

86 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA"
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI**

**INDICACION DE COLANGIOPANCREATOGRAFIA
ENDOSCOPICA RETROGRADA POSTERIOR A
COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA**

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE LA
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A
ENRIQUE MONTES JORDAN**



IMSS

MEXICO, D. F.

200212

200



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.

Agradecimiento.....

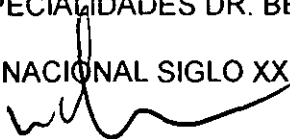
A mis padres
Por el apoyo incondicional
Que sin el no podría haber logrado
Mis objetivos

A mi esposa
Por estar siempre a
Mi lado y apoyarme

AUTORES

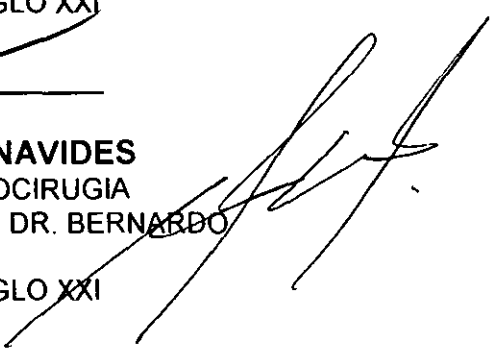
DR. NIELS WACHER RODARTE

JEFE DE DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



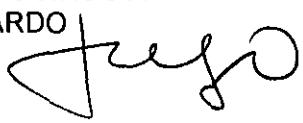
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



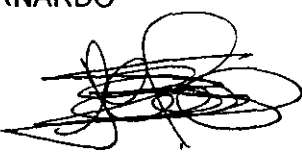
DR. JOSE LUIS MARTINEZ ORDAZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



DR. ENRIQUE MONTES JORDAN

RESIDENTE DEL CUARTO AÑO DE CIRUGÍA GENERAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO
SEPÚLVEDA
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI



INDICE

I. RESUMEN	5
II. ANTECEDENTES	6
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
IV. OBJETIVOS	11
V. MATERIAL PACIENTES Y METODOS	12
VI. RESULTADOS	13
VII. CONCLUSIONES	15
VIII. GRAFICOS	16
IX. BIBLIOGRAFÍA	21

I. RESUMEN

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica en el período comprendido entre agosto de 1996 a agosto de 1998, se revisaron un total de 337 expedientes, analizándose las causas de conversión, complicaciones postquirúrgicas, pacientes que en el postoperatorio ameritaron CPRE, los hallazgos del estudio y el tratamiento realizado en estos pacientes.

Los resultados fueron: 28 pacientes (8.31%), ameritaron conversión del procedimiento, presentaron complicaciones postquirúrgicas 7 pacientes (2.0.8%); 16 pacientes (4.75%) ameritaron CPRE. Las causas de conversión fueron: sangrado en 8 pacientes (2.37%), dificultad técnica 13 pacientes (3.56%), lesión de vía biliar un paciente (0.30%), lesión de colon un paciente (0.30%), otros cinco pacientes (1.48%). Las complicaciones postquirúrgicas fueron: hemoperitoneo 4 (1.19%), biliperitoneo 1 (0.30%), infección de la herida quirúrgica 2 (0.59%). Los pacientes que ameritaron CPRE los hallazgos fueron: coledocolitiasis residual 6 (1.78%), estudio normal 4 (1.19%), dehiscencia de cístico 3 (0.89%), lesión de vía biliar 2 (0.59%) y divertículo periduodenal 1 (0.30%). Tratamiento realizado retiro de cálculos por endoscopia 6 (1.78%), esfinterotomía 5 (1.48%), esfinterotomía más colocación de endoprótesis 4 (1.19%), colocación de endoprótesis 1 (0.30%).

Se concluye que la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección para patología quirúrgica de vesícula biliar, la mortalidad y morbilidad son mínimas, las complicaciones son diagnosticadas en forma definitiva mediante

CPRE y el tratamiento se puede llevar a cabo en el mismo evento con éxito del 98%, con un mínimo de morbilidad.

II. ANTECEDENTES

Ninguna operación ha irrumpido en forma tan explosiva en la escena quirúrgica como la colecistectomía laparoscópica. Esta operación en muy poco tiempo se ha convertido en el estándar de oro de las operaciones para las enfermedades de la vesícula biliar.

