

Etiología, manejo y resultados de la enfermedad obstructiva biliar en el Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia

Armando González M. M.D.¹

Olga Lucía Rojas, M.D.²

Edilberto Gómez, M.D.³

Edgar Torres, M.D.⁴

RESUMEN

Se analizaron las historias clínicas de 116 enfermos operados por enfermedad obstructiva del tracto biliar en el año 1983. El promedio de edad fue 57 años; 63% eran mayores de 40 años y las mujeres predominaron sobre los hombres en una relación de 2.3:1. Los signos y síntomas más frecuentes fueron náusea, vómito, dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia. Tan sólo se pudo demostrar un patrón obstructivo por pruebas de laboratorio en 50% a 60% de los casos. En una proporción apreciable no se encontraron datos en las historias. La colecistografía oral se le prac-

ticó en 16% de los casos, la ecografía de la vesícula en 27% y la colangiografía percutánea transparietohepática en 20%. Lo anterior corrobora que la evaluación clínica, no obstante las pruebas diagnósticas nuevas, continúa como el principal método diagnóstico. La operación más común fue la colecistectomía más exploración de vías biliares. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia fueron *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter cloacae*. Se dejó drenaje subhepático en 21% de los casos. Presentaron complicaciones postoperatorias 45% de los pacientes y las más comunes fueron shock séptico, litiasis residual e infección de la herida. Fallecieron 20 pacientes para una mortalidad global de 17.2%.

Las principales causas de obstrucción del árbol biliar son: a) cálculos en el colédoco; b) carcinoma de las vías biliares, la papila y la cabeza del páncreas; c) estenosis iatrogénica del colédoco; d) estenosis de anastomosis bilioentéri-

cas; e) ascariis; f) estenosis del esfínter de Oddi; g) pancreatitis crónica; h) litiasis intrahepáticas.

Los cálculos en el colédoco se encuentran en 8% a 16% de los pacientes que tienen cálculos en la vesícula¹. En la mayoría de los casos provienen de la vesícula por migración; el hecho que algunas veces los cálculos en el colédoco son de mayor diámetro que el conducto cístico sugiere que éstos crecen dentro del colédoco. Casi todos los cálculos son de colesterol, lo que se relaciona con su alta incidencia en la vesícula¹. Arbitrariamente se llaman cálculos primarios del colédoco los que aparecen dos años

1. Profesor Titular, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Docente Adjunta, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
3. Profesor Asistente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
4. Profesor Asociado, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

después de haberse practicado una colecistectomía¹. Los carcinomas de los conductos biliares extrahepáticos son raros y frecuentemente se diagnostican tardíamente. El promedio de edad en las personas con esta enfermedad es alrededor de 60 años¹.

Más de 90% de las estenosis del colédoco son iatrogénicas durante una colecistectomía sola o con exploración de las vías biliares¹. Las otras causas son trauma abdominal, pancreatitis crónica, cálculo impactado.

La complicación más seria de la obstrucción del tracto biliar es la colangitis descrita por Charcot en 1877 y caracterizada por la tríada de ictericia, dolor abdominal y fiebre con escalofríos.

Los objetivos de este estudio fueron: identificar la etiología de la obstrucción del árbol biliar en los pacientes atendidos en el Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia, analizar los sistemas utilizados de diagnóstico y tratamiento y determinar las complicaciones, la mortalidad y la estancia hospitalaria.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron las historias clínicas de 116 pacientes del HUV operados con enfermedad obstructiva del tracto biliar durante 1983. Se utilizó un formulario precodificado que incluyó las siguientes variables: edad, sexo, síntomas, signos, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, hallazgos quirúrgicos, antibióticos, gérmenes aislados, drenes, complicaciones, estado al salir del hospital y estancia hospitalaria. El análisis se hizo con la ayuda del computador.

RESULTADOS

Durante 1983 fueron operados 269 pacientes con enfermedades de la vesícula y del tracto biliar, de los cuales 153 (56.9%) tenían enfermedad vesicular y el resto 116 (43.1%) enfermedad obstructiva del tracto biliar.

El promedio de edad de los pacientes fue 57.9 años. Casi 63% eran mayores de 40 años y las mujeres predominaron sobre los hombres en una relación de 2.3:1.

