

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

ANALISIS DE 305 CASOS DE COLECISTECTOMIA PRACTICADOS  
EN LA 5a. CIRUGIA DE MUJERES

T E S I S

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS  
MEDICAS DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

P O R :

FRANCISCO MOLINA M.

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE MEDICO Y CIRUJANO.

ASESOR: DOCTOR RODOLFO SOTO SPEYER

REVISOR: DOCTOR LADISLAO QUINTERO.

GUATEMALA NOVIEMBRE DE 1966.

## HISTORIA

Durante mucho tiempo el hígado fué considerado como intocable operatoriamente hablando por su fragilidad y - dificultades en la sutura por las hemorragias formidables que su sección origina, a estos inconvenientes operatorios se unen su importancia y funciones que impiden que no haya extirpaciones muy extensas. Los hechos más sobresalientes sobre el conocimiento de las vías biliares se remontan hacia las antiguas ciudades de Babilonia, Egipto y a Siria, quienes fijaban su atención en el hígado y la vesícula biliar.

En 1348 fueron notados los cálculos en las vías biliares.

FABRICIUS Hildanus en 1618 extrajo por primera vez cálculos de la vesícula biliar de un cadáver.

Galeno reconoció las funciones de la vesícula biliar. Jean L. Petit en 1743 presenta a la Academia Real de Cirugía una comunicación en la que aconseja la cirugía de vías biliares en caso de obstrucción.

La primera colecistostomía fué ejecutada por BOBBS en 1867, Cirujano norteamericano que interviene equivocadamente un abdomen pensando encontrarse con un quiste ovárico y ejecuta por primera vez y en un solo tiempo dicha colecistostomía.

Thudichum en 1859 presentó la técnica de la colecistostomía en dos tiempos:

- 1.- Llevando la vesícula biliar a la pared abdominal y luego abriendo esta viscera.

La primera colecistectomía se atribuye a Langenbuch en 1882.

La coleodocostomía ideada por Winimaster fué un éxito al ser ejecutada por Kourvoisier y Knowsley.

La coleodocostomía transdoudenal fué hecha por Kocher en 1854 y la duodenocoledocostomía por Mac Burney en 1889.

Existen además una serie de autores de diversa nacionalidad que han intervenido mejorando la cirugía de vías biliares.

### MANIFESTACIONES CLINICAS

Enfermedades de la vesícula biliar son una de las causas frecuentes de la indigestión y consecuentemente deben ser tenidas en cuenta en todos los casos que presentan este síndrome (colecistopatías).

Estas enfermedades acaecen con más frecuencia en la mujer que en el hombre.

Una de las manifestaciones más frecuentes de las colecistopatías es la presencia de cálculos biliares. Cálculos pueden existir sin provocar síntomas de ninguna especie, pero los pacientes por regla general se quejan de episodios recurrentes de indigestión caracterizada por sensación de plenitud o dolores en el epigastrio o en la región vesicular. Pero lo más común es que dicho dolor se irradie hacia el dorso derecho, hacia la región escapular derecha, al hombro derecho, al cuello, a la región precordial o sencillamente hacia todo el abdomen, este dolor muchas veces va precedido de náuseas y vómitos biliosos en diversas cantidades.

Estos síntomas pueden vincularse con las comidas, especialmente con la ingestión de platos fritos o de grasas. Los síntomas provocados por la colecistitis crónica alitiásica, pueden ser bastante parecidas a los de la colelitiásis.

La historia de fiebre y calosfríos se presentan cuando

hay un cuadro agudo, infeccioso en las vías biliares.

Hay que agregar que en algunos pacientes mencionan estudios radiográficos de las vías biliares, reportando cálculos y que no han sido intervenidos operatoriamente hablando por diversas causas.

Además hay pacientes que su historia se reduce a ictericia de largo tiempo con trastornos digestivos como - flatulencia, intolerancia a las grasas, a los huevos, anorexia, decaimiento y malestar general, estos signos así - como la ictericia que presentan estos pacientes se van - asentando paulatinamente.