HISTORIA

La primera colecistectomía fue realizada en Julio 15 de 1882 por Langenbuch en Berlín. El paciente se recuperó tan bien que fumó un cigarro al día siguiente de la operación, camino al día 12 y fue dado de alta a las seis semanas posterior a la cirugía. La primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por Muhe en 1985, la primera colecistectomía laparoscópica registrada en la bibliografía médica fue realizada en Marzo de 1987 por Mouret en Lyon, Francia. En los 5 años posteriores la colecistectomía laparoscópica superó a la convencional como procedimiento de elección para las enfermedades quirúrgicas de la vesícula biliar.(1)

INDICACIONES

Las indicaciones para la colecistectomía laparoscópica son similares a la convencional e incluyen a los pacientes.

Con cálculos biliares sintomáticos, asintomáticos, discinesia biliar, pólipos vesiculares mayores de 1 cm, colecistitis aguda, colecistitis

alitiásica, pancreatitis de origen biliar.(2)A medida que ha aumentado la experiencia con esta tecnología han evolucionado las recomendaciones relativas a las contraindicaciones para la colecistectomía laparoscópica. Las contraindicaciones absolutas incluyen la incapacidad para llevar a cabo el procedimiento por un equipo sin entrenamiento adecuado, equipo insuficiente.

Factores del paciente que contribuyen a la condición como mal candidato para la anestesia general, coagulopatía incorregible, peritonitis o sospecha de carcinoma de vesícula biliar. En todos los pacientes los estudios preoperatorios incluyen una ecografía de la vesícula biliar y del colédoco y pruebas de función hepática.(3)

EQUIPO

El equipo que se requiere se puede agrupar en tres categorías:

- 1.- Equipo de vídeo
- 2.- Instrumentos Laparoscópicos
- 3.- Fuentes de energía (4)

Desde 1987 la cirugía laparoscópica ha ganado una gran aceptación siendo la preferida para el manejo de la colecistitis sintomática.(5) En los pacientes que se someten a una intervención electiva la tasa de conversión a cirugía a cielo abierto es de 3 a 7 % Esta cifra se eleva a 20 a 35 % en casos de colecistitis aguda, las complicaciones ocurren en el 1 a 5 % de los pacientes.(6)

Se considera que todos los pacientes con cálculos en la vesícula biliar aproximadamente el 11% de estos tienen cálculos en la vía biliar en el momento de la operación esta cifra aumenta al 18 % en los pacientes de mas edad que han tenido cálculos en la vesícula por periodos mas prolongados.(7) Entre el 5 a 7 % de los cálculos coledocianos encontrados en el momento de la

cirugía no fueron sospechados durante la evaluación preoperatoria y se descubren mediante colangiografía transcística en la cirugía, cuando este estudio se lleva a cabo.(8)

Los problemas posteriores a la cirugía laparoscópica están relacionados con la presencia de cálculos residuales en colédoco, lesión de la vía biliar, dehiscencia del muñón cístico y estenosis papilar, los pacientes generalmente se presentan con dolor localizado en cuadrante superior derecho y alteraciones en las pruebas de función hepática. En estos pacientes tanto el diagnóstico y manejo de estas complicaciones se realizan mediante la realización de Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CEPRE).(9) Se ha comunicado una tasa de éxito de hasta 95 % con este procedimiento con una mortalidad de 0 a 1.3 % y morbilidad de 6.5 a 8.5 % con este procedimiento.(10)

Anualmente en Estado Unidos se realizan aproximadamente 500,000 colecistectomías de estas el 85% son realizadas por vía laparoscópica.(11) El riesgo de complicaciones va de 2.5 a 4 % que incluyen lesiones de vía biliar, coledocolitiasis residual, como las más importantes.(12) En este punto es donde se encuentra la discusión de realizar CEPRE antes o después de la colecistectomía laparoscópica, algunos autores indican la CEPRE de rutina no justifica su costo beneficio y debe ser reservada para pacientes con complicaciones postoperatorias o con alta sospecha de coledocolitiasis preoperatoria.(13) La decisión de realizar la CEPRE pre o post quirúrgica es difícil porque los métodos de diagnóstico no son exactos tanto radiológicos como exámenes preoperatorios.(14) Además la mayoría de los pacientes con coledocolitiasis ocurre en pacientes con pruebas de función hepática normales.(15)