Los antecedentes más frecuentes presentados por los 116 pacientes fueron: intolerancia a alimentos grasos, 94.8%; cólico biliar, 94%; ictericia, 75.9%; obesidad, 73.3%; colecistectomía previa, 26.7%; y colecistectomía previa más exploración de vías biliares, 14.7%.

Los principales síntomas y signos que tenían los 116 pa-

cientes con enfermedad obstructiva del tracto biliar fueron: náusea, 87.9%; vómito, 85.3%; dolor abdominal en hipocondrio derecho, 83.6%, ictericia, 76.7% y fiebre, 50%. Los signos más comunes fueron: dolor en hipocondrio derecho, 70.7%; ictericia y dolor al rebote, 40.5%. No tenían ningún hallazgo al examen físico 18 (24.1%) pacientes.

Exámenes de laboratorio. La hemoglobina era igual o mayor de 10 g % en 110 (94.8%) pacientes, en 4 (3.5%) era menor y en 2 (1.7%) no había dato. Tenían leucocitosis 32 (27.6%) enfermos. La bilirrubina total estaba en 2 mg% o más en 68 (58.6%) historias; no se les hizo o no tenían dato 39 (33.6%) y su nivel sérico era inferior a 2 mg% en 9 (7.8%). Las fosfatasas alcalinas se encontraron elevadas en 49 (42.2%) casos y no se hizo o no tenían dato en 41 (35.3%); en 26 (22.5%) el examen fue normal. El título de transaminasas pirúvicas era normal en 11 (9.5%); tenían títulos por encima de lo normal pero inferiores a 100 unidades, 11 (9.5%), superiores a 100 unidades, 52 (44.8%) y no tenían dato, 42 (36.2%). Algunos sujetos presentaron valores altos de transaminasas pirúvicas en el suero: entre 301 y 500 unidades, 8; entre 501 y 700, 2; entre 701 y 900, 8; entre 901 y 1100, 1; y entre 1101 y 1300, 1. La concentración de protrombina era mayor o igual a 50% en 63 (54.3%) pacientes; menor de 50% en 4 (3.5%) y no se hizo o no tenían dato, 49 (42.2%).

Se practicó a 19 (16.4%) pacientes colecistografía oral y los hallazgos fueron: cálculos, 10 y excluida, 9. No se realizó en 97 (83.6%). Se realizó a 41 (35.3%) pacientes colangiografía operatoria y se encontró: normal, 30; cálculos en colédoco, 7; y fallidas, 4. Se le hizo a 24 (20.7%) enfermos colangiografía percutánea transparieto-hepática con los siguientes resultados: cálculo en el colédoco, 16; estenosis de colédoco distal, 3; carcinoma de colédoco, 2; fallida, 2; y normal, 1.

Se efectuó en 32 (27.6%) casos ultrasonido de la vesícula con los siguientes hallazgos: cálculos, 26; vesícula con paredes gruesas, edematosas y cálculos, 3; vesícula sin cálculos, 2; y normal, 1. Sólo se realizó a 3 (1.7%) individuos gammagrafía con HIDA. En 2 el estudio fue compatible con el diagnóstico de colecistitis aguda y en el otro examen, el resultado fue colecistitis aguda más dilatación de las vías biliares.

Hallazgos quirúrgicos. El Cuadro 1 informa los principales hallazgos durante la intervención quirúrgica. Los más frecuentes fueron: colecistitis crónica más coledocolitiasis, 35 (30.2%); y colecistitis aguda más coledocolitiasis, 22 (18.9%). Además, hubo un hallazgo quirúr-

Cuadro 1
Hallazgos Quirúrgicos de Enfermedad
Obstruccion del Tracto Biliar.

Hallazgos quirúrgicos	Nº	%
Colecistitis crónica. Coledocolitiasis	35	30.2
Colecistitis crónica con vías dilatadas sin cálculo	3	2.6
Colecistitis aguda. Coledocolitiasis	22	18.9
Colecistitis aguda con vías dilatadas sin cálculo	3	2.6
Colangitis obstructiva aguda supurativa	6	5.2
Litiasis residual con/sin tubo en T	6	5.2
Piocollecisto. Coledocolitiasis. Colangitis obstructiva aguda no supurativa	3	2.6
Vesícula perforada. Colangitis obstructiva aguda. Estenosis del esfínter de Oddi. Piocollecisto.		
Colangitis obstructiva supurativa aguda.		
Dilatación de colédoco sin otra patología	2	1.7
Otras	15	12.9
Total	116	100.0

gico de lo siguiente: estenosis iatrogénica de colédoco, pancreatitis crónica-dilatación de colédoco, biliperitoneo por dehiscencia de la sutura del cístico, litiasis residual sin tubo en T-absceso subhepático, peritonitis biliar post-extracción del tubo en T, vesícula perforada con peritonitis biliar y coledocolitiasis, colecistitis aguda y áscaris en el colédoco, litiasis intrahepática y litiasis residual con tubo en T, estenosis de colédoco distal.

