



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO MONAGAS  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NÚÑEZ TOVAR  
POSTGRADO DE CIRUGÍA GENERAL

**EVALUACION DEL MANEJO QUIRURGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS  
EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.  
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NUÑEZ TOVAR. MATURIN.  
ESTADO MONAGAS. JULIO 2015 – JUNIO 2020**

Autor:

Dr. Espinoza González Hernán José  
C.I. 20.375.934

Asesor:

Dr. Ricardo Pérez

REQUISITO PARCIAL PARA OPTAR POR EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

Maturín, marzo de 2021

**EVALUACION DEL MANEJO QUIRURGICO DE LA  
COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO  
DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL  
NUÑEZ TOVAR. MATORIN. ESTADO MONAGAS. JULIO 2015 – JUNIO  
2020**

Dr. Espinoza González Hernán José

APROBACIÓN EN NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE POR EL  
SIGUIENTE JURADO EXAMINADOR



**DR. RICARDO PÉREZ**

**TUTOR**



**DR. JOSE AROCHA**

**JURADO**



**DR. CARLOS DUERTO**

**JURADO**

## AGRADECIMIENTOS

A Dios Todopoderoso.

Al Dr. Ricardo Pérez, tutor en esta investigación y Maestro durante 3 años de aprendizajes.

Al Dr. José Arocha, Dra. Yrene Alves, Dr. Carlos Duerto, y al resto del equipo docente del postgrado de Cirugía General por ser pilares fundamentales en nuestra formación.

Al personal que labora en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, por el apoyo constante.

A mi familia por darme todo lo que necesite para llevar a cabo este trabajo de investigación.

**A todos, Gracias**

## DEDICATORIA

A **Dios** por acompañarme en cada momento de mi vida, porque El me ha regalado cada éxito y por El siempre he sabido que TODO VA A SALIR BIEN.

A mi mama **Yusmaris González**, por haberme dado las herramientas, y las alas necesarias para llegar al lugar en el cual estoy hoy, Te Amo mama, a mi papá **Hernán Espinoza**, a mi princesa **Paola Espinoza**, por motivarme a ser un buen hermano mayor, que mis logros te sirvan de ejemplo siempre.

A mi abuela **Petra Salazar**, por el apoyo constante y siempre confiar en mí, a mis tíos y primos, porque aunque fueron muchos domingos sin estar juntos el amor de familia siempre nos mantuvo unidos.

A las hermanas que me regalo la universidad, **María José, Dory, Keisymar y Ana Karina**, este logro es compartido con ustedes, ahorita andan por el mundo, siéntanse orgullosas.

A mis amigas de postgrado **Isamar, Veronica, Andrea, Vanesa, Ana Lucia, Pamela, Jenniffer**, gracias por tantos momentos amenos, por hacer del viaje llevadero.

A mi mejor amigo Gre porque no hay tiempo ni distancia que nos separe, y a las personas especiales que me regalo Monagas, **Gloria Ortiz** y familia, **Francisco Cordova, Ivan, Rafael Cordova**, a la familia **Vizcaino Granados**, en especial a Ti, **Juan Carlos**.

A todos **Mis Pacientes**, por el cariño y la confianza.

A cada una de las personas que no menciono pero que estuvieron a mi lado, que hicieron el viaje más llevadero y que hoy forman parte de la estantería de mi vida.

*Dr. Hernán J Espinoza G*

## INDICE

<b>AGRADECIMIENTOS .....</b>	<b>iii</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>iv</b>
<b>INDICE .....</b>	<b>v</b>
<b>INDICE DE TABLAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>RESUMEN.....</b>	<b>vii</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCION .....</b>	<b>1</b>
<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>9</b>
OBJETIVO GENERAL .....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>10</b>
TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO .....	10
POBLACIÓN Y MUESTRA .....	10
CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	11
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN .....	11
TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	11
<b>RESULTADOS.....</b>	<b>13</b>
<b>DISCUSION .....</b>	<b>19</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>22</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>23</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>24</b>
<b>APENDICE.....</b>	<b>27</b>
<b>HOJA DE METADATOS .....</b>	<b>29</b>

## INDICE DE TABLAS

Tabla n° 1. Distribución según sexo y grupo etario de pacientes diagnosticados con coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	13
Tabla n° 2. Síntomas presentados en pacientes diagnosticados con coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	14
Tabla n° 3. Antecedentes personales en pacientes con el diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	14
Tabla n° 4. Métodos empleados en pacientes para el diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	15
Tabla n° 5. Tipo de intervención realizada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	15
Tabla n° 6. Relación entre técnica de exploración elegida y conducta tomada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	16
Tabla n° 7. Estancia hospitalaria postquirúrgica según intervención realizada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	17
Tabla n° 8. Comparación entre las pautas establecidos por la Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal en el 2019 y el manejo quirúrgico de los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.....	18

## RESUMEN

### **EVALUACION DEL MANEJO QUIRURGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. MANUEL NUÑEZ TOVAR. MATURIN. ESTADO MONAGAS. JULIO 2015 – JUNIO 2020.**

**Espinoza González, Hernán José**

**C.I. 20.375.934**

La litiasis coledociana es la presencia de litos en la vía biliar, actualmente son muchas las alternativas terapéuticas para la resolución de la misma desde técnicas convencionales hasta alternativas más novedosas. **Objetivo:** Evaluar el manejo quirúrgico de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar. Julio 2015 – Junio 2020. **Metodología:** El estudio es de tipo transversal retrospectivo, de campo, observacional y descriptivo. Se obtuvo la información de las historias clínicas del servicio de cirugía general, la información se organizó y se realizó una caracterización clínica por cada uno de los años del periodo contemplado. **Resultados:** Se registró una edad promedio de 40 años, 82,1% representó el sexo femenino; Del total de pacientes atendidos 100% presentó dolor abdominal y 85,6% ictericia, 88,2% presentó antecedentes personales, 100% se le hizo diagnóstico inicial con ecosonograma abdominal y colangiografía intraoperatoria, 61,1% se resolvió por laparotomía biliar, 24% por laparoscopia y 7,6% por CPRE y posterior colecistectomía, al 50% se le dejó tubo de kehr. **Conclusiones:** La laparotomía biliar y la colocación de tubo de kehr siguen siendo las técnicas más empleadas en nuestra institución.

**Palabras Clave:** litiasis biliar, laparotomía biliar, CPRE, laparoscopia, tubo de kehr.

## SUMMARY

### EVALUATION OF THE SURGICAL MANAGEMENT OF CHOLEDOCOLITHIASIS IN PATIENTS TREATED IN THE GENERAL SURGERY DEPARTMENT. UNIVERSITY HOSPITAL DR. MANUEL NUÑEZ TOVAR. MATURIN. MONAGAS STATE. JULY 2015 - JUNE 2020.

