quísticas del árbol biliar, hepatolitiasis, parasitosis hepáticas, colangitis esclerosante primaria, colitis ulcerosa y el agente de radiocontraste Thorotrast.

En 1944 Irwin y Morison publicaron la asociación entre cáncer de la vía biliar y su dilatación congénita. Una explicación anatómica para el origen de los quistes coledocianos y la subsiguiente formación de cáncer de la vía biliar incluye el hallazgo de una entrada alta anómala del conducto pancreático en el interior del árbol biliar extrahepático (UCPBA). El hallazgo de un UCPBA sugiere que el reflujo de las secreciones exocrinas pancreáticas que une el interior del epitelio de la vía biliar puede iniciar o estimular la transformación maligna de la vía biliar [18].

COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA:

El diagnóstico de la colangitis esclerosante primaria, requiere la presencia de estenosis multifocales y un aspecto arrosariado del tracto biliar intrahepático y/o extrahepático, en ausencia de otras causas desencadenantes. En aquellos casos en los que la enfermedad del tracto biliar es producida por una colangitis aguda, por cálculos del colédoco, por traumatismos quirúrgicos, u otros agentes tóxicos, se utiliza el término colangitis esclerosante secundaria.

La evolución clínica es muy variable, la enfermedad puede permanecer asintomática durante años, mientras que en otros, las alteraciones obliterantes del tracto biliar pueden progresar rápidamente a una cirrosis biliar secundaria con insuficiencia hepática. Los tratamientos endoscópicos, radiológicos y quirúrgicos están dirigidos a mejorar el drenaje biliar y a aliviar los síntomas de ictericia, prurito, y colangitis. Cuando estos métodos fracasan o cuando se presentan una cirrosis, el único tratamiento eficaz para los pacientes con colangitis esclerosante es el trasplante de hígado [18].

MARCO REFERENCIAL:

DERIVACIONES BILIODIGESTIVAS: [17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25]

Con la disposición actual a los avances tecnológicos, estos procedimientos se han vuelto más infrecuentes, pero todavía tienen cabida como tratamiento de la coledocolitiasis en casos seleccionados.

LA COLEDOCODUODENOSTOMÍA (CD), introducida por Riedel en 1888; es más comúnmente realizada porque es más fácil, requiere de sólo una anastomosis, es más fisiológica. Los avances en la endoscopia biliar y radiología intervencionistas alteraron en forma radical el diagnóstico y el manejo de los cálculos biliares y de otras enfermedades de las vías biliares y del páncreas.

El tratamiento quirúrgico a cielo abierto está destinado a los pacientes en quienes fracasaron los métodos endoscópicos. Estos fracasos pueden ocurrir en presencia de cálculos amplios, múltiples, impactados o intrahepáticos [26].

La coledocoduodenoanastomosis lateral puede ser realizada como procedimiento primario cuando se lleva a cabo una colecistectomía o por cálculos coledocianos recurrentes que ocurren mucho después de la colecistectomía, que no pueden ser tratados por medio de papilotomía endoscópica [18].

La obstrucción distal por estrecheces secundarias a un proceso benigno primario como la pancreatitis crónica también se trata en forma apropiada con una coledocoduodenoanastomosis.

LA COLEDOCYUNOSTOMÍA EN Y DE ROUX (CY), es usada principalmente en pacientes con estenosis biliares benignas y la obstrucción maligna del aparato biliar causada por un tumor pancreático o en la pared ductal. Los traumatismos directos del aparato biliar y casos seleccionados de colangitis esclerosante en los cuales hay áreas de dilatación son indicaciones raras de coledocoyunoanastomosis.

Las indicaciones para la realización de una derivación biliodigestiva son:

- Coledocolitiasis múltiple (> 5 cálculos).
- Litiasis Intrahepática.
- Estenosis de la ampolla.
- 2 o más exploraciones previas para coledocolitiasis.
- 2 o más episodios de colangitis.
- Coledoco > 20 mm.

La condición para su realización y al mismo tiempo disminuir el número de complicaciones es que el tamaño del colédoco no sea inferior a 16 mm [26]

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, transversal, no aleatorio

MUESTRA DE ESTUDIO

Los pacientes sometidos a cirugía de vías biliares y en los que se realizó derivación biliodigestiva externa desde Enero de 1993 hasta Diciembre del 2003 en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión – Callao y que cumplieron los siguientes criterios de inclusión.

- Pacientes mayores de 15 años
- Pacientes en los que se realizó derivación biliodigestiva externa durante los años 1993 al 2003 en el HNDAC, en forma programada o de emergencia.

Fueron 92 los pacientes que de los cuales 4 casos fueron descartados por tener historias clínicas incompletas

TÉCNICA Y MÉTODO DE TRABAJO:

El estudio consistió en tres fases:

1ª FASE: Búsqueda de pacientes, que fueron sometidos a cirugía biliar con derivación biliodigestiva externa, en los libros de Sala de Operaciones de cirugías Programadas y Emergencias, obteniendo de esta manera el número de historia clínica y el reporte operatorio.