### DIAGNOSTICO

Muchos pacientes con gastritis, duodenitis, colopatía espasmódica, úlcera péptica e incluso cáncer gástrico, así como el cáncer de la cabeza del páncreas pueden presentar síntomas parecidos a los que acaban de ser descritos. Por consiguiente no se debería establecer diagnóstico de colecistitis sobre la sola base de los antecedentes, salvo en los casos en que sean producidos uno o varios ataques típicos de cólicos biliares.

Solo raras veces se demuestran signos físicos que sean sinónimo del diagnóstico y colecistitis o coledocolitiasis. Es por esta razón que para llegar a un buen diagnóstico se necesita de una historia, antecedentes y un examen físico consciente contando con la buena colaboración del paciente. La inspección general del enfermo lo presenta con facies dolorosa cuando existe cuadro agudo, con tinte ictérico franco o sintérico siendo por lo general pacientes obesas o multiparas en este caso.

El abdomen se presentó en casi todos los casos globuloso con panículo adiposo abundante y ligeramente timpánico el flanco superior derecho doloroso y el punto cístico exquisitamente sensible.

Muchas veces se presentaron pacientes con mucosas secas en mayor o menor grado según el tiempo de evolución y la agudeza del proceso, necesitando ser corregidos de inmediato el desequilibrio hidroelectrolítico, ocasionado

por náuseas, vómitos y sudoraciones profusas y diarrea.

Agregando a la intolerancia alimenticia que presentan estos pacientes.

El hecho de que no siempre se encuentran signos típicos en el exámen médico significa que en la mayoría de los casos, el diagnóstico de colecistopatía deberá ser establecido por el exámen radiológico, las determinaciones diarias de bilirubina en el suero suministran la pista de una obstrucción intermitente del colédoco.

#### EXAMENES COMPLEMENTARIOS

El exámen radiológico es el método más valioso en el diagnóstico de estas enfermedades. Una pequeña cantidad de cálculos contiene suficiente calcio como para ser visualizados fácilmente en una placa de abdomen corriente.

Sin embargo muchos cálculos biliares no son radiopacos, estando compuestos estos principalmente por colesterol.

La demostración radiológica de éstos requiere el empleo de un colorante radiopaco que se administra al paciente de 12 a 18 horas por vía bucal antes del exámen.

Este colorante se elimina principalmente por la biliaris y es concentrado normalmente por la vesícula biliar, de modo que arroja una sombra en la película.

La administración de una comida grasa por vía bucal produce la contracción en la vesícula y su vaciamiento,

entonces una segunda película pondrá en evidencia cualquier retardo en esta función.

Los exámenes de laboratorio característicamente alterados en las ictericias obstructivas son las siguientes: Aumento de la bilirubina total con predominio de la bilirubina ligada al ácido glucorónico (bilirubina directa).

Aumento de la fosfatasa alcalina, aumento del colesterol sanguíneo, disminución del urobilinógeno en la orina y presencia en la misma de pigmentos y sales biliares.

Generalmente la orina es de una coloración oscura.

Naturalmente hay que descartar otras causas de ictericia ya de origen hepatocelular o hemolíticas para lo cual la historia y los exámenes de laboratorio ayudan enormemente.

En todos los pacientes se les practicó colecistograma por vía oral o intravenoso y evidenciándose en la mayor parte de ellos vesículas cargadas de cálculos o de cálculos en el colédoco.

En ocho de los pacientes todos con ictericia, se practicó colecistograma transhepático o percutáneo no presentando ninguna complicación después del procedimiento.

a) indicaciones clásicas

- 1.- Colédoco dilatado o engrosado;
- 2.- Masas netas que se palpan en su interior;
- 3.- Cístico dilatado especialmente si hay cálculos pequeños en la vesícula;
- 4.- Antecedentes de ictericia; y
- 5.- Colédoco inflamado junto con enfermedad vesicular.