La incidencia de lesión de la vía biliar en colecistectomías laparoscópica es de aproximadamente 0.6 %.(16) Muchos factores contribuyen a este problema, como ser, excesiva tracción de la vesícula biliar, devascularización de la parte distal del colédoco, experiencia del cirujano, factores locales de la cirugía que incluyen; inflamación, obesidad, hemorragia, profundidad de la disección, problemas del equipo como falla del electrocauterio, falla de los clips.(17) Las complicaciones de la cirugía laparoscópica son

diagnosticadas y tratadas satisfactoriamente mediante la realización de CEPRE, con tasas de éxito de hasta 95 %. (18)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Determinar cuales son las principales indicaciones para la realización de Colangiopancreatografía endoscópica retrograda en los pacientes que previamente fueron sometidos a la realización de colecistectomía laparoscópica.

IV. OBJETIVOS

Determinar cual es la principal complicación posterior a la colecistectomía laparoscópica y la utilidad de la CEPRE como medio de diagnóstico y tratamiento.

V. MATERIAL PACIENTES Y METODOS

Sé revisaron expedientes clínicos entre el periodo de Agosto de 1996 a Agosto de 1998, de los pacientes sometidos a Colectectomía laparoscópica en el Hospital General Regional No 1 Gabriel Mancera. Sé revisaron un total de 337 expedientes durante este periodo; Un total de 16 (4.7%) pacientes ameritaron la realización de Colangiopancreatografía endoscópica retrograda (CPRE), por presentar síntomas posterior a la realización de la Colectectomía, en estos pacientes se revisó la causa que ameritó la realización de CPRE, los diagnósticos posterior a la misma y los tratamientos realizados ya sea quirúrgico, endoscópico o radiológico. Los reportes de la colectectomía laparoscópica fueron tomados de las notas quirúrgicas de los expedientes, reportados, como sin complicaciones, causa de conversión de la cirugía laparoscópica a abierta, tiempo quirúrgico de la cirugía. Los signos y síntomas mas frecuentes de los pacientes que ameritaron CPRE fueron dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, nauseas ,vómitos e ictericia.

VI. RESULTADOS

De los 337 pacientes a quienes se realizó Colectomía Laparoscópica, 293 fueron de sexo femenino y 44 masculino, con edades que van desde 21 a 81 años, tiempo quirúrgico del procedimiento de 20 minutos a 360 minutos, se convirtieron a cirugía abierta un total de 28 pacientes (8.31%), las causas de conversión fueron Dificultad Técnica 13 (3.86%) pacientes, sangrado 8 (2.37%) , lesión de Colon 1 (0.30%), lesión de vía biliar 1 (0.30%) ,otros 5 (1.4%). Las complicaciones postquirúrgicas se presentaron en 7 pacientes (2.08%) , de los cuales fueron Hemoperitoneo 4 (1.19%) , infección de la herida quirúrgica 2 (0.59%) , y Biliperitoneo en 1 (0.30%). Los pacientes que no presentaron complicaciones fueron dados de alta a las 24 horas con cita para retiro de puntos en 8 días y control en consulta externa en 15 días . De los 337 pacientes 16 (4.75%) ameritaron la realización de CPRE , por presentar síntomas posterior a la cirugía , los hallazgos de este estudio fueron los siguientes: Coledocolitiasis Residual en 6 (1.78%) , Estudio Normal en 4 (1.19%) ,Dehiscencia de conducto cístico 3 (0.89%) y lesión de la vía biliar en 2 (0.59%), Divertículo periduodenal en uno (0.30%). Estos pacientes se presentaron en el servicio de Urgencias o en consulta externa con dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos e ictericia por lo que ameritaron la realización de CPRE.