Espinoza González, Hernán José.

C.I. 20.375.934

Choledochal lithiasis is the presence of stones in the bile duct, currently there are many therapeutic alternatives for its resolution from conventional techniques to newer alternatives.

**Objective:** To evaluate the surgical management of choledocholithiasis in the general surgery service of the Manuel Núñez Tovar University Hospital. July 2015 - June 2020.

**Methodology:** The study is cross-sectional, retrospective, field, observational and descriptive. The information was obtained from the clinical records of the general surgery service, the information was organized and a clinical characterization was carried out for each of the years of the contemplated period.

**Results:** An average age of 40 years was recorded, 82.1% represented the female sex; Of the total number of patients seen, 100% presented abdominal pain and 85.6% jaundice, 88.2% presented a personal history, 100% were made an initial diagnosis with abdominal ultrasound and intraoperative cholangiography, 61.1% were resolved by biliary laparotomy, 24 % by laparoscopy and 7.6% by ERCP and subsequent cholecystectomy, 50% had a Kehr tube. **Conclusions:** Biliary laparotomy and Kehr tube placement continue to be the most widely used techniques in our institution.

*Key words: gallstones, biliary laparotomy, ERCP, laparoscopy, Kehr tube*

## INTRODUCCION

La coledocolitiasis es la presencia de litos en los conductos biliares, se desarrolla aproximadamente en el 5 – 15% de los pacientes con litiasis vesicular y es la segunda complicación más frecuente, presentando consecuencias como colangitis o pancreatitis<sup>1</sup>. La incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en el sexo femenino, se estima una mortalidad de 0,6 %. Cada año se realizan 700000 colecistectomías en Estados Unidos y 50000 en el Reino Unido, de estos el 8 – 10% tienen además litos en la vía biliar común<sup>2</sup>.

Los babilonios hace 2000 años fueron los primeros en descubrir con fines espirituales la vesícula, el conducto cístico y el colédoco en ovejas, y desde ahí el conocimiento de la patología biliar ha cobrado importancia. Para el año 1559 Realdo Columbus encontró cálculos en la vía biliar de San Ignacio de Loyola, quien murió de sepsis biliar, siendo esta la primera vez en describir la enfermedad y sus complicaciones<sup>3</sup>.

En sus inicios el tratamiento de la enfermedad fue considerado medico exclusivamente, hasta 1673 que Joenisius realiza una colecistolitotomía a través de una fistula colecistocutanea, marcando este hecho el nacimiento de la cirugía biliar para el mundo. Posteriormente Kocher en 1878 realiza la primera colecistostomía y en 1881 Halsted se atrevió a inspeccionar por primera vez la vía biliar<sup>3</sup>.

Kehr en 1913 afianzo de forma definitiva que la cirugía no debía solo extraer los cálculos, sino extirpar completamente el órgano, posterior a realizar 2000 cirugías biliares, además de esto estableció indicaciones para el drenaje de la vía biliar y fue el primero en realizar el drenaje a través del conducto cístico, aunque después promovió

el mismo a través del colédoco con una incisión que el mismo nombre y con un tubo en T que ha sido denominado con su nombre<sup>3</sup>.

Desde el punto de vista embriológico el desarrollo de la vía biliar corresponde a la porción distal del divertículo hepático. Al finalizar la cuarta semana se desarrolla el conducto cístico y el primordio de la vesícula biliar, mientras que la vía biliar común y los conductos hepáticos en la quinta semana. La vesícula biliar es un órgano que sirve como reserva de la bilis segregada por el hígado, tiene una longitud de 7 a 10 centímetros y una capacidad de 30 a 50 cc, se encuentra en la unión del lóbulo cuadrado y el lóbulo derecho y presenta un conducto denominado cístico, es irrigada por la arteria cística, rama de la arteria hepática derecha, los conductos biliares extrahepáticos son vascularizados por ramas de la arteria cística y de la pancreatoduodenal en la parte posterior<sup>4</sup>.

Fisiopatologicamente en el contexto de la patología litiasica, los cálculos pueden ser de colesterol o pigmentados, y su composición se debe a sustancias presentes en la bilis: colesterol, bilirrubinato de calcio, sales de calcio de fosfato, carbonato y palmitato. En Occidente los más comunes son los de colesterol, siendo encontrados en el 90% de las cirugías biliares<sup>4</sup>.

Entre los factores de riesgo para la litiasis biliar se encuentran sexo femenino, edad, multiparidad, obesidad, y se han descrito medicamentos con capacidad litogénica en la vía biliar como el octreotide, ceftriaxona y estatinas. La carga genética juega un papel importante en el desarrollo de esta enfermedad, se han identificado polimorfismos en genes que codifican para transportadores de colesterol, proteínas metabolizadores de polipoproteínas, las cuales se han relacionado con colelitiasis y notables diferencias étnicas entre poblaciones asiáticas y europeas<sup>5</sup>.

Una vez que se forman los litos en la vía biliar pueden tener distintas presentaciones clínicas: cólico biliar, colangitis, ictericia, colecistitis, pancreatitis aguda biliar, fistula colecistoduodenal e íleo biliar y colecistitis crónica. El diagnóstico se puede realizar por clínica y laboratorio a través de las bilirrubinas y enzimas hepáticas, específicamente la gamma-glutamyltransferasa. Desde el punto de vista imagenológico la sensibilidad de la ecografía abdominal para detectar coledocolitiasis es del 22 al 55% pero alcanza el 88% para descubrir dilatación de la vía biliar, la colangiografía es ideal para detectar litos menores a 5 mm y la tomografía no es de utilidad para el diagnóstico de coledocolitiasis pero si permite excluir otras causas de tipo obstructivo. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es el método más sensible<sup>6</sup>.

La introducción de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 1974 cambió el tratamiento de los cálculos en el colédoco, no obstante la exploración abierta de la vía biliar sigue estando indicada en determinadas circunstancias clínicas cuya exploración puede ser transcística o transcoledociana, y va a estar determinada por la anatomía de dichas estructuras<sup>6</sup>. La colecistectomía laparoscópica se convirtió en el procedimiento estándar para la litiasis vesicular y con el paso del tiempo se han podido resolver patologías más complejas de forma laparoscópica. La exploración de la vía biliar laparoscópica ha sido descrita como un método efectivo y seguro de extracción de cálculos de la vía biliar, que se puede realizar de dos maneras, transcística, preferida debido a la menor morbilidad y estancia hospitalaria y transcoledociana, indicada en litos mayores de 8 mm<sup>7</sup>.