2ª FASE.- Consistió en la búsqueda de las historias clínicas de los pacientes sometidos a derivación biliodigestiva, en la unidad de archivo de historias clínicas del

HNDAC, con esta fase concluimos la Recolección de Datos, los cuales fueron recopilados mediante una Ficha de Datos DBD (Anexo N° 1) la cuál consigna datos de filiación, tiempo de enfermedad, antecedentes, exámenes auxiliares de laboratorio y de diagnóstico por imágenes, diagnósticos pre y post operatorios, tipo de derivación bilioenterica, tamaño del colédoco, tiempo operatorio, complicaciones postoperatorias, tipo de cirugía, relaparotomía, tiempo de hospitalización postoperatorio, y tipo de alta de paciente.

Los datos obtenidos se analizaron mediante los programas estadísticos EPI INFO 6.0 y SPSS 10.0

3ªFASE.- Discusión y conclusiones del trabajo.

Conocemos las implicancias éticas del estudio, por lo tanto se respeta la confidencialidad y demás garantías de los datos de la Historia clínica de los pacientes sometidos a derivación biliodigestiva y que fueron incluidos en el estudio.

RESULTADOS

Desde Enero de 1993 hasta Diciembre del 2003 se realizaron un total de 92 Derivaciones Biliodigestivas externas abiertas en los Servicios de Cirugía General del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao, de los cuales 4 pacientes fueron retirados del estudio por tener historias clínicas incompletas faltando datos que podrían generar alteración en la información; también se excluyó a 3 pacientes pediátricos intervenidos, dos de quiste de colédoco y otro de peritonitis biliar.

El Gráfico N° 1 nos muestra la distribución del número de pacientes atendidos por año en el Hospital Nacional Daniel A Carrión desde 1993 hasta el 2003

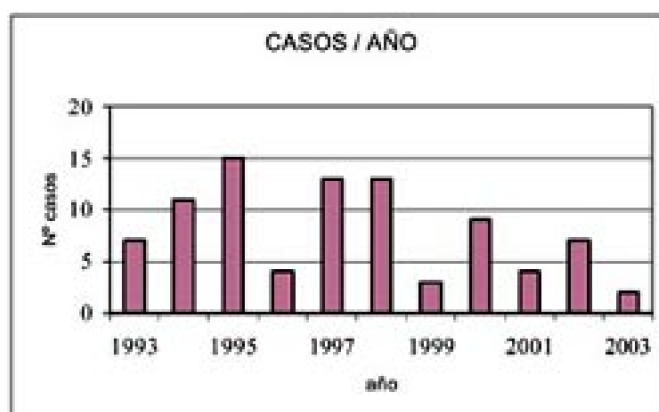


GRAFICO N° 1: ELACION DE PACIENTES CON DBD SEGÚN EL AÑO DE ATENCION

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

La muestra del estudio fueron 88 pacientes, correspondiendo al sexo femenino 59 pacientes (67.05%), y 29 pacientes al sexo masculino (32.95%).

La distribución según grupo etareo fue a predominio de los 51 á 70 años (Tabla N° 1)

Tabla N°1: DISTRIBUCIÓN DE DBD POR GRUPO ETAREO

EDAD	CASOS	%
15 – 30	10	12.49
31 – 50	23	26.14
51 – 70	38	42.05
> 70	17	19.32
TOTAL	88	100.00

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

Referente al Grado de Instrucción se halló que 51.14% (45 casos) estudiaron primaria; 37.5% (33 casos) secundaria; 7.95% (7 casos) fueron analfabetos y solamente un 3.41% (3 pacientes) tenían grado de instrucción superior.

Sobre el Tiempo de Enfermedad se ha encontrado que la mayoría de pacientes presento molestias iniciales antes del año, lo que podemos observar en la Tabla N°2.

Tabla N° 2: DISTRIBUCION DE LA DBD SEGUN EL TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO DE ENFERMEDAD	CASOS	%
0 - 6 MESES	53	60.23
7 MESES a 1 AÑO	25	28.41
1 a 2 AÑOS	3	3.41
2 a 3 AÑOS	3	3.41
> 3 AÑOS	4	4.54
TOTAL	88	100.00

Fuente:Tesis IDBDHNDAC

Los signos y síntomas que presentaron los pacientes en esta serie se puede apreciar en la Tabla N°3, algunos presentaron más de dos síntomas.

Tabla N° 3: SIGNOS Y SINTOMAS DE LAS DBD

SIGNOS-SINTOMAS	CASOS	%
Dolor Abdominal	79	89,77
Ictericia	67	76,14
Vómito	63	71,59
Sg Murphy	44	50,00
Nauseas	26	29,55
Coluria- acolia	7	7,95
Fiebre	4	4,55
Otros	3	3,41
Total	88	

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

Los exámenes auxiliares más usados fueron el Hemograma en un 100%; en 90.9% (80 pacientes) se hallaba en valores normales y solo en 9.10% (8 casos) se encontraban alterados. Dentro de los exámenes de diagnóstico por imágenes el más usado fue la Ecografía que se realizó en 77 pacientes (87.5 por ciento); los exámenes menos usados fueron el de ERCP (pancreatocolangiografía retrograda endoscópica) en 2 pacientes (2.27%) y la Tomografía axial computarizada (TAC) en 4 pacientes (4.55%).

