Universidad de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

E S T U D I O

Clínico - Patológico y Radiológico del Drenaje del Colédoco

REVISION DE 100 CASOS

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas

P O R

HECTOR EFRAIN ENRIQUEZ IBARRA

Ex-interno por oposición de la Consulta Externa del Hospital General en las Clínicas de: Cirugía General, Medicina General, Oftalmología y Otorrino-Laringología. Ex-interno por Oposición de Anestesista del Servicio de Emergencia del Hospital General. Ex-interno por oposición en el Hospital General de los Servicios de: 4a. Medicina de Hombres, 3a. Cirugía de Mujeres Sec. "B" y en la 2a. Cirugía de Mujeres. Ex-Asistente y Residente por oposición del Servicio de Emergencia de Adultos del Hospital General. Ex-Directivo (Pro-secretario) de la A.E.M. 1954. Ex-Secretario de la Asociación "Juventud Médica" 1956-57. Ex-Tesorero de la "Asociación de Internos del Hospital General" 1057-58.

En el Acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1958.

PLAN DE TESIS:

PRIMERA PARTE:

Introducción
Materiales y Métodos.

SEGUNDA PARTE:

Análisis de los 100 Casos.

TERCERA PARTE:

Consideraciones del tema en general y discusión.

CUARTA PARTE:

Conclusiones.

QUINTA PARTE:

Bibliografía.

PRIMERA PARTE.

INTRODUCCION:

No pretendo ser original con la presentación de este trabajo, pero me sentiría muy satisfecho si con los estudios que expondré, llenaran en una forma más o menos general los conceptos del problema de drenaje de las vías biliares, de sus indicaciones, de sus cuidados post-operatorios y de los exámenes que complementan en forma general e indispensable este capítulo apasionante de la Cirugía Biliar.

El estudio se ha hecho especialmente con el objeto de determinar en nuestro medio, la relación de la Litiasis Vesicular con la patología del Hepato-colédoco.

No cabe la menor duda del notorio adelanto que la Cirugía de vías biliares ha alcanzado en estos últimos años en nuestro medio Hospitalario, y ha sido sin duda por el esfuerzo que han puesto nuestros cirujanos en mantener el nivel quirúrgico a la altura de las experiencias mundiales, para poder ofrecer a nuestros enfermos las más amplias garantías de éxito. Una muestra de ello han sido los múltiples trabajos que del tema se han presentado, de los estudios estadísticos, etc., para el mejor conocimiento y divulgación entre nuestros médicos y cirujanos.

El conocimiento más a fondo de la Patología de las vías biliares, ha hecho que el drenaje de las mismas encuentre indicaciones más claras, oportunas y precisas, que el éxito de curación sea más alto, que la mortalidad sea mínima, y que la morbilidad baje lo más que sea posible.

MATERIALES Y METODOS

El material para el presente trabajo se tomó de la 2a. Sala de Cirugía de Mujeres del Hospital General de Guatemala. Se estudiaron 116 casos de Coledocostomía, de los cuales se analizaron y tabularon 100, dado que sus historias clínicas se encontraron más completas. El estudio fué hecho desde el punto de vista: 1) Clínico Patológico; 2) Radiológico; y 3) Quirúrgico.

Se revisaron trabajos relacionados con el tema, presentados por autores extranjeros en la S.G.O. en el lapso de tiempo comprendido del año 1945 a 1958, así como también libros de autores de renombre conocido.

Simultáneamente en mi análisis incluyo Radiografías y Fotografías para hacer más demostrativos los casos.

SEGUNDA PARTE.

ANALISIS DE 100 CASOS DE COLEDOCOSTOMIA.

Todas estas observaciones, tomadas de la 2a. Sala de Cirugía de Mujeres del Hospital General, se encuentran comprendidas en un lapso de tiempo que va del año 1950, al mes de Agosto de 1958.

Al concluir la revisión de todas las Historias Clínicas, lo primero que me llamó la atención fué el número ascendente que ha tomado la Cirugía de vías biliares en los últimos años en nuestro medio hospitalario, ya que las operaciones practicadas fueron mínimas por decirlo así, durante los años 1950 y 51, tomando auge a partir de los años 1954 y 1955.

Adjunto a mi análisis los cuadros sinópticos correspondientes, siguiendo el orden que en ellos expreso. Para mejor orden y comprensión he subdividido mi estudio en cuatro partes:

1) Estudio Clínico del enfermo.
2) Estudio de Laboratorio y Radiológico.
3) Estudio Quirúrgico.
4) Estudio del paciente en el Post-operatorio.

ANALISIS DE 100 CASOS:

I) ESTUDIO CLINICO PATOLOGICO:

EDAD: Considerando la frecuencia por décadas, tenemos los siguientes porcentajes:

De	0	a	10	años	. . . . .	0%
"	11	a	20	"	. . . . .	3%
"	21	a	30	"	. . . . .	25%
"	31	a	40	"	. . . . .	28%
"	41	a	50	"	. . . . .	17%
"	51	a	60	"	. . . . .	21%
"	61	a	70	"	. . . . .	5%
"	71	a	80	"	. . . . .	1%
				Total	. . . . .	100%

Según el cuadro anterior la edad más frecuente es la comprendida entre los 31 a los 40 años, ocupando el segundo lugar de los 21 a los 30 años, y en tercero de los 51 a los 60 años.

De nuestros casos tenemos una edad mínima de 17 años, y una edad máxima de 74 años.

SEXO: No pudo ser analizado por tratarse de 100 casos del sexo femenino.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS COLICOS:

Nuestras enfermas analizadas presentaron límites de tiempo muy variables en la evolución de su enfermedad, como se puede ver en el cuadro siguiente. El tiempo mínimo referido fué de 15 días y el tiempo máximo de 32 años.

De 0 a 1 año	35%
" 1 a 2 años	11%
" 2 a 3 "	16%
" 3 a 4 "	3%
" 4 a 5 "	6%
" más de 5 "	29%
Total	100%

Para mayor facilidad podemos dividir a nuestras pacientes en tres grupos:

A) En el primer año de evolución	35%
B) Con evolución de 1 a 3 años	27%
Sumados	62%
B) Con más de tres años de evolución	38%

SINTOMAS:

Representando los síntomas por orden de su frecuencia, según las anotaciones de las historias clínicas, tenemos los hallazgos siguientes:

1) Dolor en el Hipocondrio Derecho	en 91	casos	91%
2) Dolor en el Epigastrio	" 85	"	85%
3) Historia de fiebre	" 61	"	61%
4) Historia de Ictericia	" 51	"	51%

5) Historia de Escalofríos	" 40	"	
6) Historia de coluria	" 40	"	
7) Historia de Acolia	" 16	"	
8) Historia del prurito	" 15	"	

Trastornos Gastrointestinales referidos por los pacientes, de acuerdo con las anotaciones hechas en cada observación:

Náusea	en 90	casos
Vómitos	" 86	"
Intolerancia grasa	" 67	"
Anorexia	" 46	"
Constipación	" 33	"
Flatulencia	" 22	"
Diarrea	" 21	"
Pirosis	" 11	"
Otros:		
Pérdida de peso	" 14	"
Cefalea	" 6	"

HALLAZGOS POSITIVOS DURANTE EL EXAMEN FISICO: De acuerdo con las anotaciones clínicas hechas en el Servicio:

Fiebre	en 24	casos
Presencia de Ictericia	" 59	"
Murphy Positivo	" 70	"
Boas Positivo	" 22	"
Hepatomegalia	" 26	"
Vesícula B. palpable	" 16	"

II) ESTUDIO DE LABORATORIO Y RADIOLOGICO:

Leucocitosis	en 28 %	
Neutrofilia	" 60 %	
Eritrosedimentación elevada	" 71.8%	(sobre 96 exámenes)
Tiempo de Protrombina elevada	" 46.6%	(Sobre 15 exámenes)
Cefalina Colesterol Positiva más de dos cruces, resultado de 48 horas	" 38.4%	(sobre 65 exámenes) 21 casos.
Bilirrubinemia por en-		

cima de 1.5 mgs.%.. " 36.4% (sobre 90 exámenes)
Indice Ictérico elevado
(más de 15 U.).... " 48.3% (sobre 91 exámenes)

ESTUDIO RADIOLOGICO:

ANALISIS DE LOS COLECISTOGRAMAS PRACTICADOS:

Fueron practicados 84 Colecistogramas en total, los 16 restantes fueron contraindicados por las razones siguientes:

1) Por Ictericia franca e intensa . . . . . en 11 casos
2) Por colecistitis Aguda . . . . . " 2 "
3) Pacientes Colecistectomizados previamente.. " 3 "

Los colecistogramas fueron practicados a base especialmente del uso de Priodax, en una dósis media de 3 gramos, y solamente en un escaso número fué necesario recurrir a dósis de refuerzo o a doble dósis.

Los resultados de los Colecistogramas practicados se repartieron de la manera siguiente:

COLECISTOGRAMAS (84).

		Nº de casos	Porcentaje
1)	Vesícula Biliar Excluida	55	65.4%
2)	V. B. Excluida con sombras de cálculos en la región	6	7.1%
	Total de V. B. Excluidas . . .	71	72.5%
3)	V. B. Visible sin función, con cálculos	9 casos	10.7%
4)	V. B. Visible con función, con cálculos	6 "	7.1%
5)	V. B. Visible sin función y sin sombras sospechosas de cálculos	2 "	2.3%
6)	V. B. dudosa	4 "	4.7%
7)	V. B. Normal	2 "	2.3%
	Total	84 casos	99.6%

BILIGRAFINA:

Solamente fué posible practicarla en tres casos; una de las razones más importantes de su poco uso aún, ha sido el costo

relativamente alto para nuestros pacientes de Hospital.

Los resultados reportados fueron los siguientes:

1) Vías biliares dilatadas con sombras sospechosas de cálculos en el Colédoco . . . . . 2 casos
2) Normal o Negativa . . . . . 1 "

DIAGNOSTICOS PREOPERATORIOS REPORTADOS:

1)	Colecistitis Crónica Calculosa	45%
2)	Ictericia Obstructiva — Coledocolitiasis	35%
3)	Colecistitis Cr. en fase Aguda	7%
4)	Colecistitis Cr. fase sub-aguda	4%
5)	Litiasis residual del Colédoco	5%
6)	Ictericia Obstructiva por Ca. páncreas	2%
7)	Ca. vías biliares	1%
8)	Sindrome post-colecistectomía no bien definido	1%
	Total	100%

III) ESTUDIO QUIRURGICO:

1) Es muy importante mencionar que en el curso de 1951 a Agosto de 1958 (7 años con 8 meses), se practicaron 544 Colecistectomías, y de éstas se acompañaron con drenaje del Colédoco 90, lo que hace un porcentaje del 16.66 de Coledocostomías combinadas con Colecistectomías.
2) De las 100 Coledocostomías en estudio, 93 fueron primarias y 7 Secundarias o de Reintervenciones.
3) Al analizar los hallazgos patológicos encontrados en el Colédoco al practicar la Coledocostomía Primaria, notamos que de los 93 casos estudiados, y según se puede apreciar en la tabla C), 83 de ellos encontraron justificada su exploración, lo que reducido en porcentaje nos da un valor del 89.2%.

   En total, de las 93 Coledocostomías primarias, 87 encontraron justificada su exploración, las que repartidas las encontramos de la manera siguiente: 83 corresponden a la tabla C), 3 en forma paliativa por Ca. de la Vesícula biliar, y 1 por ganglio T.B.C. (de Mascagny) que por su tamaño comprimía al Colédoco.
4) Finalmente según el párrafo anterior, tenemos un 93.54% de Coledocostomías primarias justificadas, y un 6.46% que no lo fueron.

HALLAZGOS PATOLOGICOS DE LAS VIAS BILIARES DURANTE LA OPERACION:

A) DE LA VESICULA BILIAR:

Vesícula biliar Crónica con cálculos...	47	casos	47%
Vesícula Biliar Atrófica con cálculos..	29	"	29%
Colecistitis Aguda con cálculos.....	12	"	12%
Hidrocolecisto con cálculos.....	2	"	2%
Cáncer de la V. B. con cálculos.....	2	"	2%
		"	
Total de V. B. con cálculos...	92	"	92%
Vesícula Biliar sin cálculos.....	1	"	
V. B. ausente por Colecistectomía previa	7	"	
		"	
Total	100	"	

Nota:

De los 47 casos de Colecistitis Crónica reportados con cálculos, 16 Vesículas biliares presentaban cálculos múltiples y pequeños, y la mayoría de ellas con arenilla.

B) DEL CONDUCTO CISTICO (Anotado en 71 casos).

Cístico macroscópicamente dilatado.....	51	casos
Cístico con cálculo enclavado.....	8	"
Cístico engrosado a la palpación.....	3	"
Cístico ausente por colecistectomía previa	5	"
Muñón residual del Cístico.....	2	"
Cístico con invasión de Ca. de la V. B.....	2	"
Total	71	casos

Nota:

De los 51 casos de Cístico dilatado macroscópicamente, 11 presentaban un diámetro mayor (comprobado con medición) que los cálculos biliares contenidos en la vesícula respectiva.

C) DEL HEPATO-COLEDOCO:

1) Coledocolitiasis . . . . . 52 casos: 50 primarios
2 secundarios

2) Proceso de colangitis . . .	7	"
3) Estrechez del colédoco (supraduodenal)	5	"
4) Estrechez del Oddi	5	"
5) Cálculos en los Hepáticos	4	"
6) Estrechez del Colédoco por proceso de Pancreatitis crónica	4	"
7) Cálculo enclavado en la ampolla de Vater	3	"
8) Estrechez de los Hepáticos	1	"
9) Ascárides en el Hepato-colédoco	1	"
10) Tapón mucoso residual del colédoco	1	"

Adicionalmente encontramos:

Hepato-colédoco dilatado	55	casos
Hepato-colédoco engrosado	12	"

D) OTROS HALLAZGOS:

Hígado congestivo biliar	8	casos
Cirrosis hepática (macroscópicamente) . .	2	"
Fístula biliar interna (vesículo-duodenal)..	2	"
Adenitis Cr. del Ganglio, de Mascagny....	2	"
Ca. V. B.	3	"

TIPO DE OPERACION PRACTICADA:

1) Colecistectomía con Coledocostomía . . .	76	casos	76%
2) Colecistectomía con Coledocostomía y Duodenotomía	10	"	10%
3) Colecistectomía con Coledocostomía, Duodenotomía y Esfinterotomía	4	"	4%
		"	
Lo que hizo un total de operaciones primarias de	90	"	90%

Reintervenciones:

4) Coledocostomía Secundaria	3	casos

5) Coledocostomía Secundaria con Duodenotomía . . . . . 2 "
6) Resección de Muñón Residual del Cístico con Coledocostomía Sec. . . . . 1 "
7) Hepatico-Coledocostomía con reparación de estrechez . . . . . 1 "

Operaciones Paliativas Por Ca. de las Vías biliares:

8) Colecistostomía con Coledocostomía . . . 1 "
9) Coledocostomía Primaria . . . . . 1 "
10) Bipsia de la V. B. con Coledocostomía . . 1 "

Total de operaciones . . . . . 100 casos

Otras:

Biopsias del Hígado 4
Biopsia de tumor del Epiplón . . . 1
Biopsia de Ganglio Linfático 1

TUBOS DE DRENAJE USADOS:

1) Tubo en T. de Kehr . . . . . en 71 casos
2) Tubo de Cattell . . . . . " 27 "
3) Tubo en T. de Maingot . . . . . " 1 "
4) Sonda de Nelaton . . . . . " 1 "

Total . . . . . 100 casos

Los drenajes de penrose se dejaron en el 100%, que fueron exteriorizados a nivel del flanco por medio de una pequeña incisión.

ANESTESIA USADA:

1) La Anestesia General a base de G.O.E. fué la de predilección en el... 96% de los casos.
2) Anestesia con Hibernación se prefirió en sólo 3 de los casos dadas las condiciones generales de las pacientes.
3) Sólo fué usada la Anestesia Raquídea en uno de los casos.