El cierre primario del colédoco o el uso de sonda en T son técnicas empleadas, posterior a la exploración de las vías biliares, la ventaja de utilizar la sonda en T es mantener descomprimida la vía biliar después de haber sido manipulada y tener una ventana en caso de litiasis residual<sup>7</sup>. La tecnología juega un papel importante en la medicina actual, técnicas novedosas como la laparoscopia ha disminuido el dolor

postoperatorio, tiempo de estancia hospitalaria, complicaciones y costos. En la actualidad la esfinterotomía endoscópica asociada a colecistectomía laparoscópica representa la técnica más utilizada en el manejo de la litiasis biliar<sup>8</sup>.

Según la Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal en el 2019 establece que el diagnóstico de Coledocolitiasis inicial debe realizarse con ultrasonido endoscópico o colangiografía dada la alta especificidad de ambos estudios, en pacientes con diagnóstico de pancreatitis biliar sin colangitis indican la CPRE antes de las 48 horas, en pacientes con litos gigantes sugieren la esfinterotomía previa dilatación con balón, y en el caso de acceso difícil terapia intraductal con dilatación papilar, aunado a esto indican la colecistectomía laparoscópica en el mismo tiempo quirúrgico<sup>9</sup>.

Gurusamy y colaboradores (2013) en Londres, evaluaron 359 pacientes que fueron llevados a mesa operatoria para exploración de vías biliares, de los cuales 178 se le colocó tubo en T y a 181 se le realizó cierre primario de colédoco, en el cual no hubo diferencia significativa entre ambos grupos en relación a la mortalidad y morbilidad postoperatoria, el tiempo quirúrgico fue mayor en el grupo que se le dejó tubo de Kehr y fue mayor la estancia hospitalaria, concluyendo que no hay justificación para el uso rutinario del drenaje de Kehr posterior a la exploración de vías biliares, e indican la necesidad de realizar estudios comparativos de los distintos manejos de las vías biliares para definir conductas acertadas<sup>10</sup>.

Gómez (2017) en Aguascalientes, México, realizó un estudio en 20 pacientes a los cuales posterior a exploración de vías biliares realizaron coledocografía y 14 pacientes a los cuales se les colocó sonda en T, encontrando diferencia significativa en relación al cierre primario quienes presentaron menor estancia hospitalaria e inicio de la vía oral más temprano y evidenciando complicaciones en un 15% asociada a la

coledocorrafia primaria y un 28% al grupo de sonda en T, concluyendo que la rafia primaria disminuye las comorbilidades asociadas al tubo de kehr<sup>11</sup>.

Cuadrado y colaboradores (2017) en Bogotá, Colombia, presentaron una serie de 12 pacientes con diagnostico de coledolitiasis y con CPRE fallida, que fueron sometidos a exploración de vías biliares con cierre primario por laparoscopia, mostrando que en 10 de ellos la estancia hospitalaria fue menor de 5 días después del procedimiento quirúrgico y consideran que se debe aumentar la curva de aprendizaje con esta técnica para establecerlo como manejo estándar<sup>12</sup>.

Ricci y colaboradores (2018) en Massachusetts, compararon la eficacia y seguridad de 4 técnicas laparoscópicas e intraoperatorias para el manejo de la litiasis biliar, determinaron que de 2489 procedimientos la colecistectomía laparoscópica mas CPRE intraoperatoria fue la técnica más exitosa y segura, mientras que la colecistectomía mas exploración biliar laparoscópica fue más exitosa para evitar el sangrado general, menor tiempo quirúrgico y menor costo, reducir el riesgo de pancreatitis aguda pero represento mayor fuga biliar<sup>13</sup>.

Deng y colaboradores (2019) en China, evaluaron la recurrencia de litiasis biliar en pacientes sometidos a CPRE, realizaron un estudio retrospectivo en 10 años, en los cuales evidenciaron que 477 pacientes presentaron recurrencia de la patología, y algunos factores en común fueron la edad, colocación de stents, dilatación con balón, entre otros, recomendando tomar en cuenta los diversos factores de riesgo, a la hora de decidir conducta ante el manejo de las vías biliares ante la presencia de la enfermedad litogénica<sup>14</sup>.

Zhou y colaboradores (2019) en Zhejiang, China, realizaron un estudio retrospectivo para evaluar el historial de pacientes que fueron sometidos a Exploración Biliar Laparoscopia, fueron 79 pacientes, de los cuales a 38 se les realizo

cierre primario de vía biliar y a 41 se les dejó sonda en T, no hubo diferencias significativas entre la edad ni el número de litos. Ambas técnicas quirúrgicas fueron exitosas, sin embargo el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria fueron más cortas en el cierre primario, y en 2 de estos pacientes se observaron complicaciones postoperatorias (fuga biliar y sangrado) mientras que 4 con tubo de Kehr presentaron complicaciones (infección, fuga biliar y sangrado), se siguieron por 21 meses en promedio, evidenciándose 1 paciente con estenosis biliar y el cual pertenecía al grupo de cierre primario, en contraste con el grupo de tubo en T el cual ninguno presentó estenosis, concluyeron que el cierre primario es seguro, sin embargo sugieren realizar estudios a mayor escala para verificar la efectividad a largo plazo de esta técnica<sup>15</sup>.

Guan y colaboradores (2019) en Xinmin, China, analizaron retrospectivamente 112 pacientes que fueron sometidos a exploración biliar laparoscópica, de los cuales a 59 se le realizó drenaje transcístico más cierre primario y a 53 coledocotomía con drenaje de tubo de Kehr, evidenciando que no hubo diferencia significativa entre ambos grupos, solo se evidenció fuga de bilis en un paciente con tubo en T, fueron seguidos hasta 29 meses sin evidenciar estenosis del conducto biliar, concluyeron que la exploración transcística más cierre primario es una técnica más simple y menos invasiva<sup>16</sup>.