Los Diagnósticos Pre Operatorios hallados fueron. (Tabla N° 4)

Tabla N° 4: DIAGNOSTICOS PRE OPERATORIOS EN LAS DBD 1993 - 2003

DIAGNOSTICO	CASOS	%
CCC + COLEDOCOLITIASIS	30	34.09
ICTERICIA OBSTRUCTIVA	27	30.67
NM DE CABEZA DE PANCREAS	17	19.32
ESTENOSIS COLEDOCIANA	6	6.82
COLECISTITIS AGUDA	3	3.41
FISTULA COLECISTODUODENAL	2	2.27
NM DE VIAS BILIARES	1	1.14
ADENOCARCINOMA DUODENAL	1	1.14
COLANGITIS	1	1.14
TOTAL	88	100.00

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

* NM = NEOPLASIA MALIGNA; CCC = COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA

Las Derivaciones Biliodigestivas que se realizaron fueron principalmente Cirugías Programadas en 96.59% (85 casos) y 3 casos fueron realizados por emergencia (3.41%), los que ingresaron a sala de operaciones con los diagnósticos de Colangitis y Peritonitis biliar.

Los Diagnósticos Post Operatorios encontrados en los reportes operatorios y corroborados en las epicrisis pueden ser apreciados en la Tabla N° 5.

Tabla N° 5: DIAGNOSTICO POST OPERATORIO DE LAS DBD SEGUN ETIOLOGIA

DX. POSTOPERATORIO	CASOS	%
1.- CAUSAS INFLAMATORIAS		
COLEDOCOLITIASIS	29	32.95
ESTENOSIS COLEDOCIANA	11	12.50
FISTULA COLECISTODUODENAL	4	4.55
COLANGITIS – COLECISTITIS AGUDA	2	2.27
	(46)	(52.27)
2.- CAUSAS NEOPLASICAS		
NM DE CABEZA DE PANCREAS	29	32.95
NM DE VIA BILIAR	5	5.68
ADENOCARCINOMA DUODENAL	1	1.14
	(35)	(39.77)
3.- OTRAS CAUSAS		
LIGADURA Y/O SECCIÓN DE COLEDOCO	4	4.55
QUISTE DE COLEDOCO	3	3.41
	(7)	(7.96)
TOTAL	88	100

Fuente:Tesis IDBDHNDAC

Hemos encontrado que 14 pacientes (15.91 por ciento) tenían colédoco menor de 1 cm de diámetro,46 pacientes (52.27 por ciento) con colédoco de 1 a 2 cm y 28 pacientes (31.82 por ciento) con colédoco mayor de 2 cm de diámetro.

El Tipo de Técnica quirúrgica derivativa que se utilizó en los 88 pacientes de la serie estudiada, se detalla en la Tabla N° 6

TABLA N° 6: DISTRIBUCIÓN DE LA TECNICA QUIRURGICA DE LA DBD SEGÚN LA ETIOLOGIA

TIPO DE DBD / CAUSA	CASOS	%
1) COLEDOCODUODENAL		
1.1 CAUSA INFLAMATORIA	18	20.45
1.2 CAUSA NEOPLASICA	2	2.27
	20	(22.72)
2) HEPATICOYEYUNAL EN ASA		
2.1 CAUSA INFLAMATORIA	7	7.95
2.2 CAUSA NEOPLASICA	3	3.41
2.3 IATROGENICA	1	1.14
	11	(12.5)
3) COLEDOCOYEYUNAL EN Y DE ROUX		
3.1 CAUSA INFLAMATORIA	21	23.86
3.2 CAUSA NEOPLASICA	30	34.10
3.3 IATROGENICA	3	3.41
3.4 QUISTE DE COLEDOCO	3	3.41
	57	(64.78)
TOTAL	88	100.00

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron la coledocoyeyunoanastomosis termino lateral en Y de Roux (CY) con 64.77%, y la hepaticoyeyunoanastomosis termino lateral en Asa o en Y de Roux (HY) en 12.5%. Resolviendo ambas la patología neoplasica en 94 %, la inflamatoria en 61%, la iatrogénica y la congenita en 100% de casos. La coledocoduodenoanastomosis latero lateral (CD) se realizó en 22.73% resolviendo de esta manera el 39% de causa inflamatoria, y el 6% de causa neoplasica (NM de cabeza de páncreas).

Los casos de coledocolitiasis fueron resueltos: 14 casos por CD, 10 casos por CY, y 4 casos por HY, los pacientes con fístulas colecistoduodenales se resolvieron 2 por CD y 2 por CY.

El tiempo operatorio encontrado en 72 casos (81.82%) fue mayor a 3 horas, seguido por 13 casos (14.77%) de 2 a 3 horas y sólo en 3 pacientes (3.41%) el tiempo fue menor a 2 horas; ello es de esperarse por tratarse de una cirugía mayor de alta complejidad.

Hallamos complicaciones Post Quirúrgicas en 15 pacientes (17.05%), los cuales se distribuyen de la siguiente manera: 9 casos con Infección de herida operatoria, 4 casos con Fístula biliocutánea, y 2 casos con dehiscencia de anastomosis. [Tabla N° 7 y Tabla N° 8]

La mortalidad del estudio es de 1.14 por ciento, un paciente por complicación de Fístula biliocutánea.