El tratamiento realizado a estos pacientes fue: Retiro de cálculos residuales por vía endoscópica a 6 pacientes (1.78%) , colocación de endoprótesis a 1 (0.30%), esfinterotomía a 5 (1.48%) , Esfinterotomía mas endoprótesis a 4 (1.19%) un solo paciente ameritó realización de drenaje guiado por USG , no se reporto ningún paciente que ameritara nueva intervención quirúrgica por no poder realizar el tratamiento por vía endoscópica. Las complicaciones posteriores a la CPRE fue pancreatitis en dos pacientes, no se reportaron otras complicaciones durante el procedimiento y controles de endoprótesis.

RESULTADOS

CAUSAS DE CONVERSION	28 (8.31%)
COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS	7 (2.08%)
PACIENTES QUE AMERITARON CPRE	16 (4.75%)

CAUSAS DE CONVERSION

Sangrado	8 (2.37%)
Dificultad Técnica	13 (3.86%)
Lesión de vía biliar	1(0.30%)
Lesión de Colon	1(0.30%)
Otros	5(1.48%)

COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS

Hemoperitoneo	4 (1.19%)
Biliperitoneo	1 (0.30%)
Infección de herida quirúrgica	2 (0.59%)

PACIENTES QUE AMERITARON CPRE

Coledocolitiasis Residual	6 (1.78%)
Estudio Normal	4 (1.19%)
Dehiscencia de Cístico	3 (0.89%)
Lesión de vía Biliar	2 (0.59%)
Divertículo periduodenal	1 (0.30%)

TRATAMIENTO REALIZADO

Retiro de Cálculos por Endoscopia	6 (1.78%)
Esfinterotomía	5 (1.48%)
Esfinterotomía mas endoprotesis	4 (1.19%)
Colocacion de endoprotesis	1 (0.30%)

VII. CONCLUSIONES

Desde que se realizó la primera colecistectomía laparoscópica por Muhe en 1985, perfeccionando posteriormente la técnica por Dubois en 1988, la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección para las enfermedades quirúrgicas de la vesícula biliar. Las complicaciones para este procedimiento son cada vez menos y son los pacientes no aptos para la anestesia general, la preparación preoperatoria es similar a la colecistectomía convencional.

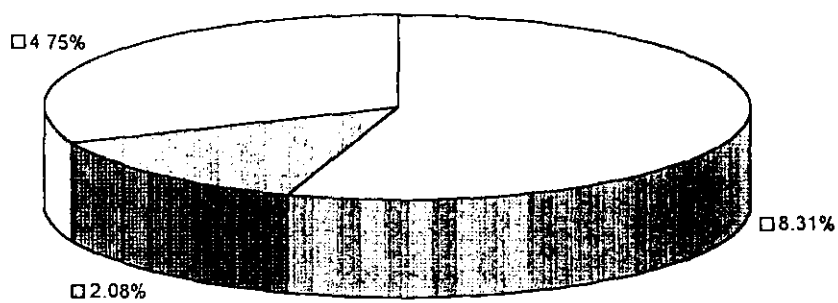
La mortalidad por colecistectomía laparoscópica es de 0 a 1.5%, las complicaciones se producen en cerca del 5% de los pacientes. Y han sido menos frecuentes las complicaciones con relación a la infección de la herida quirúrgica, que disminuye de 0.3 a 1%, complicaciones pulmonares menores a 0.5%.

La preocupación primaria en relación con la morbilidad de la colecistectomía laparoscópica se relaciona con el riesgo de lesión de la vía biliar, se considera que es más frecuente la fuga biliar que puede dar lugar como resultado la formación de bilioma, ascitis biliar, peritonitis o fístula biliar. Se informa retención de cálculos en vías biliares de 0.7 a 1%, la complicación más anunciada es la lesión de la vía biliar, la incidencia se aproxima de 0.5 a 1%, y está en relación directa con la experiencia del cirujano. El sangrado y la dificultad técnica son las complicaciones más frecuentes de la colecistectomía laparoscópica.

La CPRE, es el estudio de mayor utilidad para el diagnóstico definitivo de las complicaciones postquirúrgicas, la CPRE identifica la retención de cálculos, estrecheces, fuga de bilis desde el muñón cístico, además de la identificación del problema, se puede realizar el tratamiento en el mismo evento con éxito aproximado de 98%. Siendo la CPRE el medio más adecuado de diagnóstico y posterior tratamiento de las complicaciones postquirúrgicas de la colecistectomía laparoscópica con una mortalidad y morbilidad casi nulas.