OTRAS INDICACIONES:

- 1.- En la duda drenar:

Hemos encontrado en colédocos aparentemente normales:

LODO BILIAR 2%

ARENILLAS BILIARES 2%

LIQUIDO PURULENTO 3%

ASCARIS 3%

La palpación y exploración visual del colédoco son procedimientos incompletos ya que nos hemos guiado por esta indicación encontrando patología evidente.

Es cierto que se abren innecesariamente muchos colédocos el 30% aproximadamente, este procedimiento es inocuo en relación a la enfermedad coledociana que por no drenar se dejan invariablemente.

El cierre primario de este conducto es decir sin tubo de Kehr procedimiento empleado por algunos cirujanos alemanes cuando no hay patología; y sugerido por observa-

dores latinos lo hemos abandonado.

En cuatro casos cerrados sin drenar pudimos observar:

- 1.- Una fístula biliar que duró 25 días en sanar;
- 2.- Que a través del penrose escurría bilis mayor tiempo del corriente. Después de las manipulaciones por cuidadosas que sean existe un aumento de presión intrahepática por espasmo de la musculatura del esfínter de Oddi (comprobada por colangiometría). Hay entonces un escurrimiento de bilis a través de la sutura, lugar de menor resistencia dando por resultado lo arriba mencionado. En conclusión nosotros seguimos invariablemente la conducta de drenar el colédoco con el tubo de Kehr.

#### LITIASIS RECIDIVANTE DEL COLEDOCO

Al respecto mencionamos un caso que fuera operado en el servicio, habiéndose drenado el colédoco CINCO AÑOS antes de la SEGUNDA INTERVENCION y en la que se encontraron cálculos neoformados.

#### ESTRECHEZ CICATRICIAL DEL COLEDOCO:

Cuando se manipula mucho esta estructura, o se lesiona involuntariamente puede sobrevenir estrechez cicatricial. Un caso operado en la 5a. Cirugía Mujeres.

#### SECCION PARCIAL O TOTAL DEL COLEDOCO:

Es necesario hacer otro orificio para introducir un tubo de Kehr y este sirve de tutor para hacer la sutura reparadora. El tubo de Kehr debe permanecer un tiempo no

menor de seis meses. La razón es la siguiente: Al tercer mes se establece fibrosis definitiva.

#### LIGADURA DEL COLEDOCO:

Por lo alto de las ligaduras en dos casos se tuvo que drenar el colédoco a través del duodeno con sonda de NELATON previa COIEDOCO DUODENOSTOMIA. El tubo se sacó al exterior.

#### DRENAJE DEL COLEDOCO EN GASTRECTOMIA

Cuando se teme estrechar o incluir en la sutura del cierre duodenal, el colédoco, como medida de precaución, para identificarlo mejor, se usa el tubo de Catel de preferencia.

#### EN ULCERA DUODENAL

El proceso cicatricial en una ulcera puede involucrar parcialmente el colédoco, estrechando su luz.

#### PANCREATITIS CRONICA

Es necesario el drenaje del colédoco con tubo de CA TEL, por largo tiempo hasta un año o más.

#### CANCER DE LA CABEZA DEL PANCREAS:

Esta indicación es paliativa, mejorando el estado funcional del hígado mejorando también la cirrosis biliar.

#### CALCULO ENCLAVADO

Es un cuadro clínico imperativo, que exige muchas veces un drenaje rápido.

ESFINTEROTOMIA TRANSDUODENAL

En algunas ocasiones se presenta un cálculo en la ampolla de Vater que no puede ser extraído más que practicando una Esfinterotomía a través del duodeno dejando un drenaje de Catel.

EN LA OPERACION DE WHIPPLE

Al anastomosar el colédoco al veyuno usando una sonda de Catel.

COLECISTECTOMIA:

Antes de entrar de lleno en la materia, es necesario hacer un recordatorio de las variaciones anatómicas de las estructuras de las vías biliares.