Tabla N° 7: COMPLICACIONES DE LAS DBD 1993 – 2003

COMPLICACIONES	CASOS	%
NO	73	82.95
SI	15	17.05
TOTAL	88	100.00

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

Tabla N° 8: DISTRIBUCIÓN DE LAS COMPLICACIONES DE LAS DBD HNDAC

COMPLICACIONES DE DBD	CASOS	%
INFECCION DE SITIO OPERATORIO	9	10.23
FISTULA BILIOCUTANEA	4	4.55
DEHISCENCIA DE ANASTOMOSIS	2	2.27
TOTAL	15	17.05

Fuente: Tesis IDBDHNDAC

Del total de pacientes del estudio 2 casos fueron Relaparotomizados por complicaciones: Dehiscencia de anastomosis y fístula biliocutánea de alto débito más sepsis, este último requirió manejo por la Unidad de Cuidados Intensivos, falleciendo durante su hospitalización.

El Tiempo de Hospitalización promedio fue de 18.16 días (rango de 5 a 91 días).

El 96.59% (85 casos) de los pacientes fueron dados de alta por indicación médica.

DISCUSIÓN

En el presente estudio encontramos que la muestra fue de 88 pacientes sometidos a Cirugía de derivación bilioenterica, apreciamos que la mayor Incidencia se presenta en el sexo femenino con 67.5% con una relación de 2 a 1 frente al masculino, como lo señalan también otros estudios [27, 28, 30,31]. Molto et al. señalan que la edad media fue de 70.5 años, existiendo predominio de mujeres en 52.3 por ciento.

En la década de 1981 a 1990 se realizaron, en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, 1628 operaciones de vías biliares de las cuales 151 (9.28 por ciento) fueron derivaciones biliodigestivas (DBD), mientras que Manzaneda en el HNDAC entre los años 1990 á 1995 señala una frecuencia aproximada de 5.5% de 1051 cirugías biliares [29,31]. Siendo necesaria más a menudo en los gerontes; la edad media de los pacientes informada en la literatura es de 55 á 61 años [18, 31], que coincide con nuestros hallazgos (entre 51 y 70 años con un porcentaje de 42 %).

Las personas que se atiende en el Hospital Nacional Daniel A. Carrión pertenecen en su mayoría a los niveles C y D de la población lo que se refleja en el predominio del grado de instrucción primario hallado en el estudio (51.14%).

En nuestra serie encontramos que gran mayoría de pacientes presentaron manifestaciones antes de los 6 meses, principalmente dolor abdominal tipo cólico a predominio de hipocondrio derecho (89.77%) acompañado en un alto porcentaje de ictericia (76.14%) y vómitos (71.59%); cabe resaltar que más de la mitad de los pacientes presentaron dos o más síntomas.

Al examen físico el signo más hallado fue el de Murphy (50%), un porcentaje pequeño presento acolia y coluria (7.95%); otros estudios como el de Paredes Paz corroboran nuestros hallazgos [26,28, 30].

El examen auxiliar de laboratorio mas empleado fue el hemograma en el 100% de los casos, de los cuales 9.1% presentaron anormalidad (leucocitosis o leucopenia).

Se hicieron otros estudios laboratoriales prequirúrgicos, como VDRL, Antígeno de superficie, glucosa, urea, creatinina, examen completo de orina, los cuales estuvieron en valores normales; el perfil hepático no fue solicitado a todos los pacientes, y encontramos resultados solamente en 13 historias clínicas es decir en 15% de casos, con resultados de bilirrubina elevada.

El examen de diagnóstico por imágenes más usado fue la ecografía en 87.5%. Sabemos que la ultrasonografía se utiliza adecuadamente en el diagnostico de litiasis vesicular con un buen porcentaje de acierto, no así en la coledocolitiasis; lo que depende del entrenamiento y habilidad del operador, pero también de los equipos ya que los de ultima generación tienen mayor resolución.

Solamente se realizó Tomografía Axial Computarizada en 4.55 por ciento de los casos y pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica en 2 pacientes es decir 2.27%, dificultando el análisis de resultados y su asociación con la patología que obliga a realizar la DBD.

Los diagnósticos Pre Operatorios que motivaron ingresar a sala de operaciones y realizar DBD en la serie estudiada fueron principalmente Coledocolitiasis e Ictericia Obstructiva, seguido no muy lejos de los pacientes con Neoplasia de Páncreas y mucho más distante las causas estenóticas, es decir se tenía en más o menos 60% de los casos un diagnóstico pre operatorio casi confirmado por exámenes auxiliares, en el resto, 40% de casos se llega al diagnóstico por hallazgos intraoperatorios, como ocurre en los pacientes con Neoplasia de cabeza de Páncreas que tuvieron un aumento de 19.32% a 32.95%; igualmente en los casos de Estenosis coledociana (escleroodditis estenosante, fibrosis coledociana, y colangitis esclerosante primaria) que duplica su presentación de 6.82% a 12.5%.

Tola J. en su estudio encuentra que la coledocolitiasis (46.9 por ciento), la esclerosis del esfínter de Oddi (16.67 por ciento) y el carcinoma de páncreas (12.5 por ciento) fueron las patologías más frecuentes [29].

Molto et al. estudiaron 107 casos, en 83 casos (77.6%) la derivación se realizó por patología benigna y en los 24 restantes (22.4%) por patología tumoral[27], mientras que en nuestra serie la causa tumoral representa el 39.77% y la inflamatoria el 52.27% (Tabla N° 05)].

Al enfrentarse con una neoplasia lamentablemente en la mayoría de los pacientes no se puede realizar la extirpación de la misma, generalmente por que acuden al hospital en un grado avanzado de su patología, la técnica a utilizarse dependerá de las características del tumor y su localización, pero como regla general debe efectuarse una anastomosis lo más proximal posible en la vía biliar cuando se realiza una resección, lo más alejado del tumor, cuando se decide hacer como único procedimiento una DBD.