ANATOMIA PATOLOGICA:

El laboratorio de Anatomía Patológica reportó los siguientes resultados de 91 pacientes:

1) Colecistitis Crónica calculosa . . . . . 74 casos
2) Colecistitis Aguda . . . . . 9 "
3) Ca. de la Vesícula biliar . . . . . 3 "
4) Colecistitis cr. con pólipos adenomatosos sin señas de malignidad . . . . . 2 "
5) Colecistitis sub-aguda . . . . . 1 "
6) Muñón Cístico residual fibroso . . . . . 1 "
7) Tapones mucoso-fibrinosos (intracoledocianos) . . . . . 1 "

Total . . . . . 91 casos

Exámenes agregados:

Hepatitis crónica intersticial . . . . . 2 casos
Cirrosis hepática . . . . . 1 "
Adenitis Crónica, una de las cuales de origen tuberculoso . . . . . 2 "

ACCIDENTES OPERATORIOS:

Los accidentes durante el acto quirúrgico se concretaron a dos, ninguno de los cuales de funestas consecuencias:

Hemorragia de la arteria Cística . . . . 1 caso reportado
Herida accidental del colon de fácil sutura 1 caso reportado

IV) **ESTUDIO DEL PACIENTE EN EL POSTOPERATORIO:**

La colocación de un tubo en T. en el Colédoco permite además de su beneficio terapéutico, hacer un estudio de los sistemas biliar y pancreático.
Como forma rutinaria se acostumbra en el Servicio seguir los siguientes métodos de estudio:

1) **PRUEBA DEL CIERRE DEL TUBO:** La cual se efectúa siempre a partir del 13º o 14º día del postoperatorio. Para ello seguimos dos técnicas:

A) **La Primera,** que es la que corrientemente se practica y que consiste en: Cerrar el tubo durante una hora en el 13º día, si el paciente no acusara ninguna molestia se cerrará durante dos horas el tubo en el 14º día, y finalmente si la evolución es satisfactoria el tubo debe quedar cerrado durante las 24 horas del 15º día.

Si en el lapso de tiempo en que se ha cerrado el drenaje de la bilis, no ha habido dolor, náusea, vómitos, elevación de la temperatura, salida de bilis alrededor del tubo, etc., consideramos que no existe una causa patológica en el tracto biliar, y la indicación de practicar un Colangiograma es la medida siguiente, antes de tomar medidas del retiro del tubo.

B) **Segunda Técnica:** Cierre del tubo a partir del 13º día en forma gradual, cerrándolo una hora por la mañana y otra por la tarde; en los días sucesivos se va aumentando media hora a cada tiempo de cierre hasta que el tubo quede completamente cerrado por 24 horas.

Resultados reportados de "La Prueba del Cierre", en las anotaciones Clínicas:

1) Normal . . . . . en 79 casos
2) Presencia de dolor . . . . . en 4 casos
3) Salida de bilis . . . . . en 1 caso

2) **COLANGIOMANOMETRIA:**

Método que consiste en medir la presión a la cual se encuentra la bilis contenida en el árbol biliar. Es un procedimiento que se acostumbra practicarlo después de la Prueba del Cierre del tubo en T.

Es un método que se ha ido abandonando en nuestro medio hospitalario, quizá por el perfeccionamiento que ha sufrido la Colangiografía; pero los valores que nos puede suministrar son a veces de suma utilidad, ya que representa una verdadera palpación interna del tracto biliar.

Son cuatro los valores importantes que debemos tomar en toda Colangiomanometría:

a) **Presión Inicial (P.I.):** Que es la presión a la cual se encuentra la bilis en el árbol biliar. Sus valores normales oscilan entre 0 a 25 mm. de agua.

b) **Presión del Oddi (P.O.):** Que es la presión necesaria para que el esfinter de Oddi se abra y deje pasar el contenido de las vías biliares al duódeno. Normalmente se encuentra comprendida entre 50 a 70 mm. de agua.

c) **Presión Dolorosa (P.D.):** Que es aquella en la cual al hacer pasar el líquido con mayor velocidad, aumenta la presión intracanalicular hasta un momento en que el paciente acusa un dolor variable en intensidad a nivel del Epigastrio o Hipocondrio Derecho. Normalmente se presenta entre 420 a 480 mm. de agua.

d) **Perfusión:** Que consiste en hacer pasar el líquido, con un valor de presión media, a una velocidad más o menos rápida.

Solamente en 15 de nuestros casos se practicó Colangiomanometría, obteniéndose los resultados siguiente:

1) Normales . . . . . 6 casos
2) Con sospecha de espasmo del Oddi . . 3 "
3) Retardo en el vaciamiento de las vías biliares . . . . . 4 "
4) Sospecha de estado inflamatorio (colangitis) . . . . . 2 "

Para mejor comprensión de cada uno de los resultados, presento los siguientes ejemplos sacados de nuestras observaciones clínicas:

a) **Colangiomanometría Normal:**

P. I.: 0 mm. de agua.
P.O.: 20 mm. de agua.
P.D.: no hay.

b) Colangiomanometría cuyo resultado nos da: **Retardo en el Vaciamiento.** (Obstrucción mecánica, cálculo, estrechez, pancreatitis, etc.):

P. I.: 100 mm. de agua.
P.O.: 150 mm. de agua.
P.D.: 340 mm. de agua.

c) Colangionomanometría con sospecha de **Espasmo del Esfinter de Oddi::**

P. I.: 30 mm. de agua.
P.O.: 110 mm. de agua.
P.D.: no hubo.

Se normalizó con la administración de antiespasmódicos (atropina, trinitrina).

d) Colangiomanometría cuyo resultado nos indica **proceso inflamatorio celular o canalicular:**

P. I.: 0 mm. de agua.
P.O.: 9 mm. de agua.
P.D.: 32 mm. de agua.

3) **COLANGIOGRAFIA:**

Solamente 81 Colangiogramas se encuentran reportados en nuestras anotaciones clínicas, y sus resultados fueron los siguientes:

Normales o Negativos	55 casos	67.8%
Vías biliares dilatadas	17 "	20.9%
Sospecha de cálculos residuales . .	5 "	6.1%
Otros	4 "	4.9%
Total	81 casos	99.7%

El cuadro anterior nos dió la pauta para el manejo del tubo en T. en lo que a su retiro se refiere. En 72 casos fué retirado el tubo en el tiempo oportuno y necesario, lo cual hace un porcentaje del 88.7%.

En los 5 casos con sospecha de litiasis residual, se siguió inicialmente una conducta conservadora médica, antes de decidir cualquier reintervención. Los procedimientos conservadores fueron a base de los métodos de 1) Pribran y 2) de Best-Hicken.

Método de Pribran . . . . . 3 casos.

Técnica seguida:

1) Paciente acostada.
2) Dar una tableta de Trinitrina por vías sublingual.
3) Inyectar por el tubo 2 a 4 c.c. de Novesina al 2% (o cualquier otro anestésico de predilección).
4) Cerrar la llave del tubo en T. durante 5 minutos.
5) Conectar jeringa sin émbolo al tubo de Kehr, agregándole 2 c.c. de Eter y 1 c.c. de alcohol. Este tiempo durante 45 minutos.

6) Luego con otra jeringa hacer un lavado del tubo en T. durante 5 a 10 minutos con una solución de carbonato de sodio al 5 o 10% (tibia).
7) Este procedimiento una vez al día, durante un período de 15 días por lo menos, tratándolo de realizar siempre bajo las condiciones más asépticas que sea posible.

Método de Best-Hicken . . . . . 2 casos.

Técnica seguida:

1) Durante el 1o. y 3er. día se da una tableta de trinitrina por vía sublingual, tres veces al día.
2) En el 2o. día: sulfato de atropina ½ mg. — I.M. — Tid.
3) Diariamente y en ayunas se darán 8 grs. de sulfato de magnesio. P.O.
4) Por las noches se administra una onza de aceite de olivos. P.O.
5) Se administrará además una cápsula de procholon o similar, tres veces al día.
6) Una vez llenados todos estos requisitos se procede hacer el lavado del tubo:

   a) Inicialmente con suero fisiológico.
   b) Seguida de un lavado con aceite de olivos.

   Lo corriente y usual de este método es que dure tres días, pero se puede repetir varias veces si se juzga necesario.

RE-OPERACIONES:

De nuestros 100 casos revisados solamente 7 necesitaron una nueva operación, y en casos más raros de dos. Algunas de estas pacientes reintervenidas habían sido operadas en otros centros.

El tiempo entre una operación y otra fué muy variable, teniendo como máximo el de 6 años, y como mínimo el comprendido entre los 3 primeros meses que siguieron a la inicial.

Causas que indicaron reintervención:

Litiasis residual o secundaria . . . . . 2 casos.
Estrechez inflamatoria del colédoco . . . . . 2 "

Fístula biliar	1 "
Estrechez del Oddi	1 "
Sindrome post. colecistectomía (muñón residual del Cístico)	1 "
Masa residual muco-fibrinosa del colédoco	1 "
Drenaje de absceso subhepático	1 "

Nota: Estas nueve causas las encontramos repartidas en nuestros 7 casos reintervenidos.

Al analizar las 93 Coledocostomías primarias encontramos que en 87 había razonada justificación. De estos 87 casos, 59 fueron por litiasis en los conductos biliares extra-hepáticos.

Analizando los 59 casos de Litiasis tenemos lo siguiente:

1o.) 57 casos de Hepato o Coledocolitiasis removidos primariamente.

2o.) 1 caso de litiasis residual removido por coledocostomía secundaria, lo cual nos da entre los 58 casos tomados un 1.72% de LIATISIS RESIDUAL en nuestro Servicio.

3o.) 1 caso de litiasis Secundaria, considerado así por las siguientes características: por el tamaño del cálculo que bloqueaba el colédoco, por la consistencia y demás características del mismo, y porque finalmente la colangiografía postoperatoria después de la primera operación y antes de retirar el tubo, fué normal.

MORBILIDAD:

Del total de nuestros casos, 21 tuvieron complicación o complicaciones en su postoperatorio, que para mejor estudio las hemos dividido en dos grupos:

Complicación:	**Con operación Primaria**	**Con Reintervención**	**Total**
Ictericia	6 casos	3 casos	9 casos
Colangitis	8 "	1 "	9 "
Cólicos (H.D. o E.)	2 "	4 "	6 "
Fístula biliar ext.	2 "	1 "	3 "
Absceso subhepático	2 "	1 "	3 "
Shock	1 caso	1 caso	2 "
Atelectasia pulmonar	1 "		1 caso
Absceso pulmonar	1 "		1 "
Coma hepático		1 caso	1 "

Consideración: De los 7 pacientes con reintervención, 5 tuvieron complicación o complicaciones en su postoperatorio lo cual nos da una morbilidad alta de un 71.4%.

Los 16 casos restantes sobre 93, nos da una morbilidad del 17.3%.

MORTALIDAD:

De los 100 casos estudiados se presentó una mortalidad del 2%, ambos casos se encontraban bajo la condición de haber sufrido reintervención quirúrgica, lo cual sumado con la morbilidad nos da una idea de lo grave que es la patología en la reintervención de las vías biliares.

Causas de la muerte:

1er. caso: Reintervenida por masa residual del Colédoco (muco-fibrinosa), que presentó un cuadro grave de Hepatocolangitis, que evolucionó finalmente a un estado de cirrosis biliar.

2o. caso: Reintervenida por fístula biliar, que presentó un cuadro grave de colangitis, que se complicó con un absceso subhepático. Entrando la paciente en un estado de coma.

Nota: De los 100 casos presentados, a 3 se les practicó coledocostomía Paliativa por un cáncer de las vías biliares.

EJEMPLOS RADIOLOGICOS SELECCIONADOS DE NUESTROS CASOS:

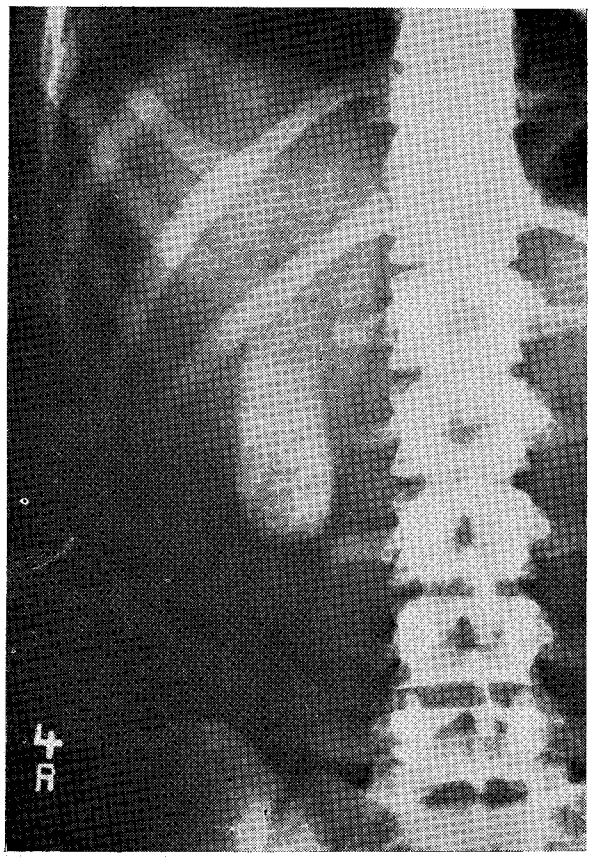

Fig. 1: Colecistograma: Mostrando una vesícula biliar visible con cálculos múltiples y pequeños, por lo cual durante el acto quirúrgico deberá hacerse una exploración cuidadosa de los conductos biliares extra hepáticos.

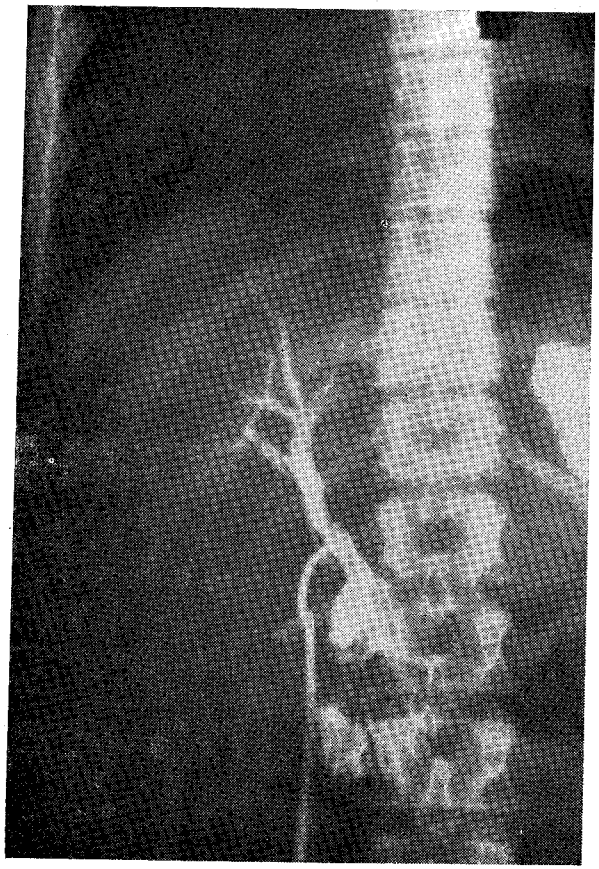

Fig. 2: Colangiograma Post-operatorio: Cuyo resultado se reportó como normal o Negativo.

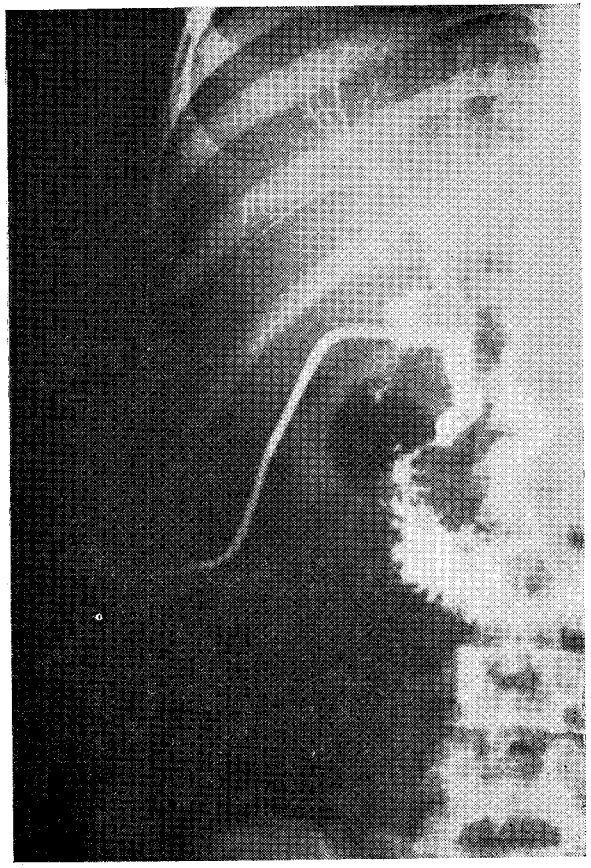

Fig. 3: Colangiograma Post-operatorio: Mostrándonos el uso de un tubo en T. de Kehr, cuyo ajuste no fué convenientemente perfecto, dado el paso o salida del medio de contraste en forma parcial. El resto fué reportado normal.