Operaciones realizadas. Las operaciones más comunes fueron: colecistectomía más exploración de vías biliares (EVB), 60 (51.7%); EVB, 14 (12.1%), colecistectomía, EVB y esfinteroplastia, 9 (7.8%); EVB más esfinteroplastia, 6 (5.2%); re-exploración de vías biliares, 5 (4.3%); y esfinteroplastias, 4 (3.4%). Se realizó una operación de cada una de las siguientes: coledocoyeyunostomía en "Y" de Roux, colecistectomía-coledocoduodenostomía-yeyunostomía, colecistectomía-EVB-drenaje de peritonitis, EVB y anastomosis T-T de colédoco por iatrogenia, colecistectomía-EVB-tubo sin fin por iatrogenia de colédoco, colecistectomía-EVB-desbridamiento de páncreas, drenaje de peritonitis biliar-tubo en T, colecistectomía-EVB-nefrectomía izquierda, colecistectomía-EVB-resección de fístula colecistocólica-drenaje de peritonitis-exteriorización de colon y colecistectomía-EVB-drenaje de absceso hepático.

Gérmenes. A 27 (23.3%) se les realizó cultivo y 23 fueron positivos. Las bacterias aisladas fueron: *Escherichia coli*, 7; *Klebsiella pneumoniae*, 5; *Enterobacter cloacae*, 3; *Enterobacter agglomerans*, 3; y otros gérmenes, 6.

Antibióticos. Recibieron antibióticos pre y postoperatorios, 99 (85.4%) pacientes; apenas antibióticos preoperatorios, 7 (6.0%); sólo antibióticos postoperatorios, 5 (4.3%) y no recibieron, 5 (4.3%). La combinación más utilizada fue penicilina más gentamicina.

Drenaje hepático. A 25 (21.6%) individuos se les dejó un drenaje subhepático: dren de Penrose, 18; tubo, 4; y drenaje cerrado tipo hemovac, 3.

Cierre de piel y tejido celular subcutáneo. En 20 (17.2%) pacientes se dejó la piel y el tejido celular subcutáneo abiertos para prevenir la infección de la herida quirúrgica.

Complicaciones. Presentaron complicaciones 53 (45.7%) enfermos pero el número total de complicaciones fueron 81/116. Las complicaciones más frecuentes fueron: shock séptico, 16; litiasis residual, 14; e infección de la herida, 10. El resto aparecen en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Complicaciones Post-operatorias en los 116
Pacientes con Enfermedad Obstruccion del
Tracto Biliar.

Nombre de la complicación	Nº	%
Shock séptico	16	16/116 = 13.8
Litiasis residual	14	12.1
Infección de herida	10	8.6
Evisceración	4	3.4
Bilirragia	3	2.6
Falla multisistémica	3	2.6
Colangitis postoperatoria, absceso hepático piógeno, bronconeumonía, estenosis del esfínter de Oddi, Absceso intraabdominal, hemobilia, salida del tubo en T, desequilibrio hidroelectrolítico, hemorragia digestiva	2	15.5
Otras	13	11.2
Total	81	69.8

Hubo 13 complicaciones, a saber: sección del colédoco, absceso subfrénico, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, pancreatitis, fístula duodenal, atelectasia pulmonar, tromboembolismo pulmonar, discrasia sanguínea, anemia severa, necrosis de testículo y escroto, colección subfrénica, dehiscencia de colédoco-yeyunostomía.

Mortalidad. Fallecieron 20 (17.2%) pacientes. Las causas de muerte fueron: shock séptico, 16; falla multisistémica, 3 y pancreatitis hemorrágica, 1. En el Cuadro 3 se presenta un resumen de los datos más importantes de la

Cuadro 3
Resumen de los Datos de la Historia Clínica de los 20 Pacientes que Fallecieron con Enfermedad Obstructiva del Tracto Biliar, HUV, 1983.