Sánchez y colaboradores (2009) en Caracas, Venezuela, compararon la efectividad del abordaje laparoscópico en pacientes con colecolitiasis compleja versus el manejo laparoscópico en un solo tiempo, se realizó un estudio prospectivo, que incluyó a 20 pacientes con indicación de exploración laparoscópica de la vía biliar. Se estudiaron los pacientes con CPRE fallida y se compararon con pacientes manejados en un solo tiempo. En siete pacientes (35 %) la indicación de exploración de vías biliares fueron: alta sospecha de colecolitiasis y CPRE fallida. La tasa de éxitos en este grupo fue de 57 % versus 84,7 % para los pacientes manejados en un solo tiempo. El tiempo quirúrgico promedio y la estadía hospitalaria estuvieron

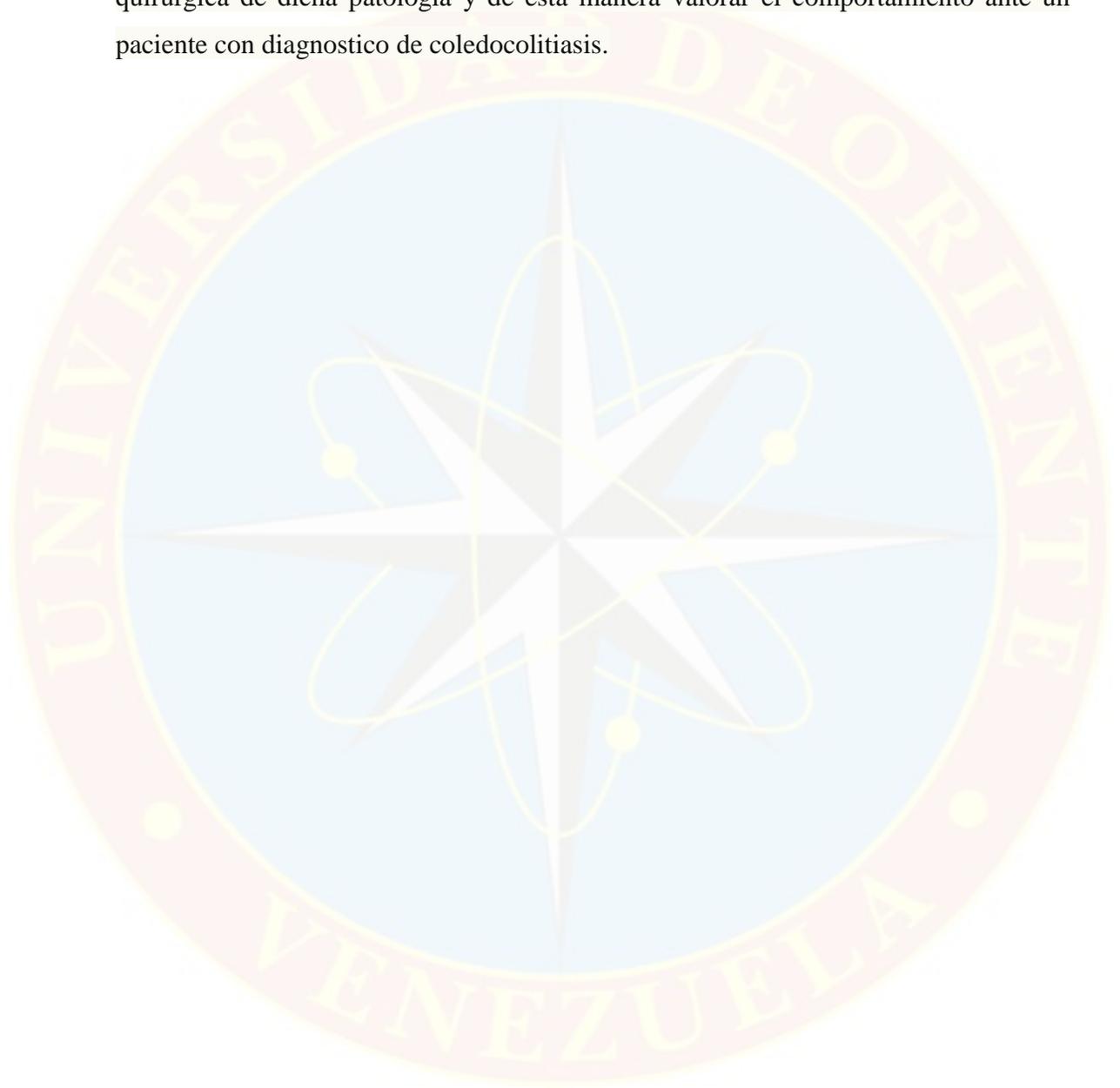
probablemente relacionados con la mayor complejidad de los casos. Concluyeron que los pacientes en los que se presentan dificultades en la resolución mediante CPRE, deben ser considerados casos complejos, en los cuales la efectividad del procedimiento laparoscópico disminuye y la tasa de conversión aumenta considerablemente<sup>17</sup>.

León Leandro (2015) en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, Maturín, Estado Monagas, determino la eficacia de la colangiografía intraoperatoria selectiva transcística y el manejo laparoscópico en un solo tiempo de litiasis vesicular y coledociana, de 47 pacientes llevados a mesa operatoria, 25 presentaron colangiografía selectiva positiva a los que se le realizó exploración laparoscópica, siendo satisfactoria en el 92% de los casos, concluyendo que es un método con alta eficacia y seguridad para el manejo de la litiasis biliar<sup>18</sup>

En algunos centros la extracción de cálculos coledocianos se realiza de manera rutinaria mediante laparoscopia y es probable que un futuro esta técnica se generalice. En la cirugía clásica para el manejo de la litiasis de la vía biliar principal, la extracción de cálculos mediante coledocotomía y cierre de la misma con colocación de drenaje de kehr ha sido el paradigma universalmente aceptado<sup>7</sup>. En un intento de simplificar y mejorar el procedimiento quirúrgico, se están popularizando técnicas poco difundidas como la extracción transcística de los cálculos o el cierre de la vía biliar principal sin colocar drenaje de kehr, por lo que se hace importante evaluar el manejo quirúrgico de la litiasis coledociana en cada institución, tomando en cuenta la disponibilidad de recursos y de esta manera escoger alternativas quirúrgicas exitosas y seguras.

En vista de que el Hospital Universitario Doctor Manuel Núñez Tovar, de Maturín, Estado Monagas, Venezuela, no se cuentan con protocolos estandarizados para el manejo de la vía biliar principal, se decide llevar a cabo un estudio

retrospectivo que permita identificar las distintas conductas que se han venido tomando en los últimos cinco años, en el servicio de cirugía general para la resolución quirúrgica de dicha patología y de esta manera valorar el comportamiento ante un paciente con diagnóstico de coledocolitiasis.



## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el manejo quirúrgico de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar. Julio 2015 – Junio 2020

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Distribuir según edad y sexo la población atendida con diagnóstico de litiasis coledociana.
2. Identificar los antecedentes personales de patología biliar.
3. Determinar signos y síntomas manifestados por los pacientes en el contexto de la patología.
4. Precisar los métodos diagnósticos empleados.
5. Definir la conducta y técnica quirúrgica elegida para la resolución de la patología litiasica.
6. Precisar la estancia hospitalaria postquirúrgica según la técnica quirúrgica elegida.
7. Comparar el manejo de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general con la guía de la Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal 2019.