Cuando la extirpación es posible el flujo biliar se reinstala hacia el tracto intestinal mediante una CY o una HY sobre todo en tumores irresecables. La CY ha sido asociado a un alto índice de reobstrucción [18], la CD también ha sido empleada en forma paliativa para neoplasia no resecable con un colédoco dilatado sobre todo cuando la vesícula ha sido, o contiene cálculos o el cáncer obstruye el conducto cístico. En nuestra serie el 100% de la patología maligna se opero en forma electiva, reiteramos que la técnica más empleada fue la CY en Y de Roux.

En nuestro estudio se halló 4 casos (4.55 por ciento) de causa iatrogénica, por sección o ligadura de la vía biliar principal, debemos señalar que es responsabilidad del cirujano velar por que el procedimiento quirúrgico sea llevado de la mejor forma posible, pero muchas veces puede ocurrir lesiones, ya lo mencionaba Bismuth: son deberes del cirujano primero reconocer la lesión, ya que las que no se reconocen tienen peor pronóstico, segundo si ha lesionado la vía biliar y se ha percatado de ello, es reparar el error inmediatamente, y tercero si la lesión evoluciona a estenosis debe efectuarse la reparación ulterior que no debe ser ni muy rápida ni muy tardía.

Las técnicas quirúrgicas más utilizadas en nuestra serie fueron coledocoyunoanastomosis termino lateral (CY) en Y de Roux (64.77%), y la hepaticoyunoanastomosis termino lateral (HY) en Asa o en Y de Roux (12.5%), resolviendo así ambas la patología neoplásica en 94 %, la inflamatoria en 61%, la iatrogénica y congénita en 100%. La coledocoduodenoanastomosis (CD) latero lateral (22.73%), resolvió el 39% de las causas inflamatorias, y sólo el 6% de la causa neoplásica, hallazgos que corroboran la investigación de Manzaneda [31].

En el estudio realizado en Cayetano la DBD más utilizada fue la coledocoduodenoanastomosis en 53.13 por ciento [29]. Molto señala como técnica más empleada en 97 casos (90.6%) a la coledocoduodenostomía latero lateral; en 9 casos (18.4 %) hepaticoyunostomía, y en un caso una colecistoyunostomía [27]

La CD puede presentar como complicaciones la colangitis por reflujo del contenido alimenticio a la vía biliar y el Síndrome del Pozo (llamado también bolsa ciega, Sd. de sumidero o "cul a sac"), condicionando la recurrencia de los síntomas e infecciones, pero la Incidencia de estas complicaciones en la literatura son muy bajas [12, 15, 18, 26].

La literatura indica que las DBD deben ser realizadas con un colédoco mayor a dos centímetros de diámetro, encontrando en nuestra serie una Incidencia de 31.82 por ciento con colédoco mayor de 2 cm, esto podría explicarse porque un buen porcentaje de las indicaciones de DBD en el estudio fueron realizados por coledocolitiasis y estenosis y las mayoría de las historias clínicas indican como promedio de diámetro del colédoco de 2 cm., siendo catalogados en el rango de 1 a 2 cm (52.27%).

En cuanto al Tiempo operatorio, por tratarse de una cirugía mayor de alta complejidad existe variación entre las dos técnicas operatorias dependiendo del grupo quirúrgico, teniendo como promedio mayor de 180 minutos para la CY.

Los antibioticos que se utilizaron en el manejo postoperatorio en 70% de pacientes fueron principalmente el ciprofloxacino 200 mg cada 12 horas y metronidazol 500 mg cada 8 horas, de inicio por vía parenteral y luego por vía oral, en el resto de pacientes se empleo la asociación cloranfenicol – gentamicina lo que difiere de lo hallado por

Manzaneda [31], debido a que en los últimos ocho años se a preferido la primera dupla antibiotica mencionada.

En nuestro estudio encontramos 15 casos de complicaciones (17 por ciento), con mayor frecuencia la Infección de herida operatoria (10.22%) y la fístulas biliocutánea (4.55%) no muy diferentes a los otros estudios de vías biliares [29,30,31].

Escudero-Fabre et al. en el seguimiento a largo plazo (mayor a 5 años) que le realizaron a 71 pacientes sometidos a coledocoduodenostomía, encontraron que la colangitis que se presento en 3 pacientes, se relacionó con el menor tamaño del colédoco. Su morbilidad fue de 28%, pero 11% de esta fue por infección de la herida quirúrgica, las complicaciones directamente relacionadas con la técnica quirúrgica solo fueron de 1.4% [20].

Panis et al. en el único estudio prospectivo randomizado comparativo de 130 pacientes entre CD y CY, encontró que la colangitis o cualquier episodio aislado no explicado de dolor en HCD, fiebre o ictericia, ocurrió en 10.3% y 11.3% respectivamente; el síndrome de sumidero ocurrió en 3 pacientes del grupo de CD, hubo más estenosis aunque no significativo en el grupo de CY en proporción 3:1. La infección de la herida quirúrgica fue igual en ambos grupos 11 vs 11 pacientes. Por tal motivo concluyen que el procedimiento de elección es la CD por las causas mencionadas [32]

Dos pacientes fueron sometidos a relaparotomía, uno de ellos por Dehiscencia de anastomosis y el otro por presentar una fístula biliocutánea de alto débito que posteriormente hizo shock séptico, requiriendo rápida cirugía y posterior manejo en la Unidad de Cuidados Intensivos, y finalmente fallece, generando una mortalidad en el estudio de 1.14 por ciento. Molto et al. y Manzaneda señalan una mortalidad de 4.7% y 8% respectivamente.