VIII. GRAFICOS

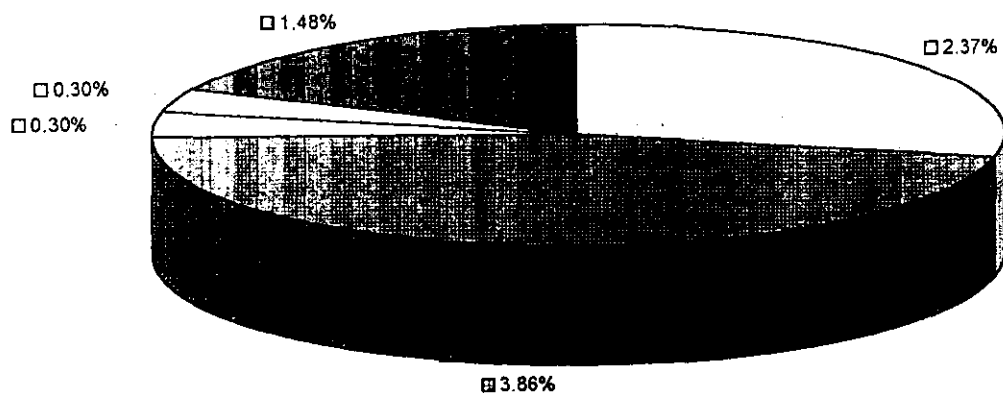
GRAFICO 1



□ CAUSAS DE CONVERSION
□ COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS
□ PACIENTES QUE AMERITARON CPRE

GRAFICO 2

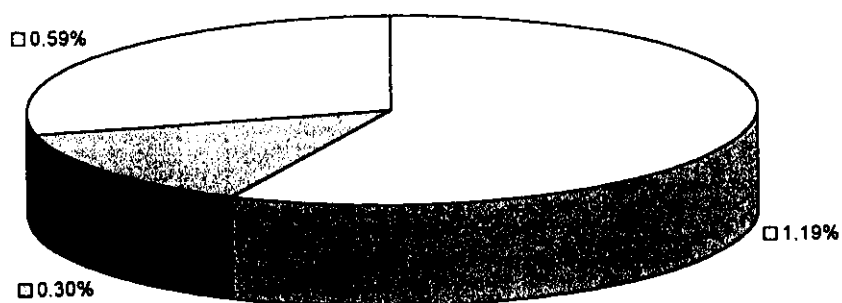
CAUSAS DE CONVERSION



- SANGRADO
- DIFICULTAD TECNICA
- LESION DE VIA BILIAR
- LESION DE COLON
- OTROS

GRAFICO 3

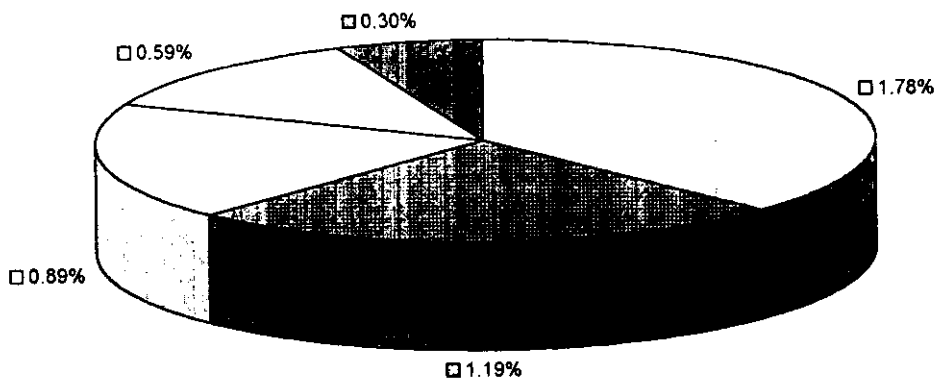
COMPLICACIONES POSTQUIRURGICAS



□	HEMOPERITONEO
□	BILIPERITONEO
□	INFECCION DE HERIDA QUIRURGICA

GRAFICO 4

PACIENTES QUE AMERITARON CPRE

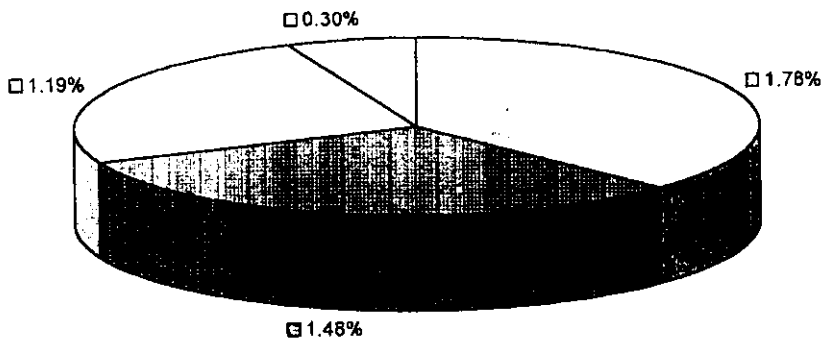


- COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL
- ESTUDIO NORMAL
- DEHISCENCIA DE CISTICO
- LESION DE VIA BILIAR
- DIVERTICULO PERIDUODENAL

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

GRAFICO 5

TRATAMIENTO REALIZADO



- RETIRO DE CALCULOS POR ENDOSCOPIA
- ESFINTEROTOMÍA
- ESFINTEROTOMÍA MAS ENDOPROTESIS
- COLOCACION DE ENDOPROTESIS

IX. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Michael J. Zinner, Seymour I. Schwart. Harold Ellis.
Maingot, Operaciones Abdominales, Décima Edición
Panamericana 1998: 1741
- 2.- Mc Kernan J.B. Laparoscopic Cholecystectomy
Am Surg.1991;57: 311- 312
- 3.- Schimer B.D. Edge, SB Laparoscopic Cholecystectomy treatment
of choice for sintomatic colelithiasis.
Ann Surg. 1991 ;213 : 665-669
- 4.- Mc Anena O.J. Willison. Diathermy laparoscopy Surgery.
Br J. Surg. 1993; 80 : 1094-1096
- 5.- Scott MG. Grham. Laparoscopic Cholecystectomy and common
bile duct stones.
Ann Surg 1993;218: 6164-70
- 6.- Southern Surgeons Club. A Prospective Analysis of 1518