Nº de orden	Edad	Sexo	Obesidad	Recuento de leucocitos	Bilirrubina T	Enfermedades asociadas	Hallazgos	Operación realizada	Cirugía previa	Nº de cirugías última hospitalización	Hipotensión sistólica < 80
1	59	M	Sí	20,000	16	EPOC ^a	Colecistitis aguda Colangitis	Colecistectomía, EVB ^b	No	1	No
2	66	F	No	N3	2		Colecistitis crónica, Coledocolitiasis	Colecistectomía, EVB	No	1	No
3	91	M	Sí	Leucopenia	7	EPOC, HTA ^c , Cardiopatía	Colecistitis crónica, Coledocolitiasis	Tubo en T	No	1	No
4	80	F	Sí	15,000	SD ^d	EPOC	Coledocolitiasis, Pus en vías biliares	Re-EVB	Sí	1	No
5	76	F	Sí	15,000	4	EPOC, HTA	Coledocolitiasis, Pus en vías biliares, Absceso hepático roto, Peritonitis	Tubo en T, drenaje de peritonitis	Sí	2	No
6	35	F	Sí	15,000	1		Colecistitis aguda, Coledocolitiasis	Colecistectomía, EVB, Re-EVB, Drenaje AIA ^e	No	2	No
7	65	F	Sí	N	SD	EPOC	Colecistitis crónica, Coledocolitiasis, Pus en vías biliares Fístula colecistogástrica	T en T, corrección de fístula	No	1	No
8	80	M	SD	Leucopenia	SD	EPOC, HTA, Diabetes	Piocolicisto, colangitis	Colecistectomía	No	1	No
9	76	F	Sí	20,000	SD	Cardiopatía,	Colecistitis, crónica, coledocolitiasis Pus en vías biliares	Colecistectomía EVB, tubo sin fin por sección de colédoco	No	1	No
10	82	F	Sí	N	15	HTA, diabetes	Colecistitis crónica, Coledocolitiasis, Pus en vías biliares	Colecistectomía EVB	No	1	No
11	98	M	No	Leucopenia	SD	SD	Coledocolitiasis, Pus en vías biliares	Tubo en T en colédoco	No	1	Sí
12	65	F	Sí	N	8	HTA, discrasia sanguínea	Litiasis residual con tubo en T	EVB, Esfinteroplastia	Sí	1	No
13	65	M	Si	15,000	1	Asma	Litiasis residual,	Drenaje de absceso	Sí	2	No
14	82	F	Sí	12,000	1	EPOC	Colecistitis crónica, Coledocolitiasis, Pus en vías biliares	Colecistectomía EVB	No	1	Sí
16	22	M	No	12,000	SD	Úlcera péptica	Litiasis hepática, Absceso hepático, Fístula duodenal, Hemobilia	EVB, drenaje de absceso hepático, Ligadura arteria hepática	Sí	2	No
17	24	F	Sí	12,000	4	EPOC, HTA Diabetes	Coledocolitiasis, Pus en vías biliares	Tubo en T en colédoco	Sí	1	No
18	80	F	Sí	15,000	9		Coledocolitiasis, Absceso hepático, Fístula colecistocólica, Peritonitis biliar	Colecistectomía, EVB, drenaje de peritonitis, Exteriorización de colon	No	1	No
19	78	F	Sí	12,000	4		Coledocolitiasis, Absceso hepático, Pus en vías biliares	Tubo en T en colédoco	Sí	1	No
20	34	M	Sí	12,000	9		Colecistitis aguda, Coledocolitiasis	Colecistectomía, EVB, esfinteroplastias	No	1	No

a EPOC= Enfermedad pulmonar obstructiva crónica; b EVB= Exploración de vías biliares; c HTA= Hipertensión arterial;
d SD= Sin dato; e AIA= Absceso intraabdominal; f= IRA= Insuficiencia renal aguda; g= Murió por pancreatitis hemorrágica

Cuadro 4
Factores de Riesgo en los 20 Pacientes que Fallecieron con Enfermedad Obstructiva Biliar.