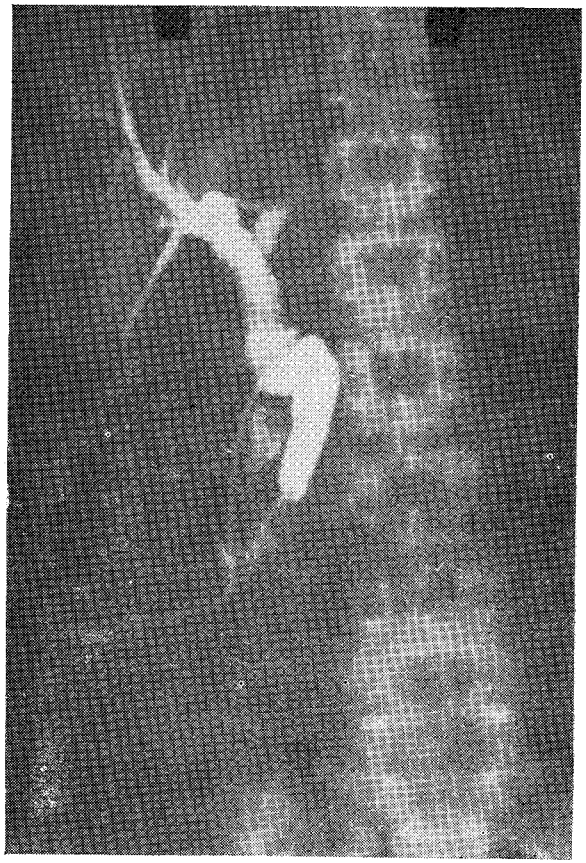

Fig. 4: Colangiograma post-operatorio: Uso de un tubo de Cattell. Presentándose las vías biliares dilatadas.

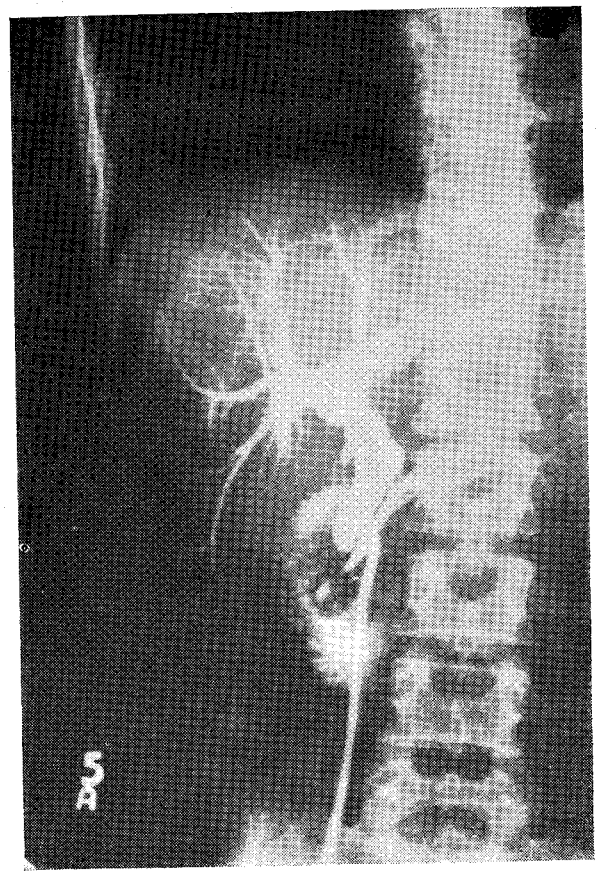

Fig. 5: Colangiograma Post-operatorio: Dilatación franca de las vías biliares extra e intra-hepáticas. El medio pasó con facilidad al duodeno.

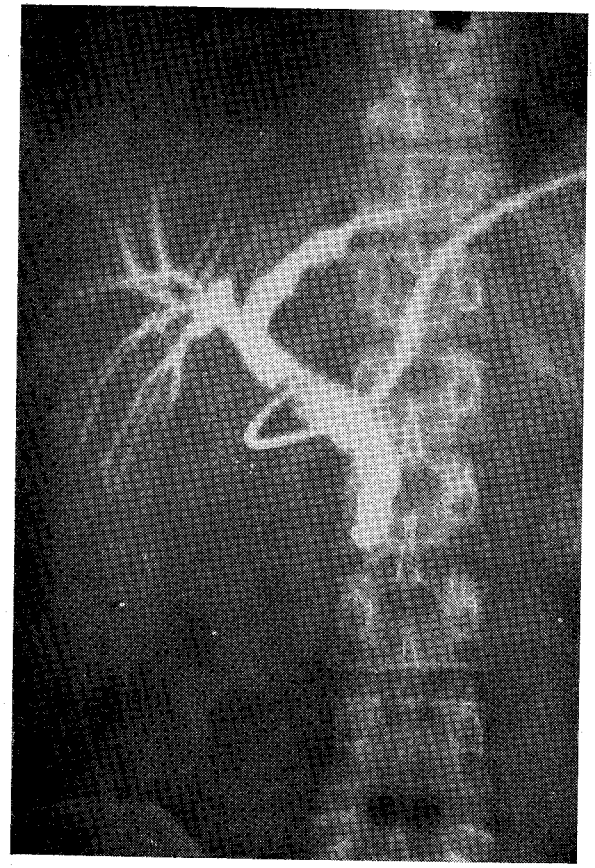

Fig.6: Colangiograma Post operatorio: Con signos radiológicos que hacen sospechar espasmo del esfinter de Oddi. No hay paso del medio de contraste al duodeno. Las vías biliares extra-hepáticas se ven dilatadas.
Nota: El paciente acusó fuerte dolor durante el examen, que se calmó con el uso de antiespasmódicos.

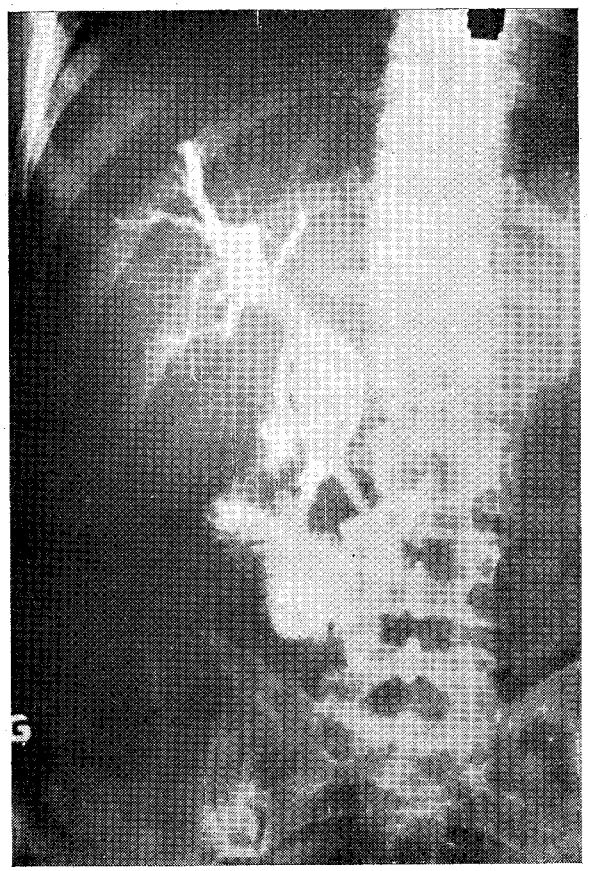

Fig. 7: Colangiograma Post-operatorio: Mostrándonos un colédoco muy dilatado, conteniendo una sombra grande debida a una burbuja de aire (error en los cuidados de la técnica). El medio pasó con facilidad al duodeno.

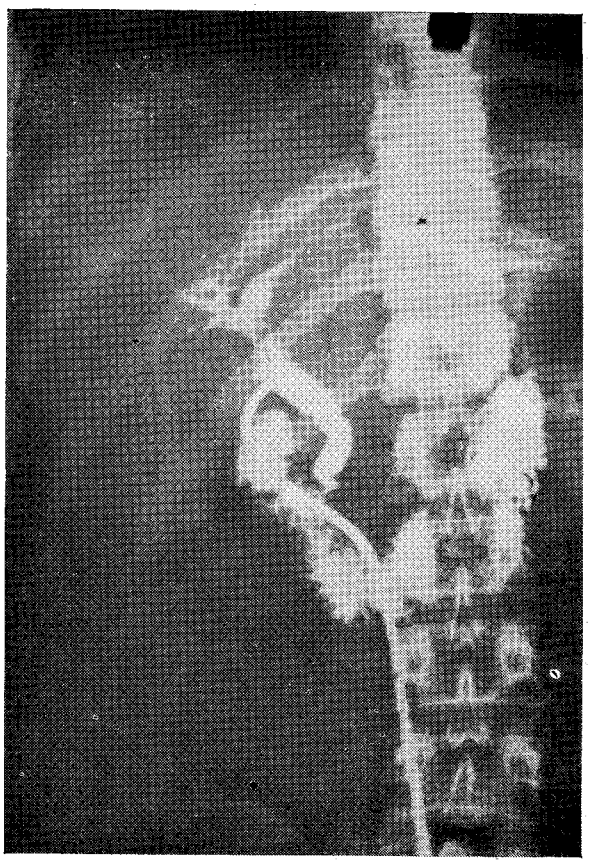

Fig. 8: Colangiograma Post operatorio: Vías biliares dilatadas, con presencia de sombras sospechosas de litiasis residual. Se vé además una burbuja de aire en uno de los extremos de la rama horizontal del tubo.

Observación Número	Edad	Sexo	Tiempo de evolución cólicos	Escalofríos	Coluria	Acolia	Prurito	Trastornos Gastrointestinales	Historia Fiebre	Historia de Ictericia	Fiebre	Presencia Ictericia	Dolor HD	Dolor en la Zona Coledoco pancreática	Murphy	Boas	Hepatomegalia	Vesícula palpable
1	64	F.	6 meses	Si	-	-	-	n.v.a.c.	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	-
2	29	"	5 años	Si	Si	-	Si	n.v.	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-
3	39	"	21años	Si	-	-	-	n.v.a.ig.	No	Si	No	Si	Si	Si	-	-	-	Si
4	54	"	4 "	-	-	-	-	n.p.	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	-
5	39	"	2meses	Si	Si	-	-	n.v.c.a.p.	Si	No	No	No	Si	Si	-	-	-	-
6	52	"	3 "	-	-	-	-	n.v.ig.f.	Si	Si	No	No	Si	Si	-	-	-	-
7	30	"	8 "	-	-	-	-	n.v.ig.	No	No	No	No	No	Si	-	-	-	-
8	52	"	32años	-	-	-	-	-----	No	No	No	No	Si	No	Si	-	-	-
9	28	"	1 mes	Si	-	-	-	n.v.d.	Si	Si	No	Si	Si	Si	-	-	-	-
10	41	"	1 año	Si	-	-	Si	n.v.a.c.	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	-	Si	-
11	25	"	12años	Si	-	-	-	n.v.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si
12	40	"	18 "	-	-	-	-	n.v.d.a.ig.	Si	No	No	No	Si	Si	Si	-	-	-
13	46	"	15 "	-	-	-	-	n.v.ig.f.	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	-	-	-
14	33	"	18meses	-	-	-	-	n.ig.a.	Si	No	No	No	Si	Si	Si	---	-	-
15	27	"	6 años	Si	-	-	-	n.v.ig.e.f.	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	-	-
16	62	"	3meses	-	Si	-	-	a.pp.c.	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	-	Si	Si
17	37	"	21 "	-	Si	-	-	n.v.a.ig.	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	-	-
18	55	"	12años	Si	Si	-	-	n.v.a.ig.c.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	-	-	-
19	38	"	3 "	-	-	-	-	n.v.ig.c.d.f.	No	Si	Si	No	No	Si	Si	-	-	-
20	44	"	3 "	-	-	-	-	n.v.ig.	Si	Si	No	No	Si	Si	-	Si	-	Si

Observación Número	Globulos Blancos	Neutrofilos	Eritrosedimentación	Tiempo de protombina	Cetona-colesterol	Van den Berg	Indice ictérico	Otros	Colecistograma	Bilirrubina	Diagnostico Pre-operatorio	Patología encontrada en la Operación	Operación
1	7,6	57	48	20"	-	Normal	-	-	Vesícula Excluida	---	Colecist.cr.calcul.	coledocolitiasis fibrosis Oddi.	Colecist cost.duod
2	13,1	92	30	25"	-	d:r.d. i:0,5	50	-	V.B.con cálculos con función.	---	Colecist.cr.calcul. coledocolitiasis.	V.B.atrófica coledocolitiasis.	Colecist coledocost
3	14,5	76	10	-	-	---	8u.	-	Vesícula Excluida.	---	Colecist.cr.calcul.	coledocolitiasis-cálculo en Vater.	Colecist.c duodenot.e
4	6,3	96	41	-	-	---	10u	-	V.B. con cálculos sin función.	---	Colecist.Cr.calcul. Ca. de la V.B.	Colédoco dilatado con cálculos.v.b. atrófica.	colecistec coledocost
5	9,2	71	40	-	-	normal	-	-	Vesícula Excluida	---	Colecist.cr.calcul. obstrucción cístico	V.B. atrófica-arenilla en el colédoco.	"
6	7,0	71	20	-	N	"	9u.	-	Vesícula dudosa	---	Colecist.cr.calcul. coledocolitiasis.	V.b.-cístico y colédoco engrosados inflamat.	"
7	9,5	74	15	-	-	"	-	-	Vesícula Excluida	---	Colecist.cr.calcul.	V.b. atrófica-colédpco dilatado y engrosado.	"
8	5,6	56	13	-	Si	d: i.d. i: 0,5	30u	-	v.b. con cálculos sin función	---	" "	V.B. atrófica-hepatolitiasis-colédoco dilatad.	"
9	4,6	60	7	30"	Si	d: i.f. i: 5u.	160u	-	----------	---	Ictericia obstruct. coledocolitiasis	V.B. edematoza-colangitis-colédoco dilatado.	colecistec docost.duod
10	9,2	74	35	-	-	d: i.f. i:1,25	80u	-	vías biliares no visibles.	---	litiasis residual ictericia obstruct.	bolsa Hartman- estrechez colédoco	coledocost secundaria.
11	6,5	88	5	30"	-	d: i.f. i:7.5	145u	-	Vesícula Excluida.	---	Colecist.cr.calcul. colédocolitiasis.	Colédoco obstruido por tapón mucoso.	colecistos costo.duod colecistec
12	8,5	63	4	-	-	normal	3u.	-	vesícula con cálcul con función.	---	Colecist.cr.calcul.	cístico dilatado-colédocolitiasis.	colecistect coledocost
13	9,5	85	64	-	-	D: F. i: 3.6	20u	-	vesícula excluida.	---	Colécist.cr.calcul. ictericia obstruct.	" "	"
14	10,0	84	8	-	-	normal	6u.	-	v.b.con cálculos poca función.	---	colecist.cr.calcul	v.b. cálculos pequeños cístico dilatado.	"
15	6,9	70	30	-	N	d: r.d. i:0,3	-	-	Vesícula Excluida.	---	" "	Cístico y colédoco dilatados coledocolitias.	"
16	11,7	65	50	-	N	d: pos. i:15,2	90u	-	" "	---	ictericia obstructca. páncreas.	colédocolitiasis y dilatado-hígado biliar.	"
17	8,2	86	20	-	Si	d:i.f. i: 1u	45u	-	v.b. visible poco con función.	---	Colecist.cr.calcul coledocolitiasis.	v.b.atrófica-colédoco dilatado con cálculos.	" y duodenot
18	12,5	87	33	-	-	---	40u	-	Vesícula Excluida	---	Colecist.cr.calcul.	v.b.atrófica-colédoco dilatado y engrosado.	Colecistec cost./duode
19	7,2	76	20	-	-	---	7 u.	-	v.b.con cálculos con función.	---	" "	colédocolitiasis. cálculo en cístico.	"
20	4,4	68	23	-	-	---	-	-	Vesícula Excluida	---	Colecist.cr.calcul. obstrucción cístic	V.b atrófica -cístico dilatado.	colecistec coledocost