laparoscopic Cholecystectomy .
New England journal Med. 1991; 324:1073
- 7.- Kakos GS et al. Operative Cholangiography during
Cholecystectomy
Arch Surgery 1972;104:484-488
- 8.- Shirley EH. Operative Cholangiography
Am. J. Surg: 1990;159:380
- 9.- L. William Trverso MD. Endoscopic Retrograde Cholangiography
after laparoscopic cholecystectomy
Am J, Surg. 1993;165: 581
- 10.-Michael V. Sivak. Endoscopic Management of Bile duct Stones
Am. J. Surg. 1989;158:228-240

- 11.-Sawyer JL. Current status of conventional(open) cholecystectomy versus laparoscopic cholecystectomy.
Ann Surg. 1989;158:228-240
- 12.- Charles F. Gholson. Suspected biliary complications after laparoscopic and open cholecystectomy leading to endoscopic cholangiography a retrospective comparison.
Digestive Disease and Sciences. 1998;43:534-539
- 13.- Ericson RA. Carlsons B. The Role of endoscopic retrograde cholangiography in patients with laparoscopic cholecystectomy.
Gastroenterology 1995;109:252-263
- 14.- Stain SC. Marsi LC. Laparoscopic Cholecystectomy laboratory predictors of choledocolithiasis.
Ann Surg 1994 0:767-771
- 15.- Goldman DE Gholson CF. Choledocolithiasis en patients with normal liver enzymes.
Dig.Dis.Sci. 1995;40:1065-1068
- 16.- Deziel DS. Millikan KW. Complications of laparoscopic cholecystectomy.
Am J. Surg. 1993;165:9-14
- 17.- Daridoff AM. Pappas TN. Mechanism of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy.
Ann Surg. 1992;215:196-202
- 18.- Jnui H. Kwon AH: Managing bile duct injury during and after laparoscopic cholecystectomy.
Journal of Hepatobiliary pancreatic Surgery 1998; 5: 445-449