Factor de riesgo	Nº	%
Infección severa de la vesícula y/o vías biliares	17	85
Obesidad	16	80
Mayores de 60 años	15	75
Enfermedades asociadas	14	70
Leucocitosis	12	60
Mayores de 70 años	11	55
Operaciones previa de la vesícula y/o vías biliares	7	35
Leucopenia	3	15
Presión sistólica menor de 80 mmHg	2	10

historia clínica de los pacientes muertos. Se puede apreciar que casi todos tenían uno o más factores de riesgo. Se consideran factores de riesgo: edad mayor de 60 años, obesidad, enfermedades asociadas, ictericia, leucocitosis o leucopenia, hipotensión, pus en vías biliares, operaciones previas y número de cirugías durante la última hospitalización.

Estancia hospitalaria. El promedio de estancia hospitalaria para los 116 pacientes fue de 11.2 días.

DISCUSION

La causa más frecuente de obstrucción del árbol biliar son los cálculos; siguen en frecuencia las neoplasias y las estenosis del colédoco. Son causas menos frecuentes los áscaris, el trauma, y la colangitis esclerosante.

Según los textos de cirugía las manifestaciones clínicas de los cálculos de colédoco son: a) cólico biliar; b) ictericia que puede ser intermitente si la obstrucción es parcial o progresiva si el cálculo se impacta en la ampolla de Vater y c) fiebre con escalofríos si se infecta la bilis. En presencia de colangitis se produce leucocitosis y neutrofilia; la mayoría de las veces la bilirrubina total, a expensas de la directa, y las fosfatasas alcalinas se encuentra elevadas; valores de bilirrubina total mayores de 15 mg/ml son raros en obstrucción por cálculos². Siempre se debe solicitar determinación de amilasas en el suero por la posibilidad de pancreatitis.

El mejor método para diagnosticar cálculos en el colédoco es la pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica porque permite la visualización de la papila de Vater, la realización de la pancreatografía y la papilotomía, cuando está indicada, para facilitar el paso de los cálculos al duodeno y resolver, definitivamente, el problema en litiasis resi-

dual o transitoriamente en pacientes que además presentan enfermedad vesicular.

La colangiografía percutánea transparietohepática es una alternativa para establecer la causa de la obstrucción cuando falla el procedimiento endoscópico o no se dispone de él. Es conveniente aclarar que si se ha hecho diagnóstico de cálculos vesiculares y se ha planeado realizar colecistectomía no es absolutamente necesaria la colangiografía endoscópica o percutánea si se dispone de buenas facilidades para hacer colangiografía intraoperatoria¹.

Como alrededor de 12% de los pacientes presentaron litiasis residual, se creó la necesidad de realizar acciones conjuntas, entre los servicios de cirugía, rayos X y endoscopia para resolver este problema con alternativas distintas a la operación quirúrgica, a saber: a) la extracción percutánea de cálculos retenidos en las vías biliares a través del trayecto del tubo en T³; b) la papilotomía endoscópica^{1,4-8}; y c) disolución de los cálculos con perfusión continua de ácido fólico a través del tubo en T durante una a 2 semanas¹. Esta droga no se encuentra disponible en Colombia.

Si no se dispone de los métodos anteriores es posible prevenir la litiasis residual practicando coledocoduodenostomía cuando: a) no es posible remover todos los cálculos; b) cuando hay más de 5 cálculos; c) cuando hay una dilatación marcada del colédoco, mayor de 2 cm; d) cuando previamente se ha practicado coledocotomía y exploración de vías biliares; y e) pacientes mayores de 60 años. Sobre este último parámetro no hay uniformidad de criterios.

Se prefiere la esfinteroplastia en las siguientes circunstancias: a) cálculo impactado en la ampolla de Vater; b) estenosis de la papila; y c) diámetro del colédoco menor de 2 cm^{1,9-11}.

Las complicaciones sépticas después de colecistectomía electiva se han reducido dramáticamente desde la introducción de la profilaxis antibiótica en casos seleccionados. Se recomiendan antibióticos profilácticos bajo una cualquiera de las siguientes circunstancias¹²⁻¹⁴: a) enfermos mayores de 60 años de edad; b) en personas que se recuperan de un episodio de colecistitis aguda; c) presencia de cálculos en el colédoco u obstrucción del colédoco de cualquier otra etiología; y d) historia reciente de fiebre y escalofríos. Se recomiendan dos esquemas: a) dosis única durante la inducción anestésica (2 g de cefoxitina) y b) tres dosis de cefoxitina: 2 g durante la inducción anestésica y 2 g 6 y 12 horas después de la operación. En el HUV se utiliza el esquema de 2 g de cefoxitina IV durante la inducción anestésica; se aplica una dosis adicional de 2 g

de cefoxitina IV durante la inducción anestésica; se aplica una dosis adicional de 2 g si la cirugía dura más de dos horas.