	Tubo Usado	Drenaje	Anestesia	Anatomía Patológica	Accidentes operatorios	Complicaciones del Post-Operatorio	Prueba del Cierre	Colangiometría Pi Presión inicial / PO Presión ODDi / PD Presión dolorosa	Colangiograma	Prueban	Best Hicke	Re-Operacion	Causas de la Re-Operación	Mortalidad	Conclusiones
colecis. y Esfi	catt	penr	gole	Colecist.cr.calcul. fase aguda-	No	No	N	----------	coledoco dilatado	-	-	No	---	0	coledocolitiasis- fibrosis del esfinter- vías dilatad.
mía ía	kehr	"	"	Colecist.cr.calcul.	"	"	"	----------	Normal	-	-	"	---	0	ictericia-coledocolitiasis v.b.atrófica.
edocos finter.	catt	"	"	" "	"	"	"	----------	"	-	-	"	---	0	historia ictericia-coledoco litiasis y en el Oddi
mía ía	"	"	"	" "	"	"	-	----------	"	-	-	"	---	0	ictericia-coledocolitiasis. v.b.atrófica.
"	kehr	"	"	" "	"	atelectasia pulm.derec.	-	----------	-----	-	-	"	---	0	v.b.atrófica. arenilla en el colédoco.
"	"	"	"	" "	"	cólicos residuales.	-	p.i: 0 mm agua p.o: 60 " " P.d: 480 "	vías dilatadas	-	-	"	---	0	historia infección.-coagulo residual en colédodo.
"	"	"	"	" "	"	No.	N.	--------	Normal	-	-	"	---	0	v.b. atrófica- colédoco dilatado y engrosado.
"	"	"	"	" "	"	"	"	p.i: 70 mm agua p.o: 140 " " p.d: 360 " "	-----	-	-	"	---	0	coledocolitiasis- v.b.atrófica- cístico dilatado.
cole- mot.	catt.	"	"	colecist.cr.calcul. fase aguda.	"	"	"	--------	Normal	-	-	"	---	0	historia infección e ictericia-colangitis-
ía	"	"	"	ca. de las vías biliares.	"	----	-	--------	-----	-	-	"	---	0	historia ictericia-compresio vías por ca.- paliativo.
coledo otom. mía.	"	"	"	hepatitis cr. int. colecist.cr.	"	ictericia.a-colia-dolor	-	--------	Normal	-	-	si	sospecha de re obstrucción	1	ictericia-infección- colédoco dilatado- colangitis.
mía ía	kehr	"	"	colecist.cr.calcul.	"	No	N	--------	"	-	-	No	---	0	cístico y colédoco dilatados coledocolitiasis.
"	"	"	"	" "	"	"	"	--------	sospecha litiasis residual	Si	-	"	---	0	historia infección ictericia colédocolitiasis. dilatación
"	"	"	"	" "	"	"	dolor	--------	-----	-	-	"	---	0	historia infección- cístico dilatado mayor cálculos.
"	"	"	"	" "	"	"	N	--------	Normal	-	-	"	---	0	coledocolitiasis. cístico y colédoco dilatados
"	"	"	"	" "	"	"	"	p.i: 65 mm agua p.o: 160 " " p.d: 400 " "	----	-	-	"	---	0	historia ictericia- colédo-colitiasis- dilatación vías
" ía	catt	"	"	----------	"	"	-	--------	Normal	-	-	"	---	0	Historia ictericia- colédo-colitiasis-
oledo- tomía	kehr	"	"	Colecist.cr.calcul.	"	"	N	p.i: 100 mm agua p.o: 110 " " p.d: no hay	"	-	-	"	---	0	Historia ictericia. colédoco dilatado y engrosado
"	catt	"	"	" "	"	"	"	--------	"	-	-	"	---	0	coledocolitiasis- cístico dilatado.
omía ía	kehr	"	"	" "	"	"	"	p.i: 100 mm agua p.o: 150 " " p.d: 340 " "	"	-	-	"	---	0	v.b. atrófica cálculos peq. cístico dilatado.

Observación Número	Edad	Sexo	Tiempo de evolución cálculos.	Escalofríos	Coluria	Acolia	Prurito	Trastornos Gastrointestinales	Historia Fiebre	Historia de Ictericia	Fiebre	Presencia Ictericia	Dolor HD	Dolor en la Zona Colédoco-pancreática	Murphy	Boas	Hepatomegalia	Vesícula palpable	Glóbulos Blancos	Neutrófilos	Eritrosedimentación	Tiempo de protombina	Colesterol	Vandenberg	Indice Icterico	Otros	Colecistograma.	Bilirrofina
21	38	F.	37 día	-	si	Si	Si	d-c-ig-p-	No	Si	No	Si	No	si	-	-	Si	-	6,0	70	30	30	Si	d: i.f. i:20u.	152u	-	——	——
22	40	"	1 año	-	-	-	-	n.v.ig.a.p.	No	Si	No	Si	No	Si	Si	-	-	-	8,2	76	45	-	-	di.f. i:0.5u	75u	-	——	——
23	42	"	6 mes.	-	-	-	-	n.v.ig.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	-	-	-	11,1	69	5	-	-	—	6u.	-	——	——
24	33	"	12 año.	Si	-	-	-	n.v.ig.c.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	-	7, 4	76	50	-	-	di.r.d. i:0.1u	20u	-	V.B. con cálculos sin función.	——
25	53	"	6 mes.	-	-	-	-	n.v.a.c.	No	No	No	No	Si	Si	-	-	-	-	8,4	72	10	-	Si	di.d. i:1u.	28u	-	Vesícula Excluida	——
26	35	"	2meses	-	-	-	-	n.v.ig. a.	No	No	No	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	9,4	91	30	-	Si	di.f. i:4.8	30u	-	" "	——
27	34	"	5 años	-	Si	-	-	n-v.f.	si	Si	Si	NO	Si	Si	Si	-	-	-	12,3	85	70	-	-	Normal	7u.	-	" "	——
28	51	"	6 mes.	Si	-	-	-	n.v.ig.c.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	-	-	-	9,2	65	54	-	Si	"	9u.	-	" "	——
29	39	"	12 años	-	Si	-	-	n.v.ig.	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	-	6,8	68	31	-	Si	di.d. i:1 u.	33u	-	Vesícula Excluida sombras cálculos	——
30	31	"	6 años	-	-	-	-	n. v.	No	No	Si	Si	Si	No	Si	-	-	-	7,1	78	22	-	-	di.f. i:2.4	18u	-	" "	——
31	38	"	2 años	-	Si	-	-	n.v.ig.a.d.	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	-	-	-	4,5	68	10	-	N	di.d. i:1	9u	-	Vesícula Excluida	——
32	24	"	3 mes.	-	Si	-	-	n.v.a.c.	No	Si	No	Si	Si	No	Si	-	-	-	14,8	82	41	-	N	di.f. i:3.3	22u.	-	" "	——
33	29	"	12 año	-	-	-	-	n.v. ig. a.	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	-	-	-	9,0	74	7	-	N	Normal	6u.	-	" "	——
34	29	"	7 años	-	-	-	-	a.d. pp.	No	Si	Si	Si	Si	No	-	-	Si	-	6,0	74	-	20"	Si	di.f. i:4.5	50u.	-	——	——
35	68	"	15días	-	-	-	-	n.v.	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	-	-	Si	11,4	84	1	-	N	Normal	7u.	-	V.B. Excluida, sombras cálculos	——
36	33	"	25años	-	-	-	-	n.v.ig.f.c.	No	No	No	No	Si	Si	-	-	Si	-	7,8	72	93	-	N	normal	3u.	-	v.b. visible con cálculos poca func.	——
37	34	"	1 año	-	Si	Si	-	n.v.c.f.pp.	No	Si	No	No	Si	Si	Si	-	Si	Si	7,8	75	53	20"	Si	di.r.d. i:0.7	8u	-	Vesícula Excluida.	——
38	42	"	3 años	Si	-	-	-	n.v.d.	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	-	-	-	7,1	67	30	-	Si	Normal	-	-	V.B. con cálculos sin función.	——
39	52	"	19años	Si	Si	Si	-	n.v.a.ig.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	-	-	-	10,7	86	55	-	Si	Di i.f i: 0.5	30u	-	Vesícula Excluida	——
40	48	"	3 años	-	Si	Si	Si	n.v.f.c.pp.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	-	Si	-	6,6	80	42	-	Si	di.f. i:2.6	153	-	——	——

Diagnóstico Pre-operatorio	Patología encontrada en la Operación	Operación Practicada	Tubo Usado	Drenaje	Anestesia	Anatomía Patológica	Accidentes operatorios	Complicaciones del Post-Operatorio	Prueba del Cierre	Colangometría P.I. Presión inicial P.O. Presión ODDI P.D. Presión dolorosa	Colangiograma	Pribran	Best-Hickem	Re-Operación	Causas de la Re-Operación	Mortalidad	Conclusiones
titis cr.-ictg a obstructiva	v.b. sin cálculos colédoco obtruido	Coledocostomía duodenotomía-bipps	catt	pen	goe.	hepatitis cr. fibrosis(cirrosis).	No	------	-	--------	Normal	-	-	No	---	0	Historia ictericia.
o.Cr. calcul. icia obstruct.	V.b.atrófica-coledocolitiasis-Oddi estrecho	Colecistectomía coledocotomía-duodenotomía	"	"	"	colecit.cr.calcul.	"	No	N.	p.i: 274 mm agua p.d: 160 " " p.d: 495 " "	"	-	-	"	---	0	historia ictericia -coledocolitiasis-v.b.atrófica.
asis residual doco.	Colédoco engrosado sin cálculos	Coledocostomía	"	"	"	" "	"	"	"	normal	"	-	-	"	----	0	sindr.post.colecistectomía.
cist.cr.calcul	V.B.calculos peq.-coledocolitiasis.	Colecistectomía Coledocostomía.	kehr	"	"	" "	"	"	"	p.i: 0 mm agua p.o: 110 " p.d: 360 "	"	Si	-	No	----	0	coledocolitiasis.- cálculo menor cístico.
cistát.cr.calc docolitiasis.	Colédoco dilatado sin cálculos- v.b. tensa.	" "	catt	"	"	" "	"	cólicos e ictericia.	-	p.i: 0 mm agua p.o: 8 " " p.d: 32 " "	sospecha litiasis residual.	Si	-	Si	mass yodi-dual	0	1) colédocodilatado. 2) cuerpo extraño residual.
"	coledocolitiasis y dilatado- v.b. atrófica.	" "	kehr	"	"	colecist.cr.calcul. fase aguda.	"	No.	N.	----	Normal	-	-	No	----	0	coledocolitiasis.-colangitis v.b. atrófica.
cist.Cr.calcul	V.b. aguda-coledoco dilatado.	" "	"	"	"	" "	"	"	"	----	"	-	-	"	----	0	Historia infec. ictericia. colangitis-colédoco dilatado
"	V.B. calcul.peq. menor cístico.	" "	"	"	"	Colecist-cr.calcul.	"	"	"	----	"	-	-	"	----	0	historia infección ictericia. cálculo menor cístico.
cist.Cr.Calcul docolitiasis.	V.B.atrófica-coledocolitiasis(arenilla).	" "	"	"	"	colecist-cr.calcul. vegetaciones papila	"	"	"	----	dudosa.	-	-	"	----	0	historia infección ictericia coledocolitiasis.
cist.Cr.Calcul. icia obstruct.	coledocolitiasis-cístico dilatado.	" "	"	"	"	Colecist.cr.calcul.	"	"	"	----	Normal.	-	-	"	----	0	historia ictericia. cístico y colédocolitiasis.
cistit.Cr.Calc. ruc.cístico.	V.B. cálculos múltiples y pequeños.	" "	"	"	"	" "	"	"	"	----	"	-	-	"	----	0	historia ictericia- V.B. con cálculos múltiples y pequeños
cist.Cr.calcul docolitiasis.	Hepato-coledocolitiasis V.B.edematizada.	" "	catt.	"	"	" "	"	colangitis cólico resid.	"	----	colédoco dilatado	-	-	"	----	0	historia ictericia-hepatocolédocolitiasis.
cist.Cr.Calcul.	Colédoco muy dilatado.	" "	kehr	"	"	" "	"	No	"	----	Normal	-	-	"	----	0	colédoco dilatado- ictericia.
asis residual tocolangitis.	Estrechez vías biliares coledocolitiasis.	Coledocostomía sec.-duodenotomía	catt	"	"	linfoadenitis cr. no específica.	Si.	"	"	----	"	-	-	"	----	0	historia ictericia-estrechez vías bil. litiasis residual.
cist.calculosa aguda.	V.B.grande dura-vías biliares poco permeables.	biopsia V.B. Coledocostomía	kehr	"	"	adenocarcinoma de la V.B.	No	"	"	----	----	-	-	"	----	0	Ca.V.B. compresión del hepático. (paliativa.)
cist.Cr. Calcul	V.B. con cálculos dilatación Cístico.	Colecistectomía coledocostomía.	"	"	"	Colecist.cr.calcul.	"	"	"	----	Normal	-	-	"	----	0	cálculo menor cístico.
cist.Cr.Calcul vesícula	V.B. con cálculos. Cístico y colédoco con calcu	" "	"	"	"	" "	"	"	"	----	Normal	-	-	"	----	0	Historia ictericia. colédoco dilatado con cálculos.
cist.Cr.calcul.	coledocolitiasis-pancreatitis nodular	" "	"	"	"	" "	"	"	"	p.i: 0 mm agua p.o: 20 " " p.d: No hay	"	-	-	"	/----	0	historia de ictericia coledocolitiasis.
cist.cr.calcul. icia obstruct.	v.b.atrófica-cístico dilatado con 1 cálculo	" "	"	"	"	" "	"	"	"	----	"	-	-	"	----	0	ictericia-cístico con cálculos. V.B. atrófica.
icia obstruct. B.- coledocoli is.	hígado biliar cirrótico coledocolitiasis.	" "	"	"	"	--------	"	colangitis ictericia	"	----	"	-	-	"	----	0	historia ictericia e infec. coledocolitiasis-v.b.atrófica.

con presencia de sombras sospechosas de litiasis residual.
Se vé además una burbuja de aire en uno de los extremos de la rama horizontal del tubo.

