

6

MED
Tesis
R741C
2007

6.-

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON – FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL OBRERO Nº 2 CAJA NACIONAL DE SALUD

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON	09/30/07	09/30/07
FACULTAD DE MEDICINA		
INVESTIGACION		
Titulo de Tesis		
SS	09/01/07	

AGRADECIMIENTO.

COLEDOCOLITIASIS COMO CAUSA FRECUENTE DE COLANGITIS

ENERO 2003 - DICIEMBRE 2007

Me encuentro profundamente agradecido a las personas que me ayudaron a realizar este trabajo.

En especial reconocimiento a los Cirujanos de La caja Nacional de Salud por su firme empeño en lograr la excelencia en nuestro trabajo diario.

Tutor: Dr. Ramiro Rocabado – Cirujano General
Autor: Dr. Christian Rojas Guaygua.
Médico Residente de Cirugía General

Dr. Ramiro Rocabado
MEDICO CIRUJANO
R - 187 R - 56
HOSPITAL OBRERO Nº 2 C.N.S.

COCHABAMBA - BOLIVIA

EXTRACCION DE LOS CALCULOS. INDICE	17
CONTROL PERIOPERATORIO DEL VACIAMIENTO DE LA VBP -	18
CIERRE DE LA COLEDOCOTOMIA -	Pag.
1. Cierre primario sobre un drenaje de Kehr:	19
INTRODUCCIÓN de la coledocotomía con drenaje transcístico:	19
MARCO TEÓRICO.....	1
DEFINICION.....	1
FISIOPATOLOGIA.....	2
ETIOLOGIA.....	3
A. Obstáculos intraluminales:	3
B. Lesiones parietales que pueden producir obstrucción biliar.....	3
C. Otras causas.....	3
PRESENTACIÓN CLINICA.....	7
MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICOS.....	8
RADIOGRAFIA SIMPLE DE ABDOMEN.-	8
ECOGRAFIA.-	9
CENTELLOGRAFIA CON TECNECIO RADIATIVO.-	9
TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA DE ABDOMEN.-	10
METODOS AUXILIARES PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.....	11
COLANGIOGRAFIATRANSHEPATICA PERCUTANEA.....	11
COLANGIOPANCREATOGRAFIA ENDOSCOPICA RETROGRADA.-	12
COLANGIOGRAFIA CON RESONANCIA MAGNETICA.-	12
PREPARACIÓN MEDICA.-	13
SELECCIÓN DEL PACIENTE.-	14
ABORDAJES QUIRÚRGICOS.-	14
INDICACIONES DE COLEDOCOTOMIA.-	14
EXPOSICION DE LA VBP-	14
TECNICA DE LA COLEDOCOTOMIA.-	15
Recomendaciones	15
Coledocotomía.....	16
Reglas a respetar para evitar estenosis:	16

EXTRACCION DE LOS CALCULOS.-	17
CONTROL PERIOPERATORIO DEL VACIAMIENTO DE LA VBP.-	18
CIERRE DE LA COLEDOCOTOMIA.-	18
1. Cierre primario sobre un drenaje de Kehr:.....	19
2. Cierre primario de la coledocotomía con drenaje transcístico:	19
3. Cierre primario de la VBP sin drenaje biliar:	20
4. Cierre primario de la VBP con endoprótesis:	20
COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS DE LA COLEDOCOTOMIA.-	20
CONTROL POSOPERATORIO.-	20
COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA.-	21
DRENAJE TRANSHEPATICO PERCUTANEO.-	22
JUSTIFICACION.....	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	24
OBJETIVO GENERAL.....	25
OBJETIVOS ESPECIFICOS:.....	25
VARIABLES:.....	26
METODOLOGÍA:	27
Diseño y Tipo de Investigación:.....	27
Área de Estudio:	27
Universo y Muestra:.....	27
METODO DE RECOLECCION DE DATOS:.....	27
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	27
RESULTADOS.	28
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	33
REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	34

INTRODUCCION.

La colangitis aguda es un cuadro clínico que se caracteriza por la obstrucción de la vía biliar asociado a infección piógena de esta. Sigue siendo un cuadro ominoso y potencialmente letal particularmente en los ancianos con comorbilidad o cuando hay retraso en su diagnóstico y tratamiento.

La gran mayoría de estas obstrucciones se debe a coledocolitiasis (77-92%), describiéndose también secundarias a obstrucciones extrínsecas, como ser neoplásicas, parasitarias .

La presentación clínica es variable. La tríada de ictericia, fiebre y dolor en cuadrante superior derecho, descrito originalmente por Charcot en 1877, es la presentación clásica de la colangitis. (sensibilidad y especificidad estimada de 40% - 80% y de 50% - 60% respectivamente). (8)

En casos extremos, la tríada se puede asociar a obnubilación y shock, (péntada de Reynold's).

La exploración quirúrgica de la vía biliar seguida de la instalación de una sonda de Kehr ha sido por años el tratamiento de elección para este cuadro. Sin embargo, este tipo de manejo se asocia a una morbimortalidad.

La aparición y posterior consolidación de la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPER) en el manejo de esta patología redujo drásticamente esta morbimortalidad y en la actualidad ya nadie discute en que constituye el tratamiento de elección.

MARCO TEORICO.

DEFINICION.

Se denomina Colangitis Aguda a la infección de la bilis en el interior del árbol biliar. Es una complicación severa y ocasionalmente fulminante de la obstrucción biliar, la existencia de bacterias en la bilis y la obstrucción al flujo biliar, producirá un aumento en la presión intraductal (el límite máximo de la presión intraductal es de 10 - 15 centímetros de H₂O) y cuando llegue a un nivel por encima de la presión secretoria del hepatocito (si la presión excede a 30 centímetros de H₂O, las bacterias y las endotoxinas, a través de un flujo retrógrado serán llevadas a la circulación sistémica (portal y linfática) a través de los sinusoides hepáticos, provocando episodios de bacteriemia con septicemia o sin ella, pudiendo determinar un rápido deterioro, choque séptico y muerte. (5)

FISIOPATOLOGIA.

La colangitis clínica se debe a una combinación de dos factores: concentraciones bacterianas elevadas en la bilis y obstrucción biliar. Pese a que los cultivos de bilis de la vesícula biliar y de los conductos biliares suelen ser estériles, la incidencia de cultivos positivos de la vía biliar aumenta en caso de coledocolitiasis u otra lesión obstructiva. Los microorganismos que mas veces esta presente en la bilis de los pacientes con colangitis clínica son E. coli, Klebsiella pneumoniae, enterococos y bacteroides fragilis. Con todo, aun en presencia de una concentración bacteriana elevada en la bilis, la colangitis clínica y la bacteriemia no aparecen a menos que la obstrucción eleve la presión intraductal.