La importancia quirúrgica de las variaciones que presenta el conducto cístico, el hepático y el colédoco, son la causa de la laceración por el cirujano inexperto en cirugía de vías biliares, al tratar de extirpar la vesícula. Por otra parte, existe la posibilidad de que al ejecutar dicha extirpación, se deje una gran parte del conducto cístico, lo cual podría tener como consecuencia la futura dilatación del muñón cístico que produciría un cuadro sintomático semejante al de la colecistopatía, cosa parecida a los ataques de apendicitis después de la extirpación de la apéndice.

El conducto hepático de vez en cuando, los conductos biliares terminales derecho e izquierdo, se unen dentro del tejido hepático y sale de éste órgano como un conducto hepático principal.

Otras veces dicho conducto principal está formado por la unión de tres conductos biliares terminales.

Hay casos reportados de sujetos en quienes se han encontrado hasta cinco conductos biliares que se unen para formar el conducto hepático.

Otras veces pero sumamente raro es que falta el conducto hepático principal y solo puede verse el conducto

cístico, que se une a dos conductos biliares terminales, para formar el colédoco.

#### CONDUCTOS BILIARES ACCESORIOS.

No es rara la existencia de conductos biliares accesorios, tales conductos accesorios son tributarios, unas veces, del conducto biliar terminal derecho; otras del conducto hepático principal y otras del colédoco y aún del cístico, por lo general los conductos accesorios tienen un diámetro aproximadamente igual a la mitad de uno de los conductos biliares terminales, por más que a veces pueden ser tan grandes como cualquiera de los dos conductos antes mencionados.

Aproximadamente en un 30 por ciento de las veces, los conductos accesorios son tributarios del conducto biliar terminal derecho o de la porción inicial del conducto hepático, lo cual no tiene ninguna significación quirúrgica.

En un 35 por ciento de las veces los conductos accesorios son tributarios de la porción inferior del conducto hepático principal, y en otro 35 por ciento tienen su desembocadura cerca del sitio en que se unen el cístico y el hepático, esto último tiene una gran importancia quirúrgica, ya que el operador puede fácilmente comprimir con el clamp, el conducto accesorio al ejecutar una colestectomía.

### IRRIGACION SANGUINEA

Normalmente la arteria hepática se deriva de la arteria celíaca y corre detrás del peritoneo hacia la derecha, hasta llegar al ligamento gastropancreático, el cual es perforado desviándose luego hacia arriba. Da nacimiento antes a la arteria gastroduodenal, y un poco más arriba a la gástrica derecha o pilórica superior.

Se bifurca luego en sus dos ramas terminales: las arterias hepáticas derecha e izquierda, cada una de las cuales se dirige hacia el lóbulo correspondiente del hígado.

De la arteria hepática derecha nace la cística que corre hacia la vesícula biliar y se bifurca allí en una rama anterior y en otra posterior que irrigan dichas áreas de la vesícula.

Las variaciones más importantes son: a) la arteria hepática derecha (que de ordinario proviene de la arteria hepática principal) nace raras veces de la aorta, de la gástrica derecha (pilórica), de la renal derecha o de la mesentérica superior.

Según Flint que hizo un estudio de dichas anomalías en 200 cadáveres la frecuencia de estas fué como sigue: nació la arteria hepática derecha de la hepática principal en un noventinueve por ciento.

Nació la misma de la mesentérica superior, en un veintiún por ciento de las veces.

La hepática derecha, antes de llegar al hígado, pasó detrás del conducto hepático común en un ochentiseis por ciento y adelante en un catorce por ciento.

Se encontraron dos arterias hepáticas derechas en un 3.5 por ciento de las veces. Se encontraron dos arterias hepáticas izquierdas en dos cadáveres, y en ambos casos provenían las dos de la hepática común, pasando una adelante y la otra atrás del conducto hepático común. b) La arteria cística en los cadáveres observados por Clint provienen de la arteria hepática derecha, en el noventa-ocho por ciento de los casos.

La arteria cística pasó a la derecha del colédoco detrás de él en un ochenticuatro por ciento y delante, en un 16 por ciento de las veces.