Observación Número	Edad	Sexo	Tiempo de evolución cólicos	Escalofríos	Coluria	Acolia	Prurito	Trastornos Gastrointestinales	Historia Fiebre	Historia de Ictericia	Fiebre	Presencia Ictericia	Dolor HD	Dolor en la Zona Coledoco-pancreática	Murphy	Boas	Hepatomegalia	Vesícula palpable
41	47	F.	1 año	–	Si	–	–	A- N - IG	No	Si	No	Si	Si	No	–	–	–	–
42	29	F.	9 mes.	–	Si	–	–	N-v-d-a-ig	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	–	–
43	25	F.	1 año	Si	Si	–	Si	n- v- ig- C.	Si	Si	No	Si	Si	Si	–	–	–	–
44	53	F.	10 años	Si	–	–	–	ig-N-V-C-A	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	–	–	Si
45	46	F.	8 años	No	–	–	–	n-v-e-ig-a	Si	No	No	No	Si	Si	Si	–	–	–
46	43	F.	5 años	Si	–	Si	–	n-v-ig-c.	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	–	–	–
47	25	F.	6 años	Si	Si	–	–	n-v-ig-f-d-c	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	–	–
48	58	F.	5 mes.	Si	Si	–	Si	n-v-ig-c-pp	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	–
49	23	F.	8 años	–	–	–	–	n-v-ig-f	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	–	Si
50	34	F.	2 años	Si	Si	Si	–	n-v-a-c.	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	–
51	17	F.	2 años	–	Si	–	–	n-v-c-a-ig	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	–	–	–
52	41	F.	8 mes.	–	–	–	–	n-v-d-ig	No	No	No	No	Si	Si	–	–	–	–
53	57	F.	10 años	Si	–	Si	–	n-v-ig-f-d-c	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	–
54	48	F.	3 años	–	Si	Si	–	n-v-ig	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	–	Si	–
55	29	F.	4 mes.	–	Si	–	–	ig-a-n-v-c	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	–	–
56	28	F.	6 años	–	–	–	–	n-v-d-a.	Si	No	No	No	No	Si	–	–	–	–
57	30	F.	15años	–	Si	–	–	n-v-ig-p-f	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	–	–	–
58	74	F.	1 año	–	–	–	–	n-v-a-pp.	No	No	No	No	Si	Si	–	–	–	–
59	61	F.	3 años	–	–	–	–	n-v-c-p-	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	–	–
60	52	F.	3 años	–	–	–	–	ig-c-p-f-	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	–	–

Observación Número	Globulos Blancos	Neutrofilos	Eritrosedimentación	Tiempo de protombina	Cefalina-colesterol	Vonden Berg	Indice Ictérico	Otros	Colecistograma	Bilografina	Diagnóstico Pre-operatorio	Patología encontrada en la Operación	Operación
41	8,9	78	100	–	–	–	81u	–	–	–	colecistitis cr. Calculosa- Ictericia obs-	v.B. cálculos pequeños masa dura en el Hepatico	Colecistect. cost. biopsia ca.
42	6,2	73	86	–	N	d: i.d. I: 1.2	11u.	–	V. excluída	–	colecist. cr. Calculosa. Fase aguda	Coledoco dilatado Coledoco litiasis	Colecistecto Coledocosto
43	8,4	84	90	25"	Si	d: i.d I: 1	11u	–	"	–	Ictericia obst. Litiasis residual	Fístula biliar -vías bil. dilatadas	Coledocosto Duodenotom
44	5,9	75	38	–	N	I: 1 d: i.d.	11u.	–	"	–	Colecist. cr. Calculosa -emplema.	Císt. dilatado con calc. coledoco litiasis.	Coledocosto Colesistecto
45	11,7	62	87	–	–	Norm.	5.u	–	"	–	Colecist. cr. Calcul.	v.b. atrófica coledoco dilatado.	"
46	14,6	79	123	20"	Si	D: r.d T:0.9	13u	–	"	–	Colecist. aguda Empiema.	v.b. atrófica coledoco dilatado Cístico.	"
47	15,8	93	54	–	N	D: i.d T: 1.3	11u	–	"	–	Colecist. cr. Cal. Aceso agudo	Vesic. con cálculos Coledoco engrosado.	"
48	5,1	82	9	–	–	D:si.f T:7.2	40u	–	"	Litiasis Residual	Colecist. cr. Cal Coledocolitiasis	v.b. con cálculos Coledoco y cístico dilatado	"
49	11,5	87	99	–	–	D: i.d. T: 1.3	11u	–	"	–	Colecist. cr. Cal. acceso agudo	V. aguda grangrenosa perforada calculosa	"
50	9,0	83	72	–	–	D: f T: 1.9	14u	–	"	–	Colecist. cr. Cal Coledocolitiasis	v.b. con cálculos cístico y coledoco dilatados	"
51	15,3	80	3	–	–	D: f T: 1.7	13u	–	v.B. con cálculos y con funsión	–	"	v.b. con cálculos Pancr. nodular.	"
52	4,9	48	20	–	–	Norm.	4 u.	–	v. excluída	–	Colecist. cr. calculosa .	v.b. con cálculos Coledocolitiasis y dilatado.	"
53	13,8	85	60	–	–	D: i.d T: 1.8	15u	–	v.b. visible con cálculos	–	Colecist. cr. Calc. fase aguda.	Cístico dilatado-Cálculo en Vater .	"
54	6,6	80	42	–	Si	D: i.f I: 2.6	153u	–	v.b. excluída	–	Colecist. cr. Calc. Fase subaguda	Coledocolitiasis y dilatado.	"
55	6,2	73	36	N	N	D: I.D I: 1.2	11u	–	"	–	Colecist. cr. Calc. Fase subaguda	" "	"
56	5,1	81	24	–	Si	Norm.	5 u.	–	"	–	Colecist. cr. Calc. Obstrucción cístico.	Coledocolitiasis y dilatado -pericolisistitis	"
57	7,5	79	2	15"	N	D: f. I: 6.9	40u	–	–	–	Coledocolitiasis Hepatocolangitis	v.b. Atrófica -Cístico y Coledoco dilatado.	Colecistec. cost. duoden
58	9,1	58	30	–	N	Norm.	6.a	–	V. Excluída	–	Colecist. cr. Calc.	Cístico y coledoco dilatados. Coledocolitiasis.	Colecistec. costomía.
59	6,0	79	42	–	–	D. I. F I: 2.	18u	–	v/b. Visible sin función	–	v.b. subaguda. con cálculos	v.b. subaguda Coledocolitiasis.	"
60	7,9	66	21	–	–	–	–	–	Vésicula excluída	–	Colecist. cr. Calc.	v.b. con pus cístico dilatado. Colelitiasis.	"

Practicado	Tubo Usado	Drenaje	Anestesia	Anatomía Patológica	Accidentes operatorios	Complicaciones del Post-Operatorio	Prueba del Cierre	Colangiometría PI Presión inicial PO Presión ODDi PD Presión dolorosa	Colangiograma	Pribram	Best-Hickman	Re-Operación	Causas de la Re-Operación	Mortalidad	Conclusiones
-Coledo Hepáti-	catt.	penr	g.oe	cirrosis biliar colecistit. Ca. atípico	No	Ict. y fiebre	No	---	---	-	-	no	---	0	Ca. vías biliares compresivo v.b. con cálculos pequeños.
mía mía	kehr	"	raq.	Colecist. cr. Calc.	No	-	N	---	Normal	-	-	"	--	0	Coledocolitiasis. Ictericia reciente.
mía sec. ía	eatt	"	hiber	—	No	Fiebre escalofríos.	No	---	Vías no visibles	-	-	"	---	0	Coledoco estrecho. Oddi idem
mía mía	kehr	"	g.o.e	Colecist. cr. Calc.	No	—	N	---	Normal	-	-	"	----	0	Historia infección Ictericia Coledocolitiasis.
	"	"	"	"	No	—	N	---	Normal	-	-	"	----	0	Vesícula atrófica Coledoco muy dilatado
	"	"	"	—	No	—	N	---	Sospecha litiasis residual encoledoc.	-	-	"	----	0	v.b. Atrófica. Historia infec- Coledoco dilatado.
	"	"	"	Colecist. cr. Cal.	No	—	N	---	-----	-	-	"	----	0	Historia Infección Ictericia Coledoco engrosado.
	Maingot —	"	"	Colecist. cr. cal. brote agudo.	No	Fístula biliar ictericia	N	- ---	Sospecha litiasis residual .	-	si	"	----	0	Historia Infección Ictericia Coledoco litiasis.
	kehr	"	"	" "	No	Shock	N	---	-----	-	-	"	----	0	Historia Infección Ictericia Cálculo menor cístico.
	catt.	"	"	Colecist. cr. Calc.	No	—	N	---	Normal	-	-	"	----	0	Historia Infección Ictericia Coledoco Dilatado.
	"	"	"	" "	No	—	N	---	"	-	-	"	----	0	Historia Ictericia Pancreatitis nodular.
	kehr	"	"	Colecist. cr. Calc.	No	—	N	---	"	-	-	"	----	0	Coledoco Dilatado con cálculos y arenilla.
	"	"	"	" "	No	—	N	---	"	-	-	"	----	0	Historia Infección Ictericia coledocolitiasis.
	"	"	"	" "	No	Ictericia -Fiebre- astenia.	No	---	"	-	-	"	----	0	v.b. atrófica. cálculo menor cístico -colangitis hígado biliar.
	"	"	"	" "	No	-	N	---	"	-	-	"	----	0	Ictericia Coledocolitiasis y dilatado.
	"	"	"	" "	No	—	N	---	"	-	-	"	----	0	Historia Fiebre coledocolitiasis. Cístico dilatado.
Coledo- notomía	Catt	"	"	" "	No	Ictericia -fiebre dolor H.D.	-	---	"	-	-	"	----	0	Historia Infección Ictericia Coledocolitiasis. Oddi V estrech
COledo-	kehr	"	"	—	No	—	-	P.I: 30 mm agua P.O: 120 " " P.D: no hay	Litiasis residual	-	-	"	----	0	Cístico -coledoco dilatado coledocolitiasis.
	"	"	"	Colecist. cr. Calc.	No	—	N	---	----------	-	-	"	----	0	Ictericia e infección coledocolitiasis.
	Nelaton —	"	"	Colecist. cr. fase aguda.	No	—	N	---	----------	-	-	"	-----	0	Infección vías biliares.

Observación Número	Edad	Sexo	Tiempo de evolución cólicos	Eructos	Colonia	Acolia	Prurito	Trastornos Gastrointestinales	Historia Fiebre	Historia de ictericia	Fiebre	Presencia Ictericia	Dolor H.D.	Dolor en la Zona Colédoco-pancreática	Murphy	Boas	Hepatomegalia	Vesícula palpable
61	54	F	3 años	si	--	--	--	n-v-ig-F	si	si	si	si	si	si	si	-	si	-
62	23	"	7 mes	si	si	si	si	n-v-ig-F	no	si	no	si	si	si	si	si	si	-
63	31	"	4 años	-	si	si	si	n-v-ig-D	no	no	no	si	si	si	si	-	-	-
64	48	"	3 "	-	-	-	-	n-v-ig-C	si	no	no	no	si	si	-	-	-	-
65	38	"	3 mes	si	-	-	si	n-a-ig-C	si	no	no	no	si	si	si	-	-	-
66	40	"	2 años	si	si	si	-	n-v-ig-A-C.	no	no	no	si	si	si	si	-	-	-
67	60	"	5 "	si	-	-	-	n-v-ig-c	si	no	no	si	si	si	-	-	-	-
68	42	"	20 mes	-	-	-	-	n-v-ig-	no	no	no	si	si	si	si	-	-	-
69	33	"	15 años	-	-	-	-	a-ig-	si	si	si	no	si	si	si	-	-	-
70	25	"	18 mes	-	-	-	-	n-v-ig-c	no	si	no	si	si	no	si	-	-	-
71	64	"	6 años	-	-	-	-	n-v-a-pp.	no	no	no	si	si	si	si	-	si	-
72	32	"	10 años	-	-	-	-	n-v-a-c	si	no	si	no	si	si	-	-	-	-
73	35	"	3 mes.	-	si	si	-	n-v-a-ig-c.	si	si	si	si	si	si	si	-	-	-
74	45	"	3 años	si	si	-	-	n-c-v-ig-f	si	si	no	si	si	si	si	si	-	si
75	35	"	3 "	si	-	-	-	n-v-ig-c	si	si	si	si	si	no	si	-	si	si
76	48	"	5 "	-	-	-	-	v-a-c	no	no	no	si	si	no	-	-	-	-
77	53	"	2 mes.	-	-	-	-	n-v-a-c-pp	si	no	no	si	si	si	-	-	-	-
78	54	"	20 años	-	-	-	-	n-v-v-f-	no	no	no	no	si	si	-	-	-	-
79	18	"	6 mes.	si	si	-	si	n-v-c-ig	si	si	no	si	si	si	si	-	-	-
80	22	"	2 años	-	-	-	-	n-v-ig-p-f.	no	no	no	no	si	si	si	-	-	-

Observación Número	Globulos Blancos	Neutrofilos	Eritrosedimentación	Tiempo de protombina	Cefalina-colesterol	Vandenberg	Indice ictérico	Otros	Colecistograma	Bilirrubina	Diagnostico
61	17,1	90	51	-	-	D f.* P 3.9	24 u	-	v b. visible sin función.	----	Colecistitis con cálculos
62	6,4	65	106	-	-	D f. T 3 9	21 u	-	---------	-----	Ictericia ob coledocolitia
63	9,8	83	--	-	-	D f T: 1 4	16 u	-	v b con cálculos sin función.	------	Colecist cr Coledocolitia
64	11,4	64	17	-	si	Normal	3 u	-	----------	litiasis co ledoco	Síndrome P sistectomía
65	5,2	73	50	30"	n	D f I 0.5	8 u	-	v b excluída	-----	Colecist sul Calculosa
66	5,8	89	16	-	n	D f I 6 2	41 u	-	---------	----	Ictericia ob docolitiasis
67	4,9	60	10	-	n	D i.d. I 1 3	13 u	-	v b Excluída	----	Colecist cr Coledocolitia
68	16,0	79	20	-	n	D i.d. I 1.3	10 u	-	"	----	Colecist cr
69	10,3	60	2	-	si	Norm.	4 u	-	"	----	Colecist cr Fase subagu
70	5,9	54	-	-	si	D f I 2.4	22 u	-	"	-----	Colecist cr
71	9,7	84	0	-	n	D f I 2 4	15 u	-	"	-----	"
72	14,7	94	65	-	n	D r.d I 0.9	9 u.	-	"	-----	Colecist fa pancreatitis
73	8,0	82	109	-	n	D i d I 1.3	13 u	-	"	----	Colecist cr Coledocolitia
74	6,5	70	--	-	si	D i f I 2.5	26 u	-	--------	-----	"
75	13,1	87	121	-	si	D i f. I : 4.8	31 u	-	--------	-----	Colecist A Coledocolitia
76	6,0	67	0	-	n	Norm	6 u	-	v b. con cálculos poca función.	----	Colecist cr
77	8,0	79	2	-	n	Norm.	5 u	-	v b Excluída sombras cáclos.	----	"
78	12,4	77	42	-	n	Norm	8 u	-	V. B Excluída	----	"
79	7,3	65	21	-	n	D i d. I 1 4	11 u	-	"	-----	Ictericia ob Colecist C
80	6,4	66	13	-	n	Norm	6 u	-	v b Excluída sombra cálculos	------	Colecist c

Patología encontrada de la Operación	Operación Practicada	Tubo Usado	Drenaje	Anestesia	Anatomía Patológica	Accidentes operatorios	Complicaciones del Post-Operatorio	Prueba del Cierre	Colangiometría: Pl. Presión Hidrostática	P.O. Presión ODDi	P.D. Presión dolorosa	Colangiograma	Pr. Bilirr.	Best. Hickem.	Re-Operación	Causas de la Re-Operación	Mortalidad	Conclusiones
ema coledocolitia- nfección	colecistectomía coledocostomía	Kehr	penr	goe.	colecistitis calcul. acceso agudo	no	-----	n	----------			Sospecha litiasis residual.	-	sí	no	---	0	Historia Ictericia infección Coledoco obstruído.
atrófica coledocoli hígado biliar.	" "	"	"	"	colesist. cr. atrofic	no	-----	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	Historia Ictericia . v.b. Atrófica - Coledocolitiasis.
atrófica Calc. pe- s coledoco dilatado	" "	"	"	"	"	"	-----	-	----------			---------	-	-	"	---	0	v.b. Atrófica . Historia Ictericia Cálc. menor cístico.
n residual del císti-	Recepción del muñón coledocostomía	"	"	"	Muñón del cístico fibrosado.	"	Dolor epigástrico.	-	----------			Normal	-	-	sí	Síndrome postcolecist	0	Síndrome post colecistectomía
con cálculos Coledo atado y engrosado	Colecistectomía Coledocostomía	"	"	"	Colecist. cr Calc	no	-----	n	p.i. 5-6 mm agua p.o. 19" " " p.d. 36 " "			Normal	-	-	no	---	0	Historia Infección Coledoco engrosado y dilatado.
con cálculos Coledo is Calc. Vater	Colecistec Coledocost. Duodenotomía	Catt	"	"	"	"	-----	n	p.i. 7 mm agua p.o. 29 " " p.d. no hay			Dudosa	-	-	"	---	0	Historia Infección Ictericia Coledocolitiasis y en vater.
con arenilla Coledo- em Oddi estrecho	" "	"	"	"	"	"	-----	-	----------			---------	-	-	"	---	0	Ictericia. Coledocolitiasis v.b. con arenilla.
locolitiasis cístico ado v.b. cálculos.	Colecistectomía Coledocostomía	Kehr	"	"	"	"	-----	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	Ictericia. Coledocolitiasis Cístico dilatado.
carides encoledoco sin cálc. distendida	" "	"	"	"	"	"	-----	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	Historia Ictericia Infección Parasitismo errático.
docolitiasis infección biliares	" "	"	"	"	Colecist. fase subaguda	"	-----	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	Ictericia Colangitis . Coledocolitiasis.-
atrófica Coledocoli- s	" "	"	"	"	Colecist. cr. Calc.	"	-----	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	v.b. Atrófica . Coledocolitiasis. Cálculo menor cístico.
aguda - esteatone- sis -pancreatitis	" "	"	"	"	"	"	Fiebre n-v-a	n	----------			"	-	-	"	---	0	Historia de Infección.
Atrófica. Coledoco- sis fístulas biliar.	" "	"	"	"	-------	"	------	n	----------			"	-	-	"	---	0	Historia Ictericia Infección Coledocolitiasis. v.b. atróf.
Cálculos, Coledoco- sis Hígado biliar	" "	"	"	"	Colecist. cr. Calc.	"	------	N	----------			"	-	-	"	---	0	Historia Infección Ictericia Coledocolitiasis. cístico dilat.
grande Coledoco hepáticos.	" "	"	"	"	------	"	Fiebre Ictericia Absceso pulmón	n	----------			"	-	-	"	---	0	Historia fiebre Ictericia. Hepatocoledocolitiasis.
cálculos Calc ma- fático	" "	"	"	"	Colecist. cr. Cal.	"	Ictericia.	-	----------			Dudosa	-	-	sí	Colangitis Estrechez	0	Ictericia post operatoria. Colangitis.
atrófica Hepatocole dilatado.	" "	"	"	"	" "	"	N-v.	n	p.i. 0 mm agua p.o. 250 " p.d. 450 "			--------	-	-	no	---	0	v.b. atrófico . Hepatocoledoco dilatado y engrosado.
cálculos - Coledoco ado.	" "	"	"	"	" "	"	------	n	----------			Normal	-	-	"	---	0	Hepatocoledoco dilatado.
Edematizada. Cole- dilatado.	" "	"	"	"	" "	"	------	dolor	----------			"	-	-	"	---	0	Historia Ictericia infección. Coledoco dilatado.
docolitiasis v.b. ulos	" "	"	"	"	" "	"	------	n	----------			"	-	-	"	---	0	Coledocolitiasis Hepatocoledoco dilatado.