## **METODOLOGIA**

### **TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO**

El estudio según el momento en el que se recolectaron los datos es de tipo transversal retrospectivo. Se obtuvo la información de las historias clínicas del servicio de cirugía general del Hospital Universitario Doctor Manuel Núñez Tovar correspondientes al periodo Junio 2015 – Julio 2020. La información se organizo y se realizo una caracterización clínica por cada uno de los años del periodo contemplado.

El diseño se enmarco en un estudio de campo, observacional y descriptivo, debido a que corresponde a un diseño de investigación clínica cuyo objetivo es “la observación y el registro” de los acontecimientos sin intervención alguna en el curso natural de estos. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis<sup>19</sup>.

### **POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población corresponde a todos los casos de pacientes ingresados al servicio de cirugía general del Hospital Universitario Doctor Manuel Núñez Tovar con diagnostico de Coledocolitiasis.

La muestra se selecciono y está representada por todos los casos de pacientes con diagnostico de Coledocolitiasis que fueron resueltos de forma quirúrgica y que cumplen con los criterios de inclusión, en el departamento de registro y estadísticas de salud del Hospital Universitario Doctor Manuel Núñez Tovar en el período comprendido entre el 1 de Julio del año 2015 y el 30 de Junio del 2020.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Se seleccionaron todas las historias clínicas de los pacientes que cumplan con los siguientes criterios:

- ✓ Pacientes ingresados al servicio de cirugía general del Hospital Universitario Doctor Manuel Núñez Tovar en los años 2015-2020
- ✓ Pacientes con diagnóstico de Coledocolitiasis.
- ✓ Pacientes que hayan recibido tratamiento quirúrgico.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Se excluyeron las historias clínicas de los pacientes con:

- ✓ Historias clínicas incompletas
- ✓ Diagnósticos dudosos.
- ✓ Pacientes con tratamiento médico o ambulatorio

## **TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La información contenida en las historias clínicas se recolecto en un tabulador de datos diseñado por el autor para el presente estudio. El formato consta de identificación (nombres y apellidos), edad, numero de historia clínica, fecha de ingreso, signos y síntomas, método diagnostico, intervención indicada, hallazgos intraoperatorios, técnica quirúrgica empleada y estancia hospitalaria.

Para la recolección de datos se revisaron las historias clínicas concernientes al período de estudio y se seleccionaron las correspondientes a los pacientes que hayan sido llevados a mesa operatoria con diagnostico de coledocolitiasis. Se ordeno y clasifíco la información según el instrumento diseñado para la recolección de datos con el fin de desarrollar las variables descritas en los objetivos específicos.

### **Limitaciones**

- ✓ Historias clínicas inespecíficas para la patología en estudio.

### **Análisis Estadístico**

Los datos obtenidos se analizaron mediante el programa Windows SPSS-20. Se procedió a analizar cada variable utilizando la estadística descriptiva, posteriormente se obtuvieron las conclusiones y recomendaciones pertinentes. Para las variables cualitativas se empleó las pruebas de Chi cuadrado, teniendo en cuenta los resultados estadísticamente significativos cuando  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

**Tabla n° 1. Distribución según sexo y grupo etario de pacientes diagnosticados con coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.**

		Sexo				Total	
		Femenino		Masculino		N	%
		N	%	N	%		
Grupo Etario	<= 20	3	3,8%	0	0,0%	3	3,8%
	21 - 30	18	23,1%	3	3,9%	21	27,0%
	31 - 40	8	10,3%	7	8,9%	15	19,2%
	41 - 50	20	25,7%	4	5,1%	24	30,8%
	51 - 60	9	11,5%	0	0,0%	9	11,5%
	61+	6	7,7%	0	0,0%	6	7,7%
Total		64	82,1%	14	17,9%	78	100,0%

Fuente: base de datos del autor

Una vez recolectada la información de los pacientes del Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, se obtuvo una muestra de 78 pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis sometidos a tratamiento quirúrgico, de los cuales tenían edades comprendidas entre 19 y 71 años, la edad promedio fue de 40 años. Se obtuvo que el 69,2% (n=54) son mayores de 30 años y el 82,1% (n=64) está representado por el sexo femenino, el resto está distribuido en grupos etarios según sexo en el cuadro 1.

**Tabla n° 2. Síntomas presentados en pacientes diagnosticados con coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

		N	%
Signos y síntomas	Dolor	78	100,0%
	Ictericia	67	85,8%
	Fiebre	36	46,1%
	Coluria	21	26,9%
	Acolia	9	11,5%
	Prurito	0	0,0%
	Total	78	100%

Fuente: base de datos del autor

En cuanto a los síntomas presentados se obtuvo que el 100% (n=78) de la muestra refirió dolor como principal síntoma para el diagnóstico de coledocolitiasis, seguido de ictericia en el 85,8% (n=67) y fiebre en el 46,1% (n=36) de los casos.

**Tabla n° 3. Antecedentes personales en pacientes con el diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020.**

		Litiasis Biliar				Total	%
		No	%	Sí	%		
Pancreatitis	No	15	19,2%	39	50,0%	54	69,2%
	Sí	9	11,6%	15	19,2%		
Total		24	30,8%	54	69,2%	78	100%

Fuente: base de datos del autor

En cuanto a los antecedentes personales se pudo determinar que 69,2% (n=54) de la muestra refirió tener antecedentes de litiasis biliar Y 30,8% (n=24) de pancreatitis, en contraste 19,2% (n=15) refirió no presentar ningún tipo de antecedentes.

**Tabla n° 4. Métodos empleados en pacientes para el diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

		N	%
Métodos Diagnósticos	Ecosonograma	78	100,0%
	Colangiografía IO	78	100,0%
	Colangiografía resonancia	46	58,9%
	Ecoendoscopia	9	11,5%
	TAC	6	7,6%
	CPRE	6	7,6%
	Total	78	100,0%

Fuente: base de datos del autor

Para realizar el diagnóstico de coledocolitiasis se empleó el ecosonograma abdominal y la colangiografía intraoperatoria en el 100% (n=78) de los casos, mientras que la colangiografía resonancia solo se utilizó en 58,9% (n=46), la ecoendoscopia en 11,5% (n=9) de los pacientes, y al 7,6% (n=6) se le realizó Colangiopancreatografía Retrograda Endoscópica.