Se encontró una arteria cística accesoria en un 15.5 por ciento, nació ésta de la hepática derecha en un 51.6 por ciento, de la hepática izquierda en un 9.7 por ciento de la gastroduodenal en un 35.5 por ciento y de la pancreáticoduodenal en un 3.2 por ciento de las veces.

Si se deriva de la gastroduodenal o de la pancreáticoduodenal (lo cual sucede en un 39 por ciento de individuos), es entonces muy fácil que se la lesione al ejecutar una colecistectomía.

#### COLECISTECTOMIA

Al mencionar el término colecistectomía no se -

contemplan aspectos técnicos corrientes ya que éstos pueden ser recordados al leer un texto de cirugía en donde se describen procedimientos quirúrgicos.

Por el contrario ciertos consejos si se me permite el uso de este término, no se encuentran en ningún libro corriente de técnica quirúrgica, ya que en su mayor parte son cosechas de experiencias obtenidas después de largos años de práctica.

#### PREOPERATORIO:

Fuera de las indicaciones corrientes, buena hidratación, sedación, enema preoperatorio, etc. acostumbramos intubar con una sonda de Levin al paciente momentos antes de enviarlo al quirófano o si no es posible en ese momento, recomendamos al anestesista hacerlo, bajo anestesia, maniobra que no necesita gran habilidad.

El objeto de la sonda es múltiple:

- 1o.- Aspirar secreciones del estómago que pudieran acumularse la noche antes de la operación;
- 2o.- Aspiración de gases durante la operación y que entorpecen grandemente el acto operatorio;
- 3o.- La aspiración de líquido en el estómago después del acto operatorio evita vómitos sumamente molestos y podrían ahogar al paciente que no se encuentra completamente despierto evitando así asfixia por aspiración o también una Pneumonía del mismo origen.

Es lógico que la presencia de la sonda a través de la nariz es molesta para el paciente, pero se le evitan vómitos como se mencionó anteriormente suprimiéndole el dolor producido por esto. A la vez se disminuyen los estupefacientes tipo morfina o demerol que muchas veces causan estragos en algunos pacientes.

4o.- En las experiencias obtenidas, jamás se ha observado la aparición de la temible dilatación aguda del estómago ni ileo-paralítico.

La aparición de ruidos intestinales indica que la sonda debe retirarse por innecesaria.

#### INCISION:

Invariablemente se ha usado en el servicio la incisión para mediana derecha supraumbilical, reclinando el músculo recto del abdomen hacia afuera.

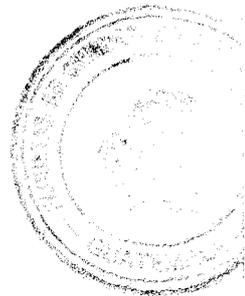
Su longitud no menos de veinte centímetros nos da un magnífico campo operatorio.

Sus ventajas:

1o.- Permite la exploración de todo el abdomen y extirpar cualquier otra entidad patológica sin mayores dificultades, ya que ésta puede prolongarse a gusto, ya sea hacia abajo o transversalmente.

2o.- No se denerva en lo más mínimo el músculo.

3o.- Permite llegar a la cavidad abdominal en dos o tres minutos sin mayores dificultades y en manos expertas



con mayor rapidez.

4o.- Es una incisión que sangra muy poco por razones anatómicas.

5o.- En el número de casos estudiados no se presentó jamás hernia incisional.

Para terminar este capítulo se aconseja suturar la aponeurosis con puntos separados de hilo de algodón número diez. El cierre es seguro ya que el hilo es muy poco elástico y soporta mayores tensiones, como la tos, los vómitos, etc.

Estamos plenamente convencidos que dicha incisión ofrece todas las ventajas deseadas y por otra parte estamos acostumbrados a ejecutarla.

