

**ESCUELA DE GRADUADOS Y EDUCACION MEDICA CONTINUA  
FACULTAD DE MEDICINA U.M.S.S.  
CAJA NACIONAL DE SALUD**

**EVALUACION DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO Y  
ENDOSCOPICO DE LA COLEDOCOLITIASIS**

**Autor : Dr. JAVIER VILLAZON SAUCEDO  
Res. 3º año Cirugia C.N.S.**

**Tutor : Dr. FENANDO PERICON RICO  
Cirujano C.M.S.**

**COCHABAMBA BOLIVIA  
2000**

## INDICE

Página

Resumen .....	1
1.- Introducción .....	3
2.- Marco teórico .....	4
2.1.- Historia .....	4
2.2.- Anatomía .....	4
2.3.- Generalidades y Epidemiología .....	6
2.4.- Manifestaciones Clínicas y Diagnóstico .....	6
2.4.1.- Formas de Presentación .....	8
2.4.2.- Diagnóstico Diferencial .....	9
2.5.- Tratamiento .....	9
2.5.1.- La Endoscopia en el Tratamiento de la Colédocolitiasis...10	
2.5.2.- Esfinterotomía Endoscópica .....	12
2.5.3.- Complicaciones .....	15
2.5.4.- Tratamiento Quirúrgico de la Colédocolitiasis .....	16
2.5.5.- Exploración Laparoscópica del Colédoco .....	18
3.- Objetivos .....	19
3.1.- Objetivo General .....	19
3.2.- Objetivos Específicos .....	19

## INDICE

	Página
4.- Diseño Metodológico .....	22
5.- Tipo de Investigación .....	22
6.- Universo de Estudio .....	22
7.- Variables .....	23
7.1.- Variables Independientes .....	23
7.2.- Variables Dependientes .....	23
8.- Criterios de Inclusión .....	24
9.- Criterios de Exclusión .....	25
10.- Proceso .....	25
11.- Resultados (Grupo A= E.R.C.P., Grupo B= E.V.B. P.O.) .....	26
12.- Conclusiones .....	34
13.- Anexos .....	37
14.- Bibliografía .....	56

## Resumen

La colédocolitiasis, es una de las patologías de la vía biliar que con mayor frecuencia se observa en nuestro medio, especialmente debido a la alta incidencia de colelitiasis en nuestra población. Se dice que la colédocolitiasis se presenta en el 8 - 16 % de todos los pacientes que presentan colelitiasis y en un 10 - 15 % de los pacientes intervenidos en forma electiva de colelitiasis, nuestro medio ha identificado un universo de 337 pacientes con colédocolitiasis, que corresponden a un 15.3 % de toda la patología de vesícula y vías biliares en la Caja Nacional de Salud, en un período de 5 años (96 - 2000). De estos pacientes 220 fueron sometidos a cirugía y coledocotomía, y 117 pacientes fueron sometidos a E.R.C.P.. Se tomó una muestra equitativa de los dos grupos equitativamente, 50 casos de pacientes sometidos a E.R.C.P. y 50 pacientes sometidos a cirugía.

Se ha observado, objetivamente, que el grupo de pacientes comprendidos entre los 50 a 70 años fueron sometidos preferentemente a tratamiento endoscópico de colédocolitiasis (46.6 %), y en el caso de pacientes operados se prefirió la cirugía de exploración de vías biliares por coledocotomía.

La morbilidad caracterizada por complicaciones mayores, se observó que fue mayor en el grupo de pacientes sometidos a cirugía (22 %), frente a la morbilidad de la E.R.C.P. que alcanzó a 13.25 %.

**Conclusión.-** Los procedimientos quirúrgicos y endoscópicos utilizados para el tratamiento de la colédocolitiasis, son eficaces no solamente en forma aislada, sino que también se complementan el uno al otro. Se ha visto que ambos procedimientos presentan similar morbilidad, sin embargo los pacientes sometidos a E.R.C.P. muestran una evolución favorable más temprana y alta hospitalaria que en su mayoría alcanza a los 3 días.