**Tabla n° 5. Tipo de intervención realizada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

		N	%
Intervención indicada	Laparoscopia	24	30,7%
	Laparotomía Biliar	48	61,5%
	CPRE + Colectomía	6	7,6%
	Total	78	100,0%

Fuente: base de datos del autor

De los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis resueltos de manera quirúrgica, al 61,5% (n=48) se le realizó laparotomía biliar mientras que en el 30,7% (n=24) se realizó exploración de la vía biliar a través de abordaje laparoscópico, y solo 7,6% (n=6) se le realizó colangiopancreatografía retrograda endoscópica y colectomía en un segundo tiempo quirúrgico.

**Tabla n° 6. Relación entre técnica de exploración elegida y conducta tomada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

		Tipo de Exploración					
		Exploración transcística		Exploración transcoledociana		Total	
		N	%	N	%	N	%
Tipo de drenaje de la vía biliar	Tubo de Kehr	0	0,0%	36	50,0%	36	50,0%
	Rafia Primaria	24	33,3%	12	16,6%	36	50,0%
	Total	24	33,3%	48	66,6%	72	100,0%

Fuente: base de datos del autor

#### Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

Tipo de drenaje de la vía biliar	Tipo de Exploración	
	Chi-cuadrado	
	173,333	
	Df	4
	Sig.	,000 <sup>*,b</sup>

Al evaluar la técnica de exploración elegida y la conducta quirúrgica tomada se determinó que en el 66,6% (n=48) de los casos se realizó exploración biliar transcoledociana, de los cuales más de la mitad se empleó drenaje de Kehr mientras que en el 33,3% (n=24) se realizó exploración transcística sin drenaje. Al aplicar las pruebas de chi cuadrado se evidencia un coeficiente de 0,00 por lo que estadísticamente no hay relación entre la técnica de exploración elegida y la conducta tomada.

**Tabla n° 7. Estancia hospitalaria postquirúrgica según intervención realizada en pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

		Intervención indicada						Total	
		Laparoscopia		Laparotomía biliar		CPRE			
		Recuento	%	Recuento	%	Recuento	%	N	%
Estancia Hospitalaria	<= 1	24	30,7%	12	15,4%	4	5,1%	40	51,2%
	2 - 7	0	0,0%	34	43,5%	2	2,6%	36	46,1%
	8+	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%	2	2,5%
<b>Total</b>		<b>24</b>	<b>30,7%</b>	<b>48</b>	<b>61,4%</b>	<b>6</b>	<b>7,7%</b>	<b>78</b>	<b>100%</b>

Fuente: base de datos del autor

Al relacionar la estancia hospitalaria con la técnica quirúrgica empleada se determino que el 51,2% (n=40) se mantuvo hospitalizado en un tiempo de 24 horas posterior al acto quirúrgico, mientras que el resto de la muestra represento una estancia hospitalaria mayor, considerando que a este grupo se le realizo laparotomía biliar.

**Tabla n° 8. Comparación entre las pautas establecidos por la Sociedad Americana para Endoscopia Gastrointestinal en el 2019 y el manejo quirúrgico de los pacientes con diagnóstico de coledocolitiasis que recibieron tratamiento quirúrgico en el servicio de cirugía general del HUMNT, Maturín – Monagas, Junio 2015 – Julio 2020**

Pautas	HUMNT	ASEGI	CUMPLIMIENTO
Metodos Diagnostico	<b>Ecosonograma Abdominal (100%)</b>	<b>Ecoendoscopia /Colangioparesonancia</b>	<b>70,4%</b>
	<b>Colangiografia Intraoperatoria (100%)</b>		
	<b>Colangioparesonancia (58,9%)</b>		
	<b>Ecoendoscopia (11,5%)</b>		
Resolucion Quirurgica	<b>Laparotomia Biliar (61,5%)</b>	<b>CPRE + Colecistectomia</b>	<b>7,6%</b>
	<b>Laparoscopia (30,7%)</b>		
	<b>CPRE + Colecistectomia (7,6%)</b>		

Fuente: base de datos del autor

Al comparar el manejo de la coledocolitiasis con los estándares establecidos por la Sociedad Americana para la endoscopia gastrointestinal se determino que el 70,4% cumple con el método de imagen ideal para el diagnostico inicial, mientras que solo el 7,6% de los pacientes estudiados recibieron tratamiento endoscópico mas colecistectomía para el manejo de la litiasis biliar.

## DISCUSION

La Colangiopancreatografía retrograda endoscópica con la extracción de cálculos y la posterior colecistectomía laparoscopia ha sido considerada durante mucho tiempo como la mejor opción terapéutica, sin embargo en la actualidad con el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva se ha intentado desarrollar técnicas laparoscópicas que permitan la exploración biliar en un mismo tiempo quirúrgico, es importante considerar que la aplicación de estos procedimientos es dependiente en gran parte de la disponibilidad de recursos y de la experiencia del personal capacitado.

De los pacientes evaluadas con diagnóstico de Coledocolitiasis, en el Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. Maturín. Julio 2015 – Junio 2020 un total de 78 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión del presente estudio.

Al igual que en otros estudios, como el de González – Pérez y colaboradores (2018) en México, el sexo predominante es el Femenino, igualmente el grupo etario con más incidencia es el rango comprendido entre 30 y 40 años, a diferencia de nuestro estudio, ellos indican que el principal síntoma es ictericia y coluria, mientras que en la presente investigación el dolor abdominal fue el síntoma cardinal en el 100% (n=78) de los casos.

González – Pérez y colaboradores (2018) establecen el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis de forma asintomática<sup>20</sup>, en contraste, en nuestro estudio se pudo establecer que todos los pacientes diagnosticados presentaron sintomatología al momento de la resolución quirúrgica, aun cuando el 15% de la muestra refirió antecedentes de litiasis biliar y de haber tenido episodios de pancreatitis aguda.

La sociedad americana de endoscopia gastrointestinal en el 2019 establece que el diagnóstico de coledocolitiasis debe realizarse a través de Colangiografía o Ultrasonido Endoscópico por su alta sensibilidad<sup>9</sup>, en el Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar. Maturín, no se dispone del recurso dado que el 100% de los pacientes se le realizó Ecosonograma Abdominal, solo el 11,5% se le realizó ecoendoscopia y al 7,1% colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, sin embargo es importante resaltar que el 58,9% empleó la colangiografía para el diagnóstico inicial de la patología en estudio, cumpliendo así con los estándares establecidos internacionalmente.

En un estudio realizado por León (2015) en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar determinó que la exploración laparoscópica de la vía biliar más colangiografía intraoperatoria transcística es un método seguro<sup>18</sup>, sin embargo en nuestro estudio se puede definir que la técnica quirúrgica mayormente usada en el periodo en estudio fue la laparotomía biliar, lo que indica la importancia de disponer de los recursos adecuados para el manejo ideal. La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal en el 2019, establece que el manejo debe ser endoscópico más colecistectomía pre o post CPRE<sup>9</sup>, por su parte la Asociación Española de Cirugía sugiere que si el centro hospitalario no cuenta con el recurso la exploración laparoscópica sigue siendo la ideal y la laparotomía pudiera seguir siendo la técnica empleada<sup>21</sup>.