Finalmente diremos que la patología quirúrgica biliar es una cirugía mayor de alta complejidad que requiere un manejo muy exhaustivo, minucioso y que exige del cirujano la mayor de las aptitudes técnico quirúrgicas y que la selección adecuada de los pacientes y el respeto de las pautas necesarias para cada técnica, permite obtener buenos resultados con las DBD

CONCLUSIONES

1.- Los datos consignados en la Historia Clínica, de los exámenes auxiliares laboratoriales y de diagnóstico por imágenes han sido insuficientes, colaborando poco en el estudio pre quirúrgico, de allí que la cirugía ha permitido el Diagnóstico definitivo en un 40 por ciento de casos.

2.- La causa más frecuente que obliga a Cirugía biliodigestiva es la patología inflamatoria, seguida por las neoplasias malignas periampulares, y en tercer lugar más lejanas están las iatrogénicas.

3.- La morbilidad postoperatoria es relativamente alta, sin embargo la mortalidad permanece baja.

BIBLIOGRAFÍA

Tetik C, Thompson DM, Arregui ME. Preoperative, Intraoperative and Postoperative Imaging Techniques for Diagnosis Leading to the Treatment of Common Bile Duct Stones. *Semin Laparosc Surg.* 1997; 4: 9 - 17.

Karam J, Roslyn JJ. Cholelithiasis and Cholecystectomy. Y Thompkins RK. Choledocolithiasis and Cholangitis. En *Maingot's Abdominal Operations*. Tenth edition, edited by Zinner MJ, Schwartz SI, Ellis H, Asley SW, McFadden DW. Appleton & Lange. Stamford. 1997. 1717 - 1738 y 1739 - 1753.

Csendes A, Burdiles P, Diaz JC. Present Role of Classic Open Choledocostomy in the Surgical Treatment of Patients with Common Bile Duct Stones. *World J Surg.* 1998; 22: 1167 - 1170.

Crist DW, Gadacz TR. Anatomy, Embryology, Congenital Anomalies, and Physiology of the Gallbladder and the Extrahepatic Biliary Ducts. En *Shackelford's SURGERY OF THE ALIMENTARY TRACT*. Forth edition, edited by Zuidema GD. W.B. Saunders Company. Philadelphia. 1996. 167 - 181.

Barkun AN et al. Useful Predictors of Bile Duct Stones in Patients Undergoing Laparoscopic Cholecystectomy. *Ann Surg.* 1994; 220: 32 - 39.

Abboud PA et al. Predictors of common bile duct stones prior to cholecystectomy: a meta-analysis. *Gastrointest Endosc.* 1996; 44: 450 - 459.

Alaya F. *Historia de la Cirugía en el Perú*. Lima: Ed Monterrico S.A. 1992)

- Baracco V. Táctica operatoria de las lesiones Quirúrgicas de las vías biliares, Acad. Per. Cir vol XI(2): 75 – 124, 1958.)
- Ko CW, Sekijima JH, Lee SP. Biliary Sludge. Ann Intern Med. 1999; 130: 301 - 311.
- Thistle JL. Pathophysiology of Bile Duct Stones. World J Surg. 1998; 22: 1114 - 1118.
- Donovan JM. Physical and Metabolic Factors in Gallstone Pathogenesis. Gastroenterol Clin North Am. 1999; 28: 75 - 93.
- Lu SC. Diseases of the Biliary Tree. En Textbook of Gastroenterology. Third edition, edited by Yamada T, Alpers DH, Laine L, Owyang C, Powell DW. Lippincot Williams & Wilkins. Philadelphia. 1999. 2281 - 2325.
- Saunders KD, Cates JA, Roslyn JJ. Pathogenesis of Gallstones. Surg Clin North Am. 1990; 70: 1197 - 1216.
- Orrego A. Tesis Doctoral Actitud quirúrgica ante la obstrucción de vías biliares 1994.
- Giurgiu DIN, Roslyn JJ. Calculous Biliary Disease. En SURGERY: SCIENTIFIC PRINCIPLES AND PRACTICE. Second edition, edited por Greenfield LJ, Mulholland MW, Oldham KT, Zelenack GB, Lillemoe KD. Lippincot - Raven Publishers, Philadelphia. 1997. 1033 - 1056.
- Csendes A et al. Prevalence of Common Bile Duct Stones according to the Increasing Number of Risk Factors Present. A Prospective Study Employing Routinely Intraoperative Cholangiography in 477 Cases. Hepatogastroenterology. 1998; 45: 1415 - 1421.
- Walsh RM, Hermann RE. The Conventional Management of Common Bile Duct Stones Before Laparoscopic Cholecystectomy. Semin Laparosc Surg. 1997; 4: 2 - 8.
- Zinner M, Schwart S, Ellis H. Maingot Operaciones Abdominales.T- II Ed. Panamericana. Argentina 1998; 1753-1759: 1701, 1661.
- Aretxabala X, Bahamondes JC. Choledocoduodenostomy for Common Bile Duct Stones. World J Surg. 1998; 22: 1171 - 1174.
- Escudero-Fabre A et al. Cholecocoduodenostomy. Analysis of 71 Cases Followed for 5 to 15 years. Ann Surg. 1991; 213: 635.
- Panis Y et al. Long Term results of Choledocoduodenostomy Versus Choledocojejunosotmy for Choledocolithiasis. Surg Gynecol Obstet.1993; 176:33.
- Kraus MA, Wilson SD. Choledocoduodenostomy. Importance of Common Duct Size and Occurrence of Cholangitis. Arch Surg. 1980; 115: 1212 - 1213.
- Rhodes M, Nathason L. Laparoscopic Choeldocoduodenostomy. Surg Laparosc Endosc. 1996; 6: 318 - 321.
- Garbuz AT, Watson D, Fenoglio ME. Laparoscopic Choledocoduodenostomy. Am Surg. 1999; 65: 212 – 215
- Franklin ME, Balli JE. Laparoscopic Common Bile Duct Bypass Procedures. Semin Laparosc Surg. 1997; 4: 48 - 53.
- Nyhus LI, Baker R, Fischer J. El dominio de la Cirugía 3ra Ed. Editorial Panamericana Argentina 1999. Pg. 1210, 1237
- Moltó M; García Marcilla JA y col. Anastomosis biliodigestivas con sutura continua monopiano con material monofilamento reabsorbible, (poligluconato), en una serie de