## **1.- Introducción**

En nuestro propósito de conocer mejor la patología quirúrgica más frecuente en nuestro medio, se ha tomado en consideración el tema de la litiasis biliar, específicamente la colédocolitiasis como tema de análisis y estudio, siendo que la enfermedad litiásica biliar es una de las patologías que con mayor frecuencia se observan en nuestros centros hospitalarios sin distinción de clases, edad ni sexo, encontrándose además que muchos de estos casos se acompañan de complicaciones muchas veces severas y que pueden costar la vida del paciente, una de ellas es la colédocolitiasis asociada a la pancreatitis biliar aguda, la colangitis y otros cuadros que analizaremos en nuestro trabajo.

Se dice que la Colédocolitiasis se presenta en el 8 - 16 % que tienen colelitiasis, y presentan Colédocolitiasis un 10 - 15 % de los pacientes intervenidos de forma electiva de colelitiasis. También se admite que la coledocotimía asociada a colecistectomía conlleva un incremento en la morbimortalidad y en la estancia hospitalaria.

Actualmente no solamente la cirugía clásica ayuda a solucionar este problema, ya que se han puesto a disposición de los pacientes técnicas endoscópicas como la E.R.C.P. y la papilotomía endoscópica, los que han de ser analizados y comparados con la cirugía clásica en el presente trabajo; con el objetivo de determinar la utilidad que han tenido en nuestro medio para el tratamiento efectivo de la Colédocolitiasis.

## **2.- Marco teórico**

### **2.1.- Historia**

Casi todo el progreso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la vía biliar se alcanzó en el siglo pasado, sin embargo esta enfermedad se conoce desde hace muchos siglos. El cálculo biliar más antiguo que se conoce data de la XXI dinastía egipcia (1085 AC), descubierto en la momia de una sacerdotisa. La litiasis biliar fué descrita primeramente por un médico griego, Alejandro Tralliano, quién escribió acerca de los cálculos dentro de las vías biliares.

Ludwing Courvoisier, de Basilea, realizó la primera coledocolitotomía con resultados satisfactorios en 1890, e hizo varias contribuciones para comprender la obstrucción de las vías biliares a principios del pasado siglo.

La colangiografía transoperatoria se describió en 1932, desde 1950, se dispone de la colangiografía por las vías transhepáticas y ERCP.

### **2.2.- Anatomía**

La vesícula y las vías biliares extrahepáticas se derivan del intestino primitivo y se forman en conjunción con el hígado.

Los conductos biliares extrahepáticas se hallan dentro del ligamento hepatoduodenal. Normalmente los conductos biliares de los segmentos anterior y posterior se unen para formar el conducto hepático derecho, una confluencia

que suele encontrarse dentro del parénquima hepático. Los conductos de los segmentos medial y lateral izquierdos forman el conducto hepático izquierdo que se une al hepático derecho para formar el conducto hepático común. Estos tienen una longitud de 1-4 cm. de largo, el izquierdo mas accesible por su curso transversal. La longitud del conducto hepático común es muy variable y esta determinada por su unión con el conducto cístico. El colédoco sigue su curso a través del páncreas y la pared del duodeno para formar la ampolla de Vater sobre la pared media de éste. Su extremo distal está cubierto por el esfínter de Oddi, que regula el flujo de bilis desde el hígado hacia el interior del duodeno. El conducto pancreático forma un orificio común en la ampolla de Vater con el colédoco, puede unirse a éste antes de su entrada al duodeno, o abrirse separadamente. Un conducto común, con longitud variable, se encuentra en el 75% de los individuos y en el 25% el colédoco y el pancreático se abren separadamente.

El diámetro medio del colédoco normal se encuentra entre los 8-10 mm.. El colédoco recibe su irrigación arterial de las arterias hepática derecha, común y gastroduodenal, sus ramas forman un plexo sobre el conducto; el drenaje venoso es hacia la vena porta. El triángulo de Calot está limitado por los conductos cístico y hepático, así como el borde inferior del hígado, las arterias hepática derecha y cística se encuentran dentro de el.