De los 72 pacientes llevados a mesa operatoria a los cuales se le realizó exploración de vía biliar se pudo determinar que el abordaje transcístico con cierre primario, realizado en el 33.3% representó una técnica sencilla y aplicable, lo que coincide con el estudio realizado por Guan y colaboradores (2019) en Xinmin, China, quienes indican que es una técnica simple y menos invasiva, por otro lado el 50% de la muestra estuvo determinado por la exploración transcoledociana más colocación de tubo en T<sup>16</sup>, demostrando que fue la técnica mayormente empleada en el periodo de

estudio, lo que resalta una diferencia notable con el estudio llevado a cabo por Gurusamy y colaboradores en el 2013 en Londres, quienes definieron que el cierre primario había sido la técnica más utilizada con mejores beneficios, por su parte la decisión de hacer coledocorrafia primaria estuvo representada por el 16,6% de la muestra en este estudio<sup>10</sup>, lo que contrasta con Gómez, en el 2017 en México quien demostró que esta técnica era de primera elección con excelentes resultados postoperatorios<sup>11</sup>.

Al determinar la relación entre la estancia hospitalaria con la intervención quirúrgica realizada, se hace notar que existe una diferencia significativa entre los pacientes llevados a mesa operatoria para laparotomía biliar y los que se le realizó laparoscopia o CPRE, demostrándose que en el primer grupo tuvo mayor estancia hospitalaria que el segundo, lo que se relaciona con el estudio realizado por Zhou y colaboradores (2019) en Zhejiang, China, quienes describen que las técnicas laparoscópicas y mínimamente invasivas representan una menor estancia hospitalaria<sup>15</sup>.

La Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal en el 2019 establece que el manejo de la litiasis coledociana debe ser endoscópico con posterior colecistectomía laparoscópica<sup>9</sup>, cuyo concepto es aplicado por la Asociación Colombiana de Cirugía<sup>22</sup>, lo que se diferencia del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar, donde se pudo demostrar que el 70,1% de la muestra cumple con los estándares para la realización del diagnóstico inicial pero solo el 7,6% cumple con el método quirúrgico ideal, sin embargo es importante resaltar que juega un papel importante la disponibilidad del recurso, indispensable para la aplicación de técnicas deseables.

## CONCLUSIONES

En la muestra estudiada predominan pacientes del sexo femenino con una edad promedio de 40 años.

El principal síntoma presentado por los pacientes al momento del diagnóstico fue el dolor abdominal, seguido de ictericia, y el 69,2% de la muestra refirió antecedentes de litiasis biliar.

El Ecosonograma Abdominal y la Colangiografía Intraoperatoria son los métodos diagnósticos empleados en su mayoría para el diagnóstico de litiasis coledociana.

La Laparotomía Biliar es la intervención quirúrgica más indicada en el periodo de estudio, y la colocación de tubo en T es la técnica más empleada posterior a la exploración biliar.

Los pacientes sometidos a exploración laparoscópica o CPRE, presentaron menor estancia hospitalaria que los sometidos a laparotomía biliar.

Más de la mitad de la muestra estudiada cumple con los criterios imagenológicos para el diagnóstico de coledocolitiasis indicados por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal y solo el 7,6% fue resuelto de forma quirúrgica según los estándares establecidos por esta sociedad.

## RECOMENDACIONES

Disponer de recursos laparoscópicos y endoscópicos en el servicio de cirugía general para la resolución de patologías biliares.

Determinar relación costo – beneficio aplicando técnicas novedosas para promover menor estancia hospitalaria.

Realizar adiestramiento del personal quirúrgico para la aplicación de nuevas técnicas para exploración biliar.

Diseñar protocolos estandarizados según la disponibilidad de recursos en el Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar, para el diagnóstico, resolución y seguimiento de pacientes con patología biliar litiasica.

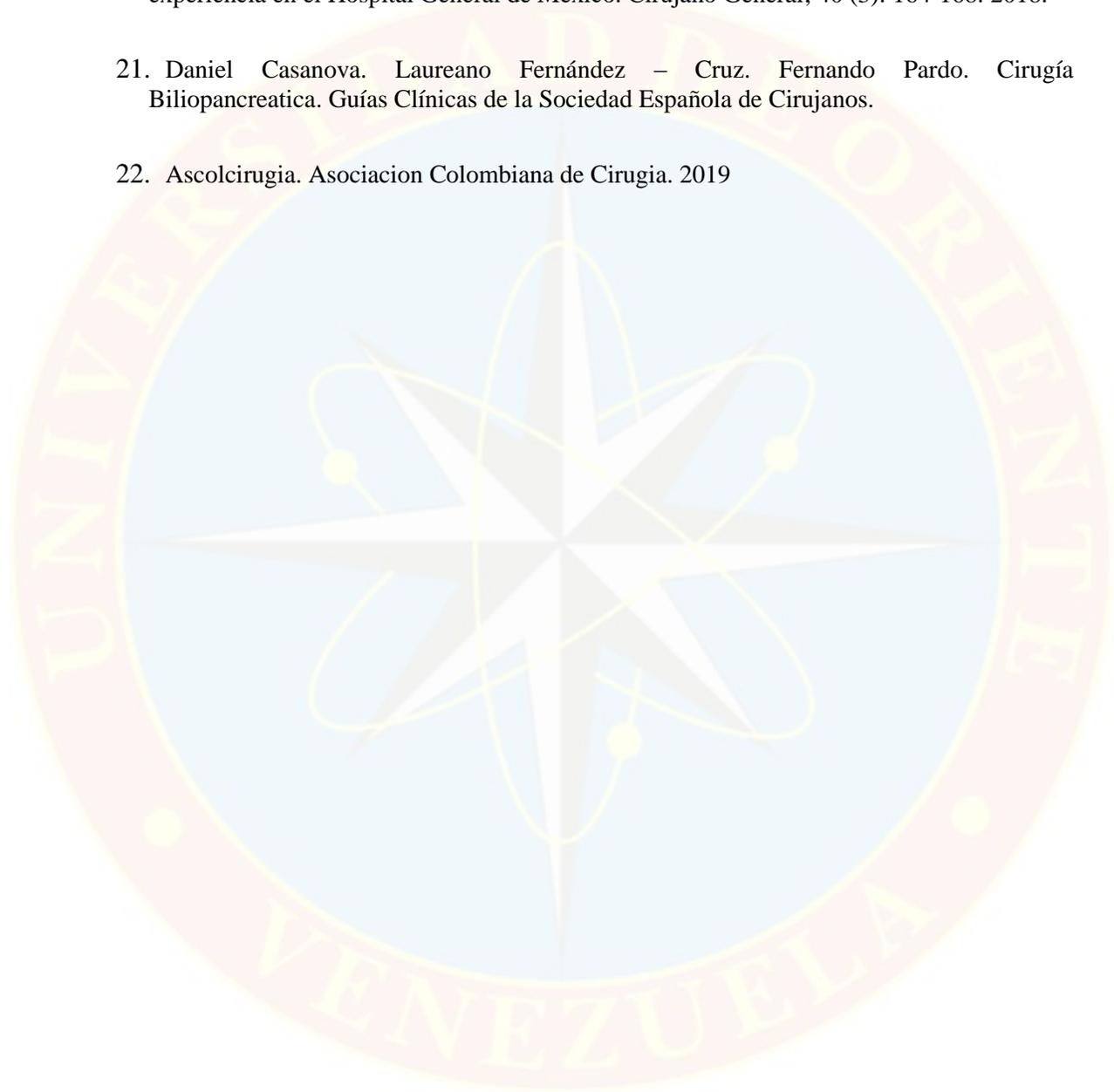
Realizar estudios prospectivos que permitan hacer seguimiento de pacientes resueltos de forma quirúrgica a fin de evaluar tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria y complicaciones según técnicas empleadas.