Cuando hay evidencia de infección franca se utilizan antibióticos eficaces contra las bacterias más frecuentes, p.e. *Escherichia coli*, *Klebsiella aerogenes*, *Streptococcus fecalis*, *Clostridium welchii*, especies de *Proteus*, especies de *Enterobacter* y estreptococos anaeróbicos. Es eficaz una combinación de penicilina más un aminoglucósido o monoterapia con cefoxitina. Si no se obtiene una buena respuesta se modifica la terapia de acuerdo con el resultado del cultivo y el antibiograma. Si no se dispone de técnicas de laboratorio para el aislamiento de bacterias anaerobias se recomienda agregar uno cualquiera de los antibióticos eficaces contra este tipo de bacterias: cloranfenicol, metronidazol, clindamicina o cefoxitina. La terapia con el antibiótico (s) seleccionado (s) se debe iniciar tan pronto se hace el diagnóstico y se continúa por 24 horas, y a menos que el paciente tenga una peritonitis, se aconseja administrarlo (s) durante 7 días. La incidencia de complicaciones sépticas se ha disminuido significativamente con la administración de antibióticos formulados según los esquemas mencionados^{13,14}.

Se sabe que hay 15 factores de riesgo^{15,16} clínicos y de laboratorio, que se asocian con la mortalidad de los pacientes con enfermedad obstructiva biliar y, de ellos, sólo 8 muestran una asociación significativa con la mortalidad. Esos factores de riesgo son: 1) enfermedad maligna; 2) edad mayor de 60 años; 3) creatinina en el suero, más de 1.3 mg/dl; 4) disminución de la albúmina sérica; 5) bilirrubina total mayor de 10 mg/dl; 6) recuento de leucocitos por encima de 10,000/mm³; 7) hematocrito menor de 30%; y 8) elevación de las fosfatasas alcalinas. Estos factores se determinan dentro de las primeras 48 horas de admisión del paciente.

Los factores se pueden usar para seleccionar los pacientes que requieren drenaje percutáneo de la bilis antes de ser intervenidos quirúrgicamente y para predecir la mortalidad.

Pitt *et al*¹⁵ informaron que la mortalidad aumenta en pacientes con 3 o más factores de riesgo y alcanzó 100% en enfermos con 7 u 8 de tales factores.

Los datos que aparecen en el Cuadro 3 se refieren a la evaluación total de los pacientes que fallecieron y se incluyen parámetros clínicos y de laboratorio preoperatorios, parámetros operatorios como la presencia de pus en las vías biliares, clase de operación realizada, cirugías previas, número de operaciones durante la última hospitalización y presión sistólica menor de 80 mm Hg. Casi todos los pa-

cientes que fallecieron tenían varios factores de riesgo. En el Cuadro 4 aparecen los factores de riesgo que presentaban los 20 pacientes que fallecieron con enfermedad obstructiva del tracto biliar.

En el presente trabajo no fue posible analizar los 8 parámetros clínicos y de laboratorio preoperatorios porque muchos pacientes no tenían datos de creatinina y albúmina sérica. En el protocolo actual del HUV para el manejo de personas con enfermedad biliar se incluye la solicitud rutinaria de esos exámenes.

Para disminuir la morbi-mortalidad de los sujetos con enfermedad biliar es necesario determinar los factores de riesgo que presentan tan pronto ingresan al servicio de urgencias y tener en cuenta que algunos factores, como la bilirrubina y la creatinina séricas, son mucho más importantes que los otros.

SUMMARY

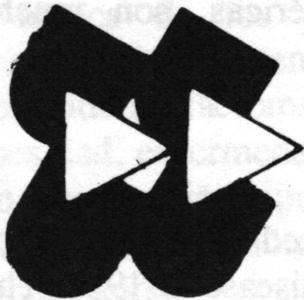
116 cases histories were analyzed from patients operated on of obstructive biliary tract disease in 1983. The mean age was 57 years; 63% of patients were older than 40 years and there was a female/male ratio of 2.3:1. The most frequent symptoms and signs were; nausea, vomiting, right upper quadrant pain and jaundice. An obstructive pattern by laboratory testing could be demonstrated in only 50-60% of cases. In a great proportion of cases, laboratory data were unavailable from the cases histories. Oral cholecystogram was performed in 16% of cases; gallbladder ecography in 27%; and transparietal hepatic cholangiography in 20% of patients. This corroborates that clinical evaluation, in spite of diagnostic tools, is still the main diagnostic method.