- 107 pacientes Servicio de Cirugía (Dr. JL. Vázquez). Hospital de la Vega Baja. Orihuela. (Alicante) Nov.2000.
- Paredes Paz, Taly Catheryn. Tesis: Evaluación de la colecistitis aguda y sus complicaciones Lima 1994.
- Tola Rivera, Juan Carlos. Tesis: Derivaciones bilio digestivas en el HNCH estudio de una década (1981-1990)/ Lima: s.n, 1993. 62 PE1.1; TB-UPCH, WI750, T68
- Machón Oré, Aníbal Tesis: Presentación clínica, manejo quirúrgico y complicaciones de la coledocolitiasis Lima: 1994. PE1.1; TB-UPCH, WI755, M1
- Manzaceda Peralta Martin Tesis: derivaciones biliodigestivas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión Mayo 1990 a Mayo 1995. Lima 1995 UNMSM.
- Llanos Rivero, Pedro Rodolfo Jesús. Tesis: Estudio retrospectivo en pacientes con litiasis de vías biliares tratados en el Servicio de Cirugía H-3 del Hospital Dos de Mayo entre los años 1983 y 1987 Lima: s.n, 1988. 47 h. PE1.1; TB-UPCH, WI755, LL3
- Gonzales Piri R Tesis: Cuadro clínico, manejo y evolución de pacientes con colangitis aguda en el Hospital Arzobispo Loayza entre 1988 y 1992. Lima 1993 PE1.1; TB-UPCH, WI750, G69
- Valdivia Núñez, Enrique Sergio. Tesis: Cirugía laparoscópica: evaluación de las primeras 200 colecistomias laparoscópicas en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Lima: s.n, 1994. 81 h. PE1.1; TB-UPCH, WI575, V18
- Quintero L. Derivaciones de Va Biliar. Hospital San Juan de Dios Cali - Universidad del Valle Colombia 1993.
- Quintero L, Florez G. Vias biliares quiste del coledoco - diagnostico y manejo quirurgico Hospital Universitario del Valle - Universidad del Valle, Cali Colombia 1994
- Quintero L.; Habich D.,Guerrero R. La Coledocolitiasis - Un Reto Vigente Hospital San Juan De Dios - Universidad Del Valle Cali - Colombia 1994.
- Kim KH et al. prediction of Common Bile Duct Stones. Its Validation in Laparoscopic Cholecystectomy. Hepatogastroenterology. 1997; 44: 1574 - 1579.
- Hammarstrom LE, Ranstam J. Factors Predictive of Bile Duct Stones in Patients with Acute Calculous Cholecystitis. Dig Surg. 1998; 15: 323 - 327.
- Prat F et al. Prediction of Common Bile Duct Stones by Noninvasive Tests. Ann Surg. 1999; 229: 362 - 368.
- Hunt DR, Petter L, Scott AJ. Pre-Operative Ultrasound Measurement of Bile Duct Diameter: Basis for Selective Cholangiography. Aust N Z J Surg. 1990; 60:189-192.
- Pasamen P et al. Ultrasonography, CT and ERCP in the Diagnosis of Choledochal Stones. Acta Radiol. 1992; 33: 53 - 56.
- Huddy SPJ, Southam JA. Is intravenous cholangiography an alternative to the routine per-operative cholangiogram?. Postgrad Med J. 1989; 65: 896 - 899.
- Lindsey I, Nottle PD, Sacharias N. Preoperative Screening for Common Bile Duct Stones with infusión Cholangiography. Ann Surg. 1997; 226: 174 - 178.
- Sajjad Z et al. Biliary imaging by spiral CT cholangiography - a reereospective analysis. Br J Radiol. 1999; 72: 149 - 152.