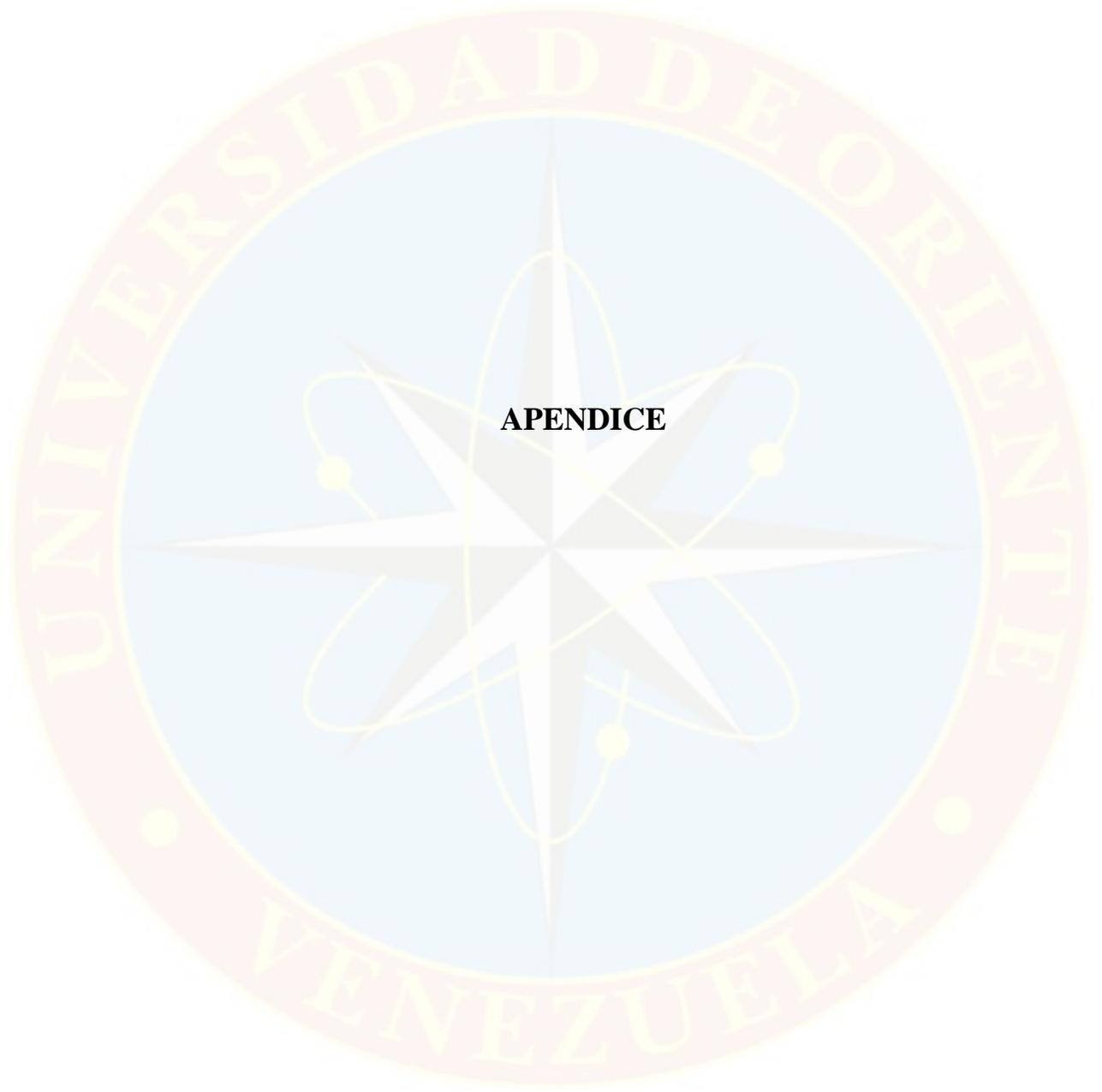
## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Martín Adrián Bolívar-Rodríguez, Adrián Pamanes-Lozano, Carlos Fernando Corona-Sacien, Rodolfo Fierro-López, Marcel Antonio Cázarez-Aguilar. Coledocolitiasis: Una Revisión. Servicio de Cirugía General, Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Sinaloa y Hospital Civil de Culiacán. Rev. Med UAS; Vol. 7: No. 3. Julio-Septiembre 2017.
2. Guillermo Aldana Dimas MD, Ricardo Mora Posada MD, Carlos Alberto Millán MD. Coledocolitiasis: Diagnostico y Manejo. Repert. med.cir; 2 I (1): 8-16. 2012.
3. Jiménez A, Escalona Alarcón R. Historia de la Cirugía Biliar. SVHM, Vol. 63. N° 2: 18 – 33. 2014.
4. Charles J. Yeo, Jeffrey B. Mathews, David W. McFadden, John H. Pebertom, Jeffrey H.Peters. Cirugía del Tracto Alimentario de Shackelford. ALMOCA. Séptima Edición, Volumen 1. 175 – 180. 2015
5. F. Charles Brunnicardi, Dana K. Andersen, Timothy R. Biliar, David