The most commonly performed operation was cholecystectomy and CBDE. The most frequently isolated bacteriae were *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* and *Enterobacter cloacae*. A subhepatic drain was left in 21% of cases. Postoperative complications were present in 45% of cases and the most common ones were septic shock -residual stones and wound infection; 20 patients were dead for a mortality rate of 17.2%.

REFERENCIAS

1. Sabiston, DC. *Textbook of surgery*. WB Saunders, 13 ed, Philadelphia, 1986.
2. Way, LW, Admirand, WH & Dunphy, JE. Management of choledocholithiasis. *Ann Surg*, 1972, 176: 347-350.
3. Rosenquist, J. Radiología del árbol biliar. *Clin Quir NA*, 1981, 4: 759.
4. Safrany, L. Duodenoscopic sphincterotomy and gallstone

- removal. *Gastroenterology*, 1977, 72: 338.
5. Reiter, J, Bayer, H. & Mennicken, C. Results of endoscopy papillotomy. A collective experience from nine endoscopic centers in West Germany. *World J Surg*, 1978, 2: 505.
 6. Nakajima, M, Kizu, M & Akasaka, Y. Five years experience of endoscopic sphincterotomy in Japan. A collective study from 25 centers. *Endoscopy*, 1979, 11: 138.
 7. Cotton, PB. Non-operative removal of bile ducts stones by duodenoscopic sphincterotomy. *Br J Surg*, 1980, 67: 1.
 8. Broughan, JA, Sivak, MV & Hermann, RE. The management of retained and recurrent bile duct stones. *Surgery*, 1985, 98: 745-751.
 9. Jones, A. Esfinteroplastia (no esfinterotomía) para enfermedades de vías biliares. *Clin Quir North Am*, 1973: 1123-1124.
 10. Stuart, M & Hoerr, S. Late results of side choledochoduodenostomy and transduodenal sphincterotomy for benign disorders. *Am J Surg*, 1972, 123: 67-72.
 11. Lygidakis, NJ. A prospective randomized study of recurrent choledocholithiasis. *Surg Gynecol Obstet*, 1982, 155: 679-683.
 12. Hirschmann, JV & Inui, TS. Antimicrobial profilaxis. A critique of recent trials. *Rev Infect Dis*, 1980, 2: 1-23.
 13. Chetlin, SH & Elliott, DW. Biliary bacteremia. *Arch Surg*, 1971, 102: 303-306.
 14. Stone, HH, Hooper, CA, Kolb, LD, Geheber, CE & Dawkins, EJ. Antibiotic prophylaxis in gastric, biliary and colonic surgery. *Ann Surg*, 1976, 184: 443-447.
 15. Pitt, HA, Cameron, JL, Postier, RG & Gadacz, TR. Factors affecting mortality in biliary tract-surgery. *Am J Surg*, 1981, 141: 66-71.
 16. Blamey, SL, Fearon, CH, Gilmour, WH, Osborne, DH & Carter, DC. Prediction of risk in biliary surgery. *Br J Surg*, 1983, 70: 535-538.



UNIVERSIDAD DEL VALLE CONTINUAR

Continuar

PROGRAMACION DE CURSOS PARA 1989

Septiembre

Psiquiatría clínica

Psicofarmacología, Depresión enmascarada. Ansiedad. Desadaptación a la adolescencia.
Drogadicción. Retardo mental

Octubre

Neurología I

Trastornos convulsivos en el niño. Síndrome de cabeza grande. Disfunción cerebral mínima.
Trastornos del aprendizaje

Noviembre

Medicina Familiar

La familia y el proceso salud-enfermedad. Trastornos de la función familiar.
Control y mantenimiento de la salud. El autocuidado

Diciembre

Pequeña cirugía

Anestesia local y regional. Manejo de heridas en cara. Procedimientos en dermatología.
Urgencias ortopédicas menores. Heridas penetrantes de tórax y abdomen

**Informes: CONTINUAR, A.A. 25360
Teléfonos 307286-307287, Cali, Colombia**