Al entrar de lleno a extirpar la vesícula, es prudente no olvidar una buena exposición del campo operativo, es decir apartar con el rodillo de gasa el estómago hacia arriba y a la izquierda, y las asas intestinales hacia abajo, manteniendo el ayudante una presión suave con su mano izquierda sobre el rodillo. No está demás aconsejar la introducción en el hiato de Winslow, la punta del ángulo de un cuadrado, con el objeto de taponar la entrada a la transcavidad de los epíplones evitando escurremientos posteriores de secreciones sépticas que pudieran provocar una inflamación de ésta bolsa peritoneal.

En muchas circunstancias se encuentra una vesícula grande tensa y que impide la disección del cístico o arteria

cística. Se aconseja como se ha hecho muchas veces en el servicio, vaciar la vesícula de su contenido, lo que amplía enormemente el campo operatorio y facilita mucho la disección.

Especial cuidado se tiene en no tirar demasiado de la vesícula para no acodar o adosar en cañón de escopeta el colédoco porque al ligar y seccionar, lo que aparentemente es el cístico podría ligarse y seccionarse el colédoco, accidente de graves consecuencias si no se repara inmediatamente; por estas razones el cirujano debe maniobrar a su antojo y discreción la pinza que sostiene la vesícula y no uno de los ayudantes como sucede con bastante frecuencia.

El cístico una vez disecado se procede a ligarlo lo más cerca del colédoco. Agregamos una segunda ligadura por transfixión para asegurar su impermeabilidad, ya que en algunas circunstancias puede deshacerse una única ligadura.

La ligadura de la arteria cística se hace con hilo de algodón número treinta.

Nos guiamos siempre por un precepto universal en cirugía de vías biliares: NO CORTAR NINGUNA ESTRUCTURA ANTES DE IDENTIFICARLA Y OPERAR DESPACIO.

El tiempo operatorio no cuenta siempre que no sea muy prolongado, lo que cuenta es la seguridad de lo que se está haciendo.

Es mil veces aconsejable abrir la cavidad abdominal con rapidéz y gastar el tiempo necesario para extirpar la vesícula, porque cada caso es único y no hay dos iguales.

Otra razón por la cual debe en algunas circunstancias vaciarse la vesícula es: que con el manipuleo de la misma pueden empujarse cálculos al colédoco quedando estos ignorados.

Siempre que sea posible, al hacer la discección de la vesícula, es prudente dejar la cápsula de Glisson y proceder invariablemente a peritonizar el lecho vesicular. Existe aún la idea en algunos cirujanos, de no dejar drenaje, pero creemos sabio y prudente tener como norma colocar siempre un penrose en la fosita de Morrison. Se sabe y está comprobado que los canalículos biliares accesorios, siguen dando bilis hasta el sexto día después de la operación y si ésta bilis no es drenada al exterior, se puede producir un coleperitoneo de consecuencias fatales.

Por razones de facilidad técnica, es aconsejable algunas veces que el cirujano se coloque del lado izquierdo del enfermo para efectuar el acto operatorio.

Cualquier dificultad técnica que un cirujano, con poca experiencia tenga para extirpar la vesícula del cístico a fondo, debe proceder de fondo a cístico, ya que siempre se llegará al conducto mencionado para ligarlo. El único inconveniente es la hemorragia que es mayor en este -

método pero una buena aspiración evita estas molestias.  
NO ESTA DEMAS RECORDAR QUE TODO CIRUJANO DE VIAS BILIARES,  
ESTA EXPUESTO A ACCIDENTES DURANTE EL ACTO OPERATORIO.

A) La sección parcial o total del colédoco. La reconstrucción de éste dejando un tubo de Kehr, es el procedimiento ideal, pero cuando el operador no cree poderlo reconstruir, es aconsejable que deje una sonda de Nelaton en el cabo superior y ligar el extremo inferior con un hilo negro para que otro cirujano pueda identificar los cabos y proceder a la reconstrucción.

B) Sección accidental de la arteria cística cuyo cabo proximal se retrae:

1o.- Mantener calma;

2o.- Buena aspiración; y

3o.- Introducir el dedo índice de la mano izquierda dentro del hiato de Winslow y hacer presión con el pulgar para interrumpir la circulación de la arteria hepática. Sólo entonces cuando el campo operatorio está seco, es posible prensar la arteria hepática y ligar la cística, de lo contrario si se procede a ciegas se hacen destrozos irreparables.