- Palazzo L et al. Value of endoscopic ultrasonography in the diagnosis of common bile duct stones: comparison with surgical exploration and ERCP. *Gastrointest Endosc.* 1995; 42: 225 - 231.
- Prat F et al. Prospective controlled study of endoscopic ultrasonography and endoscopic retrograde cholangiography in patients with suspected common - bileduct lithiasis. *Lancet.* 1996; 347: 75 - 79.
- de Ledinghen V et al. Diagnosis of choledocolithiasis: EUS or magnetic resonance cholangiography? A prospective controlled study. *Gastrointest Endosc.* 1999; 49: 26 - 31.
- Soto JA et al. Magnetic Resonance Cholangiography: Comparison with Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. *Gastroenterology.* 1996; 110: 589 - 597.
- Zidi SH et al. Use of Magnetic resonance cholangiography in the diagnosis of choledocolithiasis: prospective comparison with a reference imaging method. *Gut.* 1999; 44: 118 - 122.
- Teefey SA et al. Imaging of the Common Bile Duct During Laparoscopic Cholecystectomy: Sonography versus Videofluoroscopic Cholangiography. *AJR.* 1995; 165: 847 - 851.
- OhtamiT et al. Intraoperative Ultrasonography Versus Cholangiography During Laparoscopic Cholecystectomy: A Prospective Comparative Study. *J Am Coll Surg.* 1997; 185: 274 - 282.
- Catheline J-M et al. Evaluation of the Biliary Tree During Laparoscopic Cholecystectomy. Laparoscopic Ultrasound versus Intraoperative Cholangiography: A Prospective Study of 150 Cases. *Surg Laparosc Endosc.* 1998; 8: 85 - 91.
- Siperstein A et al. Comparison of laparoscopic ultrasonography and fluorocholangiography in 300 patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 1999; 13: 113 - 117.
- MacFadyen BV Jr, Passi RB. The Role of Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography in the Era of Laparoscopic Cholecystectomy. *Semin Laparosc Surg.* 1997; 4: 18 - 22.
- Sugiyama M, Atomi Y. Follw-up of more than 10 years after endoscopic sphincterotomy for choledocolithiasis in toung patients. *Br J Surg.* 1998; 85: 917 - 921.
- Geron N et al. The role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the laparoscopic era. *Surg Endosc.* 1999; 13: 452 - 456.
- Seitz V et al. Advances in the Therapeutic Endoscopic Treatment of Common Bile Duct Stones. *World J Surg.* 1998; 22: 1133 - 1144.

ANEXOS

Anexo N° 1

FICHA DE DATOS DE PACIENTES CON DBD.

- 1.- Nro DE FICHA: /_____/
- 2.- HC:.....
- 3.- NOMBRES:.....
- 4.- APELLIDOS:.....
- 5.- EDAD: /_____/
 - 1)15 a 30
 - 2)31 a 50
 - 3) 51 a 70
 - 4) > de 70
- 6.- SEXO: FM
- 7.- GRADO DE INSTRUCCIÓN: /_____/
 - 1) analfabeto

2) Primaria

3) Secundaria

4) Superior

8.- Tiempo de Enfermedad: _____

9.- SIGNOS Y SINTOMAS: (marque con un aspa si presento)

Dolor abdominal: /___/

Náuseas: /___/

Vómitos: /___/

Fiebre: /___/

Ictericia: /___/

Escalofríos: /___/

Diarrea: /___/

Distensión abdominal: /___/

Signo de Murphy (+): /___/

Signo de Rebote (+): /___/

Otro: _____

10.- Ex Auxiliares: Ecografía: /S/ /N/Que concluye como

Dx.: _____

Hemograma: Normal: /S/ /N/Anormal: /S/ /N/

Perfil Hepático:.....

11.- Fecha de Operación: ____/____/____

12.- Dx PreOP: /___/

1) Colecistitis aguda

2) Colecistitis crónica calc

3) Colangitis

4) NM de vías biliares

5) NM de vesicula biliar.

6) Ictericia Obstructiva

7) Coledocolitiasis

8) Otro.....Cuál: _____

13.- Dx. Post OP: /_____/

14.- Indicación de la Derivación: /___/

1) Coledocolitiasis

2) Estenosis de VB.

-
- 3) Iatrogenica
- 4) NM de VB
- 5) NM de Vesícula
- 6) Coledocolitiasis
- 7) Otro. Cuál: _____
- 15.- Tipo de derivación: / ____ /
- 1) Coledocoduodenal
- 2) Coledocoyeyunal en Omega
- 3) Coledocoyeyunal en Y de Roux.
- 4) Otro. Cual: _____
- 16.- Tamaño del Colédoco: / ____ /
- 1) < 1 cm
- 2) 1 a 2 cm
- 3) > 2 cm
- 17.- Tiempo operatorio: / ____ /
- 1) < 2 hora
- 2) 2-3 horas
- 3) > 3 horas
- 18.- Complicaciones: / ____ /
- 1) Infección de H.O
- 2) Absceso intraabd.
- 3) Dehiscencia de anastomosis
- 4) Fístula
- 5) Muerte
- 6) Otra Cuál: _____
- 19.- Tipo de cirugía: Emergencia: / ____ / Programada: / ____ /
- 20.- Relaparotomía: /S/ – /N/ Fecha: ____ / ____ / ____
- Porque: _____
- 21.- Tiempo de Hospitalización: / ____ / días.
- 22.- Tipo de alta: / ____ /
- 1) Médica
- 2) Transferencia
- 3) Voluntaria
- 4) Muerte
-