Observación Número	Edad	Sexo	Tiempo de evolución cólicos.	Escalofríos	Coluria	Acolia	Prurito	Trastornos Gastrointestinales	Historia Fiebre	Historia de Ictericia	Fiebre	Presencia Ictericia	Dolor H.D.	Dolor en la Zona Colédoco-pancreática	Murphy	Boas	Hepatomegalia	Vesícula palpable
81	29	F	5 años	-	-	-	-	n-v-ig-	si	no	si	si	si	si	-	-	-	-
82	30	"	21 mes	si	-	-	-	n-a-ig-p	si	no	no	si	si	si	si	-	-	-
83	47	"	9 años	-	-	-	-	a-c-	no	no	no	si	no	si	-	-	-	-
84	60	"	6 mes.	si	si	si	si	a.	si	si	no	si	si	si	-	-	-	-
85	60	"	20 años	si	si	-	-	n-v-c-ig-pp	si	si	si	si	si	si	si	-	si	si
86	23	"	20 días	-	-	-	-	n-v-a-pp.	no	no	no	no	no	no	-	-	-	si
87	20	"	4 mes.	-	si	-	-	n-v-a-d.	si	si	no	si	si	si	si	-	si	-
88	40	"	1 año	si	si	-	-	n-v-ig-p.	si	si	no	si	si	si	si	si	-	-
89	41	"	25 años	si	si	si	-	n-v-ig-d-c-	si	si	no	no	si	no	si	-	-	-
90	46	"	3 años	no	-	-	-	n-v-ig-a-c-	si	si	no	no	si	si	si	-	-	-
91	27	"	7 mes.	si	-	-	-	n-v-ig-c-f	si	no	si	si	si	si	-	-	-	-
92	52	"	3 años	-	si	-	-	n-v-ig-pp-p.	no	no	no	no	si	si	-	-	-	-
93	54	"	2 "	si	-	si	-	n-v-a-ig.	si	no	no	no	si	si	-	-	-	-
94	28	"	3 años	si	si	si	si	n-v-a-d-ig.	si	si	si	si	si	si	si	si	si	si
95	51	"	8 mes.	si	si	-	si	n-v-d-a.	si	si	no	si	no	si	si	-	si	si
96	28	"	2 años	-	-	-	-	n-v-.	si	no	no	no	si	no	-	-	-	-
97	40	"	25 días	si	si	si	si	a-pp.	si	si	no	si	si	si	si	si	si	-
98	24	"	3 años	-	-	-	-	n-v-ig-c.	no	no	no	no	si	no	-	-	-	-
99	27	"	7 años	-	si	-	-	n-v-c-ig-f.	si	si	si	si	si	si	si	-	-	-
100	58	"	4 años	-	-	-	-	n-v-d-ig.	si	no	no	no	si	si	si	-	-	-

Observación Número	Glóbulos Blancos	Neutrófilos	Eritrosedimentación	Tiempo de protombina	Catgina-colesterol	Van den Berg	Indice Ictérico	Otros	Colecistograma.	Bilirrafina	Diagnóstico Pre-operatorio	Patología encontrada en la Operación	Operación Practicada	Tubo Usado	Drenaje	Anestesia
81	6,8	78	2	-	si	d: i.f i: 2.2	15 u	-	Vesícula excluída	------	Colecist. cr. Cal. Coledocolitiasis,	v.b. con cálculos. Hepatocoledoco dilatados.	Colecistec. Coledocost. duodenotomía	Catt	Penr	goe
82	6,9	74	16	-	n	d: r.d i: 0.8	9 u.	-	v.b. poco visible con función.	------	Colecist. cr. Calc.	v.b. cálculos peq. cístico dilatado.	Colecistectomía Coledocostomía	kehr	"	"
83	8,2	73	2 u.	-	n	Norm.	2 u.	-	Vesícula excluída	------	"	Coledocolitiasis y dilatado y engrosado.	"	"	"	"
84	4,2	40	11	si	si	d; i.f. i: 1.5.	40 u	-	----------	------	Coledocolitiasis Ictericia. Ca. ?	v.b. puntiado hemorrágico	Colecistec. Coledocoso. duodenotomía	Catt	"	hilu
85	7,2	62	17	-	si	d; i.f. i: 4.9	26 u	-	Vesícula excluída.	------	Colecist. cr. Cal. Coledocolitiasis.	v.b. cálculos peq. menor cístico. coledocolit.	Colecistectomía y Coledocostomía	kehr	-	"
86	8,6	88	25	-	n	Norm.	3 u	-	" "	------	Colecist. cr. Cal.	hidrocolecisto. Coledoco litiasis y encistico.	"	"	"	goe
87	11,4	88	38	-	si	d: i.f. i: 2.4	16 u.	-	" "	------	Colecist. cr. Cal. Empiema.	v.b. empiema cálculos v.b. atrófica. coled. lit.	1) colecistostomía 2) colecistec. coled.	catt	"	"
88	6.1	80	2	-	n	d: i.f. i: 2.6	24 u	-	" "	------	Colecist. cr. Cal. Ictericia obstruct.	v.b. cálculos. Coledocolitiasis. cístico dilatado.	Colecistectomía Coledocostomía	kehr	"	"
89	6,5	70	9	-	-	Norm.	4 u.	-	" "	------	Colecist. cr. Cal.	v.b. atrófica pus. Coledoco y cístico dilatados.	"	"	"	"
90	5,7	72	13	-	si	"	6 u.	-	v.b. poco visible.	------	Colecist. cr. Cal. Coledocolitiasis.	v.b. con cálculos. Coledoco dilatado.	"	catt	"	"
91	7,7	85	7	-	-	d: r.d. i: 0.7	8 u.	-	Vesícula excluída	------	Colecist. cr. Cal.	v.b. atrófica. Calc. peq. Coledoco engrosado.	"	kehr	"	"
92	6,1	78	40	20"	n	Norm.	5 u.	-	" "	------	" "	v.b. atrófica. Coledocolitiasis. Cístico dilatado.	"	"	"	"
93	12,5	78	7	-	"	"	4 u.	-	" "	------	" "	v.b. cálculos peq. cístico dilatado.	"	"	"	"
94	16,9	87	35	30"	si	d: f. i: 7	49 u	-	v.b. con cálculos.	------	Colecist. cr. Cal. Coledocolitiasis.	v.b. atrófica. Coledocolitiasis. higado biliar.	"	"	"	"
95	16,6	80	97	16"	si	d: f. i: 4.3	104 u	-	v.b. excluída con cálculos.	------	Ictericia Obstructiva. Ca. pancreas.	Empiema. Colangitis. pancreatitis. higado mosc.	"	catt	"	"
96	5,9	76	5	-	si	Norm.	3 u.	-	v.b. poco visible Cálculos sin función	-----	Colecist. cr. Cal.	v.b. cálculo peq. coledocolitiasis. cístico dilatad.	"	kehr	"	"
97	11,3	76	50	-	n	d: i.f. i: 12.2	90 u.	-	----------	------	Litiasis residual Ictericia. Pancreat	1) colangitis. 2) estrechez inflamatoria coledoco.	1) coledocostomía 2) reparación estch.	catt kehr	"	"
98	5,8	73	35	-	-	---	-	-	Vesícula excluída	------	Colecisti. cr. Cal.	v.b. atrófica. Coledocolitiasis. y encistica.	Colecistectomía Coledocostomía	kehr	"	"
99	16,0	91	50	-	si	d: f. i: 4.	32	-	" "	------	Colecist. cr. Cal. Ictericia obstruct.	v.b. cálculos peq. coledocolitiasis.	"	"	"	"
100	6,2	71	42	-	-	--	-	-	v.b. visible sin cálculos.	-----	Colecist. cr. Cal.	v.b. atrófica con calc.	"	"	"	"

Anatomía Patológica	Accidentes operatorios	Complicaciones del Post-Operatorio	Prueba del Cierre	Colangiometría P.I.: Presión inicial P.O.: Presión ODDI P.D.: Presión dolorosa	Colangiograma	Pribram	Best-Hickenson	Re-Operación	Causas de la Re-Operación	Mortalidad	Conclusiones
Colecist. cr. Cal.	no	Fístula biliar	n	---------	Normal	-	-	no	-------	0	Historia Infección Ictericia. Hepatocoledoco dilatado.
" "	"	no	"	---------	" "	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia cálculo menor cístico.
Colecist. cr. Cal. Pólipo adenomatoso	"	"	"	---------	" "	-	-	"	-------	0	Historia Ictericia . Hepatocoledoco dilatado y con cálculos.
v.b. normal ganglio t.b.c.	"	"	"	---------	" "	-	-	"	-------	0	Historia Ictericia fiebre compresión glio t.b. de vías bil.
Colicist. cr. Cal.	"	"	"	---------	" "	-	-	"	-------	0	Historia Ictericia . Coledocolitiasis.
" "	"	"	"	---------	---------	-	-	"	-------	0	.Coledoco dilatado con cálculos
Colecistitis aguda	-	Colangitis	"	---------	---------	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia cístico -coledoco dilatados
Colecist. cr. Cal.	"	no	"	Normal	---------	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia. Coledocolitiasis.
" "	"	"	"	"	Normal	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia, v.b. con arenilla. coledoco dilatado
" "	"	"	"	---------	"	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia. coledoco dilatado y engrosado.
" "	"	Fiebre. dolor cólico.	"	---------	"	-	-	"	-------	0	Historia Infección .v.b. cálc. peq. coledoco dilatado.
" "	"	no	dolor	---------	"	-	-	"	-------	0	v.b. atrófica. Coledocolitiasis y dilatado.
" "	"	"	n	---------	-------	-	-	"	-------	0	Historia fiebre cálculos peq. cálculo menor cístico.
Colecist. cr. Cal. Cirrosis hepática.	"	Schock. Absceso. subhepático	"	---------	Normal	-	-	si	drenaje absceso.	0	Historia fiebre ictericia. Coledoco litiasis. v.b. atrófica.
-------	"	no	"	---------	"	-	-	no	-------	0	Historia infección ictericia colangitis. vías bil dilatadas.
Colecist. cr. Cal.	"	"	"	---------	"	-	-	"	-------	0	v.b. calc. peq. menor cístico coledoco dilatado con litiasis.
Tapones fibrinosos en hepatocoledoco	"	Fístula biliar colangitis.	"	---------	"	-	-	si	Estrechez vías biliar.	1	Historia infección ictericia. estrechez vías biliares.
Colecist. cr. Cal.	"	no	"	p.i: 35 mm agua P.o: 95 " " p.d: 420 " "	"	-	-	no	-------	0	v.b. atrófica. arenilla en el coledoco.
" "	"	"	"	---------	---------	-	-	"	-------	0	Historia fiebre ictericia. Coledoco litiasis cístico dilatado.
" "	"	"	"	---------	---------	-	-	-	-------	0	v.b. atrófica . Historia de infección.

TERCERA PARTE.

CONSIDERACIONES DEL TEMA EN GENERAL Y DISCUSION

He creido importante mencionar algunos puntos relacionados con la Coledocostomía, excluyendo de ellos las partes correspondientes a Embriología, Anatomía, Fisiología y Técnica Operatoria, que por no pertenecer a mi punto de tesis no entro en su descripción sin que esto quiera decir que menosprecie su valor, dado que cada uno de estos puntos son tan importantes y extensos como para hacer de ellos verdaderos temas de estudio.

Por lo tanto los conceptos que mencionaré son aquellos que a mi juicio son de utilidad para completar el estudio.

HISTORIA:

La atención médica de la patología de las vías biliares data de varios siglos atrás. Así en la Historia Médica de Marcelius de Donatus en el año de 1587, establece que fueron Gentile Da Foligno y Donatus quienes en 1384 describieron cálculos en las vías biliares.

Vesalio (1514 1564) realizó por primera vez el estudio clínico y anatomopatológico de la litiasis, y describió un caso de absceso hepático por cálculo, y de ictericia por litiasis biliar.

Charcot en 1877 describe la fiebre de tipo intermitente que lleva su nombre.

Langenbuch (1884) insinuó la posibilidad del drenaje del Colédoco, siendo Kummell en el mismo año quien lo practicó por primera vez.

Knowzley Thornton practicó en 1889 la primera Coledocostomía con éxito, sin embargo otros autores creen que fué Von Winiwater a fines del siglo pasado.

A. W. Rovson en 1902, en Inglaterra, fué el primer cirujano que escribió del drenaje del colédoco mediante el uso de un cateter.

No ha sido bien determinado quién fué el primero en introducir la técnica del uso del tubo en T. pero se cree que Deaver de Filadelfia fué el primero, haciendo su referencia en 1904 en el British Medical Jornal.

Hans Kehr de Alemania ha sido designado como el verdadero autor del tubo en T. En el Technique Der Gallenstein Operation publicado en 1905 dió a conocer una de las dos técnicas de introducir el tubo. Haciendo su primera referencia del uso del tubo en T. en 1909 sin reclamar la originalidad del invento.

Baker en 1941, recomendó el uso de un tubo en T. con un ángulo de 135°, para poder introducir a su vez en su luz un tubo más delgado que pasara a la rama inferior para hacer directamente los lavados.

Dickei ideó la abertura de un agujero en el punto medio de la rama transversal, lo cual vino a simplificar más el drenaje y la fácil extracción del tubo.

Raffl sugirió un tubo con doble vía para la eliminación de gases y fluidos. McDonald, en Canadá usó el tubo con doble vía con ángulo obtuso reportando verdaderas ventajas, las cuales se ven confirmadas con los trabajos de R. Russell Best en 1950.

Recientemente se han ideado algunos dispositivos especiales colocados en la rama longitudinal, que puedan evitar la extracción accidental del tubo antes de hacer el colangiograma rutinario, tales como orejuelas, bolsita inflable, (McGowan-Keeley), etcétera.

En la actualidad son tres los tubos más usados para el drenaje del Colédoco: 1o.) El tubo en T. de Kehr con la modificación de Dickei. 2o.) El tubo de Cattell con una de las ramas horizontales más larga que es la que va dirigida hacia la parte distal de las vías biliares. Y 3o.) el tubo en T. de Kehr con modificación de Maingot y la cual consiste en desentechar la rama transversal.