C) Confundir arteria hepática derecha por la cística. La cística sigue su curso corrientemente paralela al conducto cístico, y en algunas circunstancias por anomalías anatómicas, la arteria hepática derecha sigue el mismo trayecto naciendo la cística cerca del basinete vesicular,

es decir, se trata de una cística muy corta.

1o.- Nunca cortar una estructura sin antes identificarla.

2o.- Si aparentemente la cística es muy gruesa se trata casi siempre de la hepática derecha, diseccionarla cuidadosamente evitando así su ligadura y sección.

Antes de terminar este capítulo, deseo hacer constar que estas experiencias, se obtuvieron durante seis años de trabajo en la 5a. Cirugía de Mujeres del Hospital General, contribuyendo en una u otra forma, para ampliar los conocimientos en la múltiple patología de las vías biliares.

## C O N C L U S I O N E S :

- A) La cirugía de vías biliares debe ser efectuada por cirujanos de mucha experiencia;
- B) Cada vez que se efectúa una operación significa un caso especial; no hay dos casos iguales en cirugía de vías biliares;
- C) Un conocimiento profundo de la anatomía es indispensable por su gran variabilidad;
- D) Se estudiaron 305 casos de colecistectomía, y 65 casos de coledocostomía practicadas en la Quinta Cirugía de Mujeres, observándose mayor frecuencia de patología biliar en mujeres multiparas;
- E) Se exponen consejos técnicos que no deben ser olvidados por el principiante en cirugía de vías biliares; y
- F) Fuera de las indicaciones clásicas para drenar el coledoco, se exponen otras que deben ser tomadas en cuenta.

## BIBLIOGRAFIA

- I.- Arriola Batres, Guillermo Rubén, Consideraciones sobre colecistitis aguda y su tratamiento, Tesis Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.  
Noviembre de 1958. 72 pp.
- II.- Cecil L. Russell y Robert F. Loeb. Medicina Interna Edición X, México Editorial Interamericana 1960 \*  
pp. 848 - 870 (v.2)
- III.- Christopher. Tratado de Patología Quirúrgica. Editorial México Editorial Interamericana 1961 pp. 764-792 \*
- IV.- Domenech F. Alcina y J. Pi Figueres, Tratamiento Pre- y Post-Operatorio, en las intervenciones pancreáticas Segunda Edición Barcelona Salvat Editores S.A. 1948  
pp. 447-449.
- V.- Kirschner M. y Rudolph Zenker. Tratado Técnica Operatoria, general y especial. Segunda Edición, VII la. Parte Operaciones en la cavidad abdominal. Barcelona, Editorial Labor 1954 pp. 742-851.
- VI.- Milla C. Rigoberto. Estenosis post-operatoria de las vías biliares extra hepáticas. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.  
Mayo 1961. pp.66.
- VII.- Montiel Hedges, Rafael E. Consideraciones sobre accidentes en Cirugía de vías biliares. Tesis, Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas,  
Mayo 1961 pp.39.

- II.- Mc.Combs. P. Robert. Aspectos Fisiológicos y Clínicos de la enfermedad. Medicina Interna. Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1958 pp. 651 657\*
- IX.- Pavlosky J. Alejandro, Complicaciones agudas de las vías biliares abdomen agudo quirúrgico, síntomas, diagnóstico tratamiento. Buenos Aires Editorial El Ateneo 1941 pp. 534-576.
- X.- Segovia Caballero Jacinto, operatoria del hígado en -----Tratado de operatoria general y especial, México, UTEHA, 1951 pp. 377-421 (v.4).
- XI.- Stich R. y M. Makkas. Errores y peligros en las operaciones quirúrgicas, Barcelona, Editorial Labor 1930 pp. 580-633.
- II.- Solís P. Gustavo César. La colecistostomía, Taxis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Septiembre 1963 pp.31.