Consideración: Al analizar la Historia y los usos de los tubos de drenaje, traté de averiguar la patología reportada por los autores extranjeros como causas justificantes del drenaje del Colédoco, infortunadamente las estadísticas no son muy analíticas al respecto. Sin embargo reportan como causa principal del drenaje del Colédoco a la litiasis del mismo, por lo cual es a esta patología en especial a la que haré un estudio somero.

COLEDOCOLITIASIS:

1) **Concepto y Generalidades:**

La presencia de cálculos en el Colédoco puede tener su origen en:

A) Emigración de cálculos procedentes de la Vesícula biliar, que es lo más común y corriente.

B) Que se hayan formado en el mismo Colédoco, que es la que designamos como litiasis Secundaria, y la cual incide según la Clínica Lahey en un 4%.

Según estadísticas de la Clínica Mayo la Coledocolitiasis se presenta en un 13% más o menos de los pacientes que han sufrido operación de las vías biliares.

Sexo: Es dos veces más frecuente en la mujer que en el hombre.

Edad: Generalmente pasados los 40 años.

Tipo Característico del enfermo: Son por lo general personas obesas, flatulentas, fecundas, de raza blanca, etc.

Número de cálculos que se pueden encontrar: Pueden ser solitarios o múltiples.

Tamaño: Muy variable, desde arenilla hasta como el caso reportado por Bartlett el cual pesaba 80 gramos, y era palpable a través de la pared abdominal.

DISCUSION:

De lo analizado en el párrafo anterior, y comparándolo con lo referido en nuestro estudio, sacamos las siguientes conclusiones:

1o.) Que la coledocolitiasis presentada en todos nuestros pacientes con operación de vías biliares, es de una incidencia poco menor a la referida por los autores, ya que alcanzó el 10.6%.

2o.) Nuestra incidencia de litiasis secundaria fué más baja (1.72%).

3o.) La Coledocolitiasis se presentó en nuestras pacientes en edad más temprana (21 a 40 años).

4o.) El hábito presentado por nuestras pacientes fué generalmente el mismo que el referido por los autores extranjeros.

II) Cuadro Clínico:

Antecedentes de Cólicos hepáticos o de litiasis confirmada.

El dolor cólico es más intenso que los anteriores, y se presenta con más frecuencia.

El dolor tiende a localizarse en la zona Colédoco-pancreática, siendo referido por el paciente como dolor Epigástrico.

Ictericia de tipo obstructivo: de carácter intermitente, que se presentan en un 50% más o menos de los casos.

Como consecuencia a lo anterior los síntomas de Acolia y de Coluria.

Presencia de escalofríos seguidos de fiebre, generalmente del tipo intermitente, que coincide con el recrudecimiento del síntoma dolor.

Trastornos gastro-intestinales varios: Náuseas, vómitos de tipo bilioso por lo general, constipación, diarrea, intolerancia grasa, prurito, etc.

Discusión: Lo mencionado por las autores extranjeros en el capítulo anterior, se ajusta completamente a los hallazgos clínicos de nuestras pacientes haciendo la salvedad que no fué posible encontrar un análisis porcentual total referido por los autores de más renombre para poder establecer una comparación completa con nuestras estadísticas.

III) Examen Físico, hallazgos positivos más importantes:

Fiebre: Generalmente del tipo bilioséptico o seudopalúdico, de 39 á 40°C.

Pulso: Tendencia a la bradicardia.

Tinte subictérico, ictericia franca, o ausencia de la misma.

Dolor a la palpación a nivel del Hipocondrio derecho. Con Maniobra de Murphy Positiva.

Dolor a la palpación a nivel de la zona Colédoco-pancreática de Chauffard-Rivet.

Hepatomegalia.

Vesícula biliar raramente palpable, como consecuencia de un proceso inflamatorio crónico de la V.B. que la atrofia.

Comentario:

En nuestra casuística encontramos con más frecuencia la fiebre de tipo bilioséptica, ya que alcanzó una incidencia del 24%, mientras que la referida por los autores es del 18 al 20%.

La Ictericia en el examen físico se presentó en el 59%, la cual supera las estadísticas extranjeras en donde alcanza el 50%.

IV) Exámenes de Laboratorio:

Tendencia a la leucocitosis como manifestación de infección.
Neutrofilia.
Sedimentación elevada.

Tiempo de protrombina: tiende a elevarse en aquellos casos en los que hay ictericia por estasis biliar.

Pruebas Hepáticas: Generalmente negativas, salvo en aquellos casos de evolución prolongada en los que puede llegar hasta la insuficiencia hepática total por cirrosis biliar.

Bilirrubina de tipo Directa elevada, alcanzando valores generalmente por encima de 1.5Mgs%.

Reacción de Van den Berg Positiva del tipo Directa.

Indice Ictérico variablemente elevado por valores encima de 15U.

Los Exámenes de orina nos muestran: Presencia de pigmentos o sales biliares, aumento de la bilirrubina o de la uro-

Examen de Heces fecales: Ausencia o disminución de la es-
bilina.
tercobilina, que es la responsable de la decoloración.

La ausencia persistente del Urobilinógeno en la orina es índice de obstrucción completa, mientras que su variable dosificación bajo valores normales lo es de un cálculo en el colédoco de acción valvular.

Fosfatasa alcalina: valores por encima de 4.5 U. Bodansky %, en ausencia de enfermedad ósea indican obstrucción, y con especial a nivel de los pequeños conductos biliares.

Colesterol sanguíneo aumentado.

Sondaje Duodenal (Prueba de Meltzer Lyon): Nos da datos de suma importancia:

a) En casos de litiasis del Colédoco: Bilis más o menos ausente, no hay sangre, fermentos del páncreas presentes.
b) En casos de Ca. de la cabeza del páncreas: Ausencia de bilis, falta de fermentos Pancreáticos, ausencia de sangre.
c) En casos de Ca. de la ampolla de Vater: Ausencia de bilis y de fermentos pancreáticos, presencia de sangre.

Discusión:

Los datos más importantes de Laboratorio referidos por los autores, se confirman más o menos en nuestro estudio. Así encontramos Leucocitosis en el 28%, Neutrofilia en el 60%, Eritrosedimentación elevada en el 71.8%, Bilirrubinemia elevada en el 36.4%, e Indice Ictérico: 48.3%.

Las pruebas Hepáticas (Cefalina-Colesterol) se presentaron con alteración en el 38.4% lo cual es explicable dado que una mayoría de nuestras pacientes presentan un cuadro clínico de larga evolución.

V) **Estudio Radiológico:**

Colangiografía:

Los adelantos radiológicos en vías biliares han significado un medio diagnóstico de gran valor en la patología biliar. Así Radiológicamente en la actualidad uno puede determinar la presencia de una hidrohepatosis, cálculo inadvertido, estrecheces, espasmo esfinteriano, pancreatitis, etc. El advenimiento de la Biligrafina para uso intravenoso (sol. 20%) significa en la actualidad la última palabra en cuanto a perfeccionamiento de la Colangiografía se refiere.

La Colangiografía para su mejor estudio la hemos dividido en:

1o.) **Colangiografía Pre-operatoria:**

Mediante el uso de la Biligrafina por vía intravenosa, se pueden visualizar los conductos biliares extra-hepáticos en un 80% más o menos de los pacientes Colecistectomizados anteriormente que presentan síntomas residuales. Y se puede lograr hasta un 90% si los casos no están comprometidos con lesión hepática o Ictericia. Es nuestra impresión que el uso de la Biligrafina —salvo contraindicaciones— debería usarse en la mayoría, si no en todos, los casos en que el Colecistograma refiere Vesícula biliar Excluida, con las siguientes ventajas:

a) Seguridad de que el medio se ha absorbido.
b) Como confirmación del examen de V. B. Excluida.
c) Como un medio diagnóstico de conocer el estado de las vías biliares Hepato-coledocianas previamente al acto operatorio.

El uso de la Biligrafina se encuentra indicada en:

1) Colangiografía pre-operatoria.
2) En el Síndrome post-colecistectomía.
3) En emergencias.
4) Cuando la Colecistografía falla o no es posible.
5) En casos de estrecheces post operatorias.
6) Para diagnosticar enfermedad pancreática.
7) En niños.
8) En pacientes que padecen enfermedad de los conductos biliares y que presentan historia antigua de ictericia.

El uso de la Biligrafina se encuentra contraindicada en:

1) En lesión hepática progresiva.
2) Hipertiroidismo.
3) En la idiosincrasia al yodo.

2o.) **Colangiografía Per operatoria:**

Las vías biliares se pueden explorar en el momento de la operación, inyectando un medio radio-opaco a través del tubo de drenaje en T., o bien a través del Cístico, o mediante el uso de otros dispositivos. Los resultados a interpretar son inmediatamente obtenidos.

En nuestro medio Hospitalario no ha sido posible poner en práctica este método, que significa para algunos autores un procedimiento de gran valor diagnóstico, ya que según ellos alcanza únicamente un 4% de error.

3o.) **Colangiografía Post-operatoria:**

Es un método que debe ser practicado siempre en todos los casos que se ha drenado y explorado las vías biliares. Representa el control del estado actual de los conductos, que servirá para determinar los manejos últimos del tubo.

COLEDOCOSTOMIA:

Definición, Indicaciones y algunas consideraciones generales.

Definición:

Procedimiento quirúrgico que consiste en el drenaje al exterior de las vías biliares extra hepáticas a nivel del Colédoco, mediante un tubo de forma usualmente en T.

Indicaciones de Coledocostomía:

Según Lahey son las siguientes:

1a.) Historia anterior o presente de ictericia.
2a.) Historia anterior o actual de infección de las vías biliares.
3a.) Presencia de cálculos en el Hepáto Colédoco.
4a.) Dilatación del Hepáto-Colédoco.
5a.) Hepato-Colédoco de paredes engrosadas.

6a.) Vesícula biliar atrófica.
7a.) Pancreatitis crónica que estrecha al Colédoco.
8a.) Cálculos vesiculares pequeños o presencia de arenilla, y cuando simultáneamente hay dilatación del Cístico: Cálculo menor que Cístico.

Cutler y Zollinger agregan a la lista anterior las indicaciones siguientes en forma relativa:

9a.) Cólicos hepáticos frecuentes.
10a.) Colangitis asociada a la litiasis.
11a.) Recurrencia de síntomas después de la Colecistectomía.

Shackelford enumera las indicaciones de la manera siguiente:

1a.) Cuando se está practicando una operación en el árbol biliar de un enfermo que presenta ictericia obstructiva, o tiene una historia anterior de la misma.
2a.) Cuando el Colédoco parece estar dilatado o engrosado, o ambos a la vez.
3o.) Cuando la aspiración del Colédoco por medio de una aguja, revela una bilis que no reviste los caracteres normales (amarillo, oro, etc.).
4a.) Cuando los hallazgos clínicos sugieren colelitiasis y sin embargo a la operación no se encuentran.
5a.) Cuando la Vesícula biliar contiene lodo biliar o cálculos pequeños, y que presenta un cístico de calibre mayor.
6a.) Cuando un cálculo u otra anomalía puede ser palpada en los conductos.
7a.) Cuando la operación que se practica por sospecharse enfermedad biliar, no nos da una explicación satisfactoria del cuadro clínico referido por el paciente.

Rodney Maingot clasifica inicialmente a la Coledocostomía en dos gruposc:

A) **Coledocostomía Primaria:** Comprendiendo por ella a la exploración del Colédoco inmediatamente después de la Colecistectomía, antes de la Colecistectomía, o sin necesidad de haber hecho Colecistectomía. Es decir que en resumen es aquella que se ha practicado en la primera intervención quirúrgica.

B) **Coledocostomía Secundaria:** Usa este término cuando se explora el Colédoco después de algún tiempo de haber hecho la Colecistectomía sola o combinada con coledocostomía.

Debido a que en la literatura no encontramos un concepto claro en lo que respecta a la terminología de las variedades de la Coledocostomía, pensamos que el problema puede simplificarse en la siguiente forma:

1) **Coledocostomía Primaria:** Será aquella en la que el Colédoco es drenado por primera vez, ya sea como intervención única o concomitantemente con operaciones de las vías biliares, Páncreas, duodeno, etc.
2) **Coledocostomía Secundaria:** Cuando el colédoco es drenado por segunda vez.
3) **Coledocostomía Terciaria:** Cuando lo es por tercera vez. etcétera.

Consideraciones Generales de importancia:

Lahey explora el colédoco en el 45.7% de todos los pacientes con colelitiasis; de estos un 15% presentan coledocolitiasis.

Cutler y Zollinger lo hacen en un 40%, reportando simultáneamente un 22% de Coledocolitiasis de una serie de Colecistectomías.

Maingot explora el colédoco en más o menos un 30% de todos los casos de Colecistitis calculosa.

Comparando nuestro porcentaje de drenaje del colédoco con la de los autores anteriores, vemos que alcanza valores mucho más bajos, ya que fué del 16.6%.

Pero si nos referimos a nuestro porcentaje de justificación en el drenaje, vemos que es bastante alto ya que obtuvimos el 93.54%.

Ayudas Pre-operatorias de carácter clínico, de Laboratorio y Radiológicas:

1o.) **En la Coledocostomía Primaria:**

a) Historia actual o antigua de ictericia en un paciente que se sospeche tenga cálculos en la vesícula biliar. Incluyendo en este concepto también a la Ictericia subclínica comprobada por el Laboratorio. Sabido es que el valor normal de la Bilirrubina sérica es de 0.2 a 0.8 miligramos por ciento, y que una concentración de 1.5 mgrs%

hace aparecer en la esclerótica un tinte subictérico; y que una concentración de más de 2 mgrs% hace aparecer una ictericia franca.
De esto se deduce que una concentración de Bilirrubina mayor de 1.5 mgrs. nos sugiere la necesidad de explorar el colédoco.

b) Caracteres del dolor: Los ataques de cólicos seguidos aún durante varias veces al día, y que se presentan con mayor intensidad que los anteriores, son más bien sugestivos de piedras en el Colédoco que en la vesícula biliar. Sin embargo esto no es absoluto pues el dolor puede hasta faltar en un 20%.

c) Los Calofríos y la fiebre en un 20% están más asociados con piedras en los conductos que en la vesícula, y representan una manifestación clara de infección.

d) Cuando una Colecistografía corriente revela la presencia de cálculos múltiples poliédricos y pequeños.

e) Ataques recurrentes de pancreatitis subaguda.

2o.) **En la Coledocostomía Secundaria:**

a) La descarga persistente de bilis después de una Colecistostomía hecha por colecistitis crónica o aguda.

b) La aparición de ictericia después de una Colecistostomía.

c) La aparición de Ictericia después de haber hecho una Colecistectomía, o después de haber hecho una colecistectomía con Coledocostomía.

d) Cuando vuelven aparecer los síntomas de: escalofríos, fiebre, cólicos, la presencia de fístula biliar crónica externa.

Hallazgos Patológicos durante la operación que sugieren Coledocostomía:

1o.) **Colédoco dilatado o engrosado:** El colédoco puede dilatarse en los siguientes casos:

a) Cuando se ha quitado la Vesícula biliar.
b) Cuando está obstruido el conducto cístico (cálculo).

c) Cuando la parte inferior del mismo está obstruida por un cálculo, tumor del Páncreas, etc.
d) Es común aunque no imprescindible cuando hay un cálculo en el conducto.

Según Maingot "La exploración del Colédoco es imperativa cuando se encuentra dilatado o engrosado".

2o.) **Cálculos pequeños en la Vesícula Biliar:** Es posible que los pequeños cálculos sean forzados de la Vesícula biliar a través del Cístico hacia el Colédoco, durante las manipulaciones de la Colecistectomía. Algunas de estas piedras pasarían sin dificultad, pero otras podrían impactarse posteriormente y dar síntomas consecutivos. Por consiguiente lo mejor en estos casos es tomar la relación que nosotros llamamos Ci Ca., es decir la de Cístico es a cálculo.

3o.) **Hallazgos positivos o sospechosos al palpar los conductos biliares:** Los cálculos grandes o de un tamaño mediano se sienten con facilidad, pero los pequeños pueden pasar desapercibidos. "Una palpación con hallazgos negativos no es garantía de que esté libre de cálculos el Hepato-colédoco". Nódulos linfáticos o pancreáticos indurados pueden simular en la vecindad del conducto, cálculos enclavados. Siempre que el cirujano tenga duda, el mejor plano de postura es buscar la seguridad.

4o.) **Cuando se aspira bilis del Colédoco que tiene sedimento o tiene secreción mucu-purulenta:** La indicación de Coledocostomía es clara.

5o.) **Pancreatitis Sub-aguda:** Dado que el proceso pancreático provoca compresión del trayecto distal del colédoco.

6o.) **Fístula Biliar:** Una fístula biliar persistente después de una Colecistostomía denota la retención de un cálculo. Una fístula biliar externa consecutiva a una Colecistectomía es una complicación grave, puede deberse a una ligadura floja en el conducto Cístico, a una piedra retenida en el Colédoco, a una estrechez de la parte baja del conducto consecutiva a un proceso inflamatorio, o bien algún tipo de trauma quirúrgico a los conductos biliares principales.

COLEDOCOSTOMIA SECUNDARIA:

Indicaciones:

1a.) Cuando se ha hecho la Colecistostomía por colecistitis aguda, que se complica con:

a) Descarga persistente de mucus, lo cual sugiere obstrucción del Cístico por un proceso de fibrosis o presencia de piedra.
b) Cuando se elimina bilis: que nos indica obstrucción del Colédoco (cálculo, estrechez, pancreatitis fibrosa, etc.).

2a.) Por recurrencia de síntomas de vías biliares después de la Colecistectomía, tales como dolor H.D., escalofríos, fiebre, ictericia, etc.

3a.) En aquellos casos en que la operación ha sido Colecistectomía con Coledocostomía, con la reaparición de síntomas, siempre que el tratamiento médico conservador fracase.

Hallazgos más frecuentes en las Reintervenciones:

a) Cálculos residuales en el Colédoco, o cálculos que se han formado en el sistema biliar como resultado de obstrucción, infección o estancamiento.
b) Estrechez del colédoco por ulceración o fibrosis, consecuencia de una impactación prolongada de un cálculo en la región etroduodenal del Colédoco.
c) Cálculo enclavado en la ampolla de Vater.
d) Fibrosis del Esfinter de Oddi.
e) Pancreatitis crónica, carcinoma de la cabeza del páncreas, o Cáncer del colédoco.
f) Coledocitis esclerosante debida a infección intra o extraductal.
g) Restos del conducto Cístico o neuroma del mismo.
h) Retención del Tubo o porción del Mismo.

LITIASIS RESIDUAL:

Young en 1947 encontró un 16.4% de litiasis residual, en necropsias practicadas en pacientes a los cuales se le había hecho operaciones de las vías biliares por colecistitis. Mientras que Crump en Viena la encontró en el 24%.

Basados en estadísticas tal vez sería justo asumir que aunque las operaciones sean hechas por los cirujanos más expertos, aproximadamente el 5% de los pacientes con colecistitis calculosa abandonan la mesa de sala de operaciones con un cálculo en el Colédoco (Bockus 1950). Los conceptos de los cirujanos actuales bajan a un 2% debido al perfeccionamiento de la técnica, al mejor conocimiento de la patología y a los exámenes complementarios usados.

MORTALIDAD:

Autores extranjeros han calculado una mortalidad del 0.65% al 1% de los pacientes que han sufrido intervención de las vías biliares (Colecistectomía, coledocostomía). Estudios estadísticos han demostrado que uno de los factores más importantes en la incidencia de mortalidad, es la Edad del paciente, ya que a medida que el paciente es más viejo el porcentaje sube, así algunos autores como Frank Glenn y Daniel Hays encuentran un 2.5% en pacientes de 50 a 64 años, y hasta un 6.7% en pacientes de mayor de 65 años.

Los tratamientos quirúrgicos de urgencia sube también la incidencia, alcanzando un límite aún mayor en las re-exploraciones. (9% Thomson Frank).

Comparando nuestra mortalidad que fué del 2% vemos que el concepto de las re-exploraciones se confirma, ya que nuestros dos casos pertenecían a este grupo a pesar de ser personas de edad mediana; mientras que en nuestros casos de coledocostomía primaria la mortalidad fué del 0%.

CUARTA PARTE

CONCLUSIONES:

1o.) La litiasis de vías biliares (Hepato-Colédoco) en nuestro medio, aparece en edades más tempranas que las referidas por autores extranjeros. Siendo especialmente en enfermas comprendidas entre 21 a 40 años (53%); lo que guarda desde luego una relación causal con la litiasis de la Vesícula Biliar.

2o.) En nuestras enfermas los antecedentes de cólicos hepáticos se presentan entre periodos de tiempo muy variables. Encontrándose un 62% de pacientes entre los primeros tres años de evolución, y un 38% con más de tres años.

3o.) Los síntomas más frecuentes referidos por nuestras pacientes fueron: Dolor tipo cólico en el Hipocondrio derecho 91%, Dolor Epigástrico 85%, historia de fiebre 61%, Historia de Ictericia 51%.
Los trastornos gastrointestinales más frecuentes referidos fueron: Náusea en 90 casos, Vómitos en 86 casos, intolerancia grasa en 67 casos.

4o.) Los hallazgos positivos más importantes durante el Examen Físico fueron: Dolor y Maniobra de Murphy positiva en 70 casos. Presencia de Ictericia 59 casos. Fiebre en 24 casos.

5o.) El laboratorio nos dió como datos más importantes: Eritrosedimentación elevada en 71.8%, Neutrofilia elevada en el 60%, Indice Ictérico elevado (más de 15 U.) en el 48.3% y Bilirrubinemia elevada (por encima de 1.5 Mgrs%) en el 36.4%.

6o.) Recientemente la Biligrafina ha venido a ser un examen importantísimo en el estudio de las enfermas de vías biliares, máxime que los colecistogramás reportan en nuestro medio un 72.5% de Vesículas Excluidas.

7o.) De 544 Colecistectomías practicadas en la Segunda Cirugía de Mujeres del Hospital General, en un lapso de tiem-

po de 7 años con 8 meses, se drenó el colédoco en forma primaria en un 16.66%.

8o.) De 93 Coledocostomías Primarias, efectuadas en nuestro servicio, 87 encontraron justificada su exploración, lo que nos da un valor de 93.54%.

9o.) De las 87 Coledocostomías Primarias justificadas, se encontró como causa principal la Hepato-colédocolitiasis en un 65.5%.

10o.) Se tuvo una incidencia del 1.72% de litiasis Residual.

11o.) La morbilidad adquiere caracteres sumamente graves en las pacientes con reintervención de vías biliares: 71.4% sobre siete casos, mientras que si es en la primera intervención es sólo del 17.3%.

12o.) La mortalidad del Servicio fué del 2%, los dos casos en reintervención. Y al tratarse de Coledocostomía Primaria la mortalidad fué del 0%.

13o.) Una intervención temprana de los pacientes que presentan síntomas de litiasis en las vías biliares, disminuirá grandemente las complicaciones y la mortalidad. Lo cual se logrará insistiendo en que el tratamiento debe ser esencialmente quirúrgico.

14o.) Debido a que en la literatura no encontramos un concepto claro, en lo que respecta a la terminología de las variedades de Coledocostomía, pensamos que el problema puede simplificarse en la siguiente forma:

1) **Coledocostomía Primaria:** Será aquella en la que el Colédoco es drenado por primera vez, ya sea como intervención única o concomitantemente con operaciones de las vías biliares, páncreas, duodeno, etc.
2) **Coledocostomía Secundaria:** Cuando el colédoco es drenado por segunda vez.
3) **Coledocostomía Terciaria:** Cuando lo es por tercera vez. Etc., etc.

HECTOR EFRAIN ENRIQUEZ I.

Vo. Bo.
Dr. Carlos E. Azpuru E.

Imprímase:
Dr. Ernesto Alarcón B.
Decano.

QUINTA PARTE

BIBLIOGRAFIA:

1) Maingot Rodney — The management of abdominal operations — 2a. Edition — 1957.
2) Thorek Max — Técnica Quirúrgica Moderna — 2a. Edición — Salvat — 1953.
3) Pons Pedro — Tratado de Patología y Clínica Médica — Tomo I — Segunda Edición — 1956.
4) Christopher Frederick — Tratado de Patología Quirúrgica — Tomo II — 1947.
5) Cecil Russell L. A. B. — Tratado de medicina Interna — Tomo I.
6) Bockus Henry L. — Gastroenterology — Vol. II — W. B. Saunders Company — 1956.
7) Prat Domingo — Patología de las Vías Biliares — Cap. VIII — Colecistitis — Tomo II.
8) Cattel R. B. — The Technic of Colecystectomy and Coledocostomy S. P. of Lahey Clinic — 1956.
9) Colcock. Bentley P. — Cirugía de la Vesícula Biliar y del Colédoco de la Práctica, Quirúrgica de la Clínica Lahey — 1954.
10) Cattel Ricardo B. — Empleo del Tubo en T. en la Cirugía de las vías Biliares — De la Práctica Quirúrgica de la Clínica Lahey — 1954.
11) R. Russel Best — Coledochostomy — Advantages of a Modified T. Tube — S. G. O. — 1950.
12) Rodney Maingot y Colaboradores — Operaciones Abdominales — Editorial Bibliográfica Argentina — 1957.
13) Cutler E. C. y Zol'inger R. — Atlas de Operaciones Quirúrgicas — 1957.
14) Duplay Rochard — Diagnóstico Quirúrgico — Salvat — Duodécima Edición — 1954.
15) Bailey Hamilton — Los Signos Físicos en Clínica Quirúrgica — Novena Edición — 1944.
16) Rose y Carless — Manual de Cirugía — 1a. Edición — 1956.
17) Spivack Ju'io L. — Técnica Quirúrgica en las operaciones abdominales — 1937, 496 — 1a. Edición.

18) Mason And Zintel — Preoperative and Postoperative Treatment — 2a. Edition — Saunders — 391—392.
19) Domenech F. — Alsina — Tratamiento Pre y Post-Operatorio — 2a. Edición — 1948.
20) Morales Díaz Héctor — Colecistograma su Técnica e interpretación — Conferencia dictada el 3 de Junio de 1952.
21) Arroyave R. — Colecistectomía — Revista del Colegio Médico de Guatemala — Vol. VI — Junio 1955.
22) Arroyave Roberto R. — Contribución al Estudio de la Colecistectomía — Tesis de graduación — Sept. 1946.
23) Solís Hegel, Rodolfo — Colangiomanometría y Colangiografía — Tesis de Graduación — Dic. 1948.
24) García Guil'ioli, Ramiro — Coledocostomía — Breves consideraciones sobre su manejo — Trabajo presentado en Jornada Médica en Quezaltenango — 1958.
25) Malouf, Jorge Gabriel — Estudio Clínico — Radiológico y Patológico de la Colecistitis Crónica Calculosa — Tesis de graduación — Junio 1956.
26) Muadi Ayub Riyad — Coledocostomía — Revisión de 100 casos — Tesis de graduación — Marzo 1957.
27) Quintero Gutiérrez, Manuel Humberto — Consideraciones sobre la Colecistectomía de Urgencia — Tesis de graduación — Agosto 1958.
28) Azpuru, Carlos Eduardo — Información personal.
29) Archivos de la Segunda Cirugía de Mujeres del Hospital General de Guatemala.
30) Thomson Frank — Residual Stone in the Biliary Ducts — Vol. 103 — July 1956 — No. 1 — S.G.O.
31) Duglas Thomas — Lounsbury — Cutter Willian — Wetzel Nicholas. — An Experimental Study of Healing in the Common bile Duct — V. 91, September 1950, No. 3 — S.G.O. — 301:305.
32) Mechling Robert — Watson James R. — The Solitary gallstone — V. 91, Oct. 1950, No. 4 — 404:408 — S.G.O.
33) Thiessen Norman W. — The Efects of cetein drugs on the sphintter of Oddi —V. 83, Agosto 1946, No. 2 — 210:215 — S.G.O.
34) Zaslow Jerry — Counseller Virgil S. — Suppurative Cho'angitis complicaing acute pancreatitis by endocholedochal Sphinterotomy — V. 83 Oct. 1946, No. 4 — S.G.O.
35) Doubilet Henry — Mulholland John H. — The Surgical treatment of Recurrent acute pancreatitis by endocholedochal Sphinterotomy — V. 86, Mar. 1948 — No. 4 — S.G.O.

36) Hodge G. B. — Messer Al — The Electrocardiogram in biliary tract disease and during experimental biliary distention — V. 86, Mayo 1948, No. 5 — S.G.O.
37) Daseler H. Eduard — Anson J. Barry — Hambley C. Willian — Reiman Arthur F. — The Cystic artery and constituents of the hepatic Pedicle — V. 85, Julio 1947, No. 1 — 47:63 — S.G.O.
38) Cole H. Warren — Congenital anomalies of the bile ducts and adjacent blood vessels — V. 87, Julio 1948, No. 1 — 111:112 — S.G.O.
39) Sterling Julián A. — The common channel for bile and pancreatic ducts — V. 98, Abril 1954, No. 4 — 420:424 — S.G.O.
40) Sherman Charles D. — Stabins Samuel J. — The case for operative Cholangiography — V. 98, Febrero 1954, No. 2 — 233:236 — S.G.O.
41) Johnston Edward V. — Anson Barry J. — Variations in the formation and vascular relationships of the bile ducts — V. 94, Junio 1952. No. 6 — 669:685 — S.G.O.
42) Corf Meyer — Berger Simon — Cohen Gershon J. — Choledochostomy with Cholangiography, A Review of 50 cases — V. 94, April 1952, No. 4 — 394:400 — S.G.O.
43) Guy Mallet P. — Value of peroperative manometric and roentgenographic examination in the diagnosis of pathologic changes and functional disturbances of the biliary tract — V. 94, April 1952, No. 4 — 385:393 — S.G.O.
44) Butler Donald — Bargen Arnold — Abdominal Masses — Obstructions of the common bile ducts — Gastroenterology 1951. — V. 94, March 1952, No. 3 — 19:32 — S.G.O.
45) Sterling Julián A. — Friedman Paul — Ravel Vicent P. — Cohen Solís León — Analisis of postoperative cholangiograns — V. 89, Sept. 1949, No. 3 — 292:298 — S.G.O.
46) Holman Emile — An incisional approach for cholecystectomy and Coledochostomy designed to reduce injuries to the common duct — V. 97, Sept. 1953, No. 3 — 344:352.
47) Glenn Frank — Hays Daniel M 9 The age factor in the mortality rate of patients undergoing surgerly of biliary trac — V. 100, Enero 1955, No. 1 — 11:18 — S.G.O.
48) Branch Charles D. — The Silent Gallstone — V. 97, Agosto 1953, No. 2 — 246:247 — S.G.O.
49) Eisentein Milton W. — Study on the relief of obstructions in the common bile duct and in the papilla of Vater. — V. 89, Julio 1949, No. 1 — 49:56 — S.G.O.
50) Cattel Richard B. — Pyrtek Ludwig J. — Premalignat le-

sions of the ampulla of Vater — V. 90, Enero 1950, No. 1 — 21:30 — S.G.O.

51) Preston J. Daniel — Transduodenal ampullo-Duodenostomy for treatment of common bile duct obstructions without a T. tube drain — V. 100, April 1955, No. 4 — 499:502 — S.G.O.

52) Hicken Frederick N. Coray O. B. — Franz Bruce — Anatomic Variations of the extrahepatic biliary system as seen by cholangiographic studies. — V. 88, May 1949, No. 5 — 566:584 — S.G.O.

53) Glenn Frank — Hays Daniel M. — The Scope of radical surgery in the treatment of malignant tumors of the extrahepatic biliary tract — V. 99, November 1954, No. 5 — 529:541 — S.G.O.

54) Partington Philip F. — Sachs Maurice D. — Routine use of operative Cholangiography — V. 87, September 1948, No. 3 — "99:307 — S.G.O.

55) Gaylis M. H. — Gunn Kenneth — Transduodenal cholangiagraphy — V. 100, February 1955, No. 2 — 249:253 — S.G.O.

56) Co'e Warren H. — Structures of the common cuct — V. 92, January 1946, No. 1 — 104:105 — S.G.O.

57) McGowan John — Keeley Kenneth J. — Henderson Francis — Pathological Physiology of biliary drainage — C. 84, Fàbruary 1947. No. 2 — 174:180 — S.G.O.

58) Bickham — Callander — Surgery of the Alimentary Tract — Vol 1 — 1955 — W. B. Saunders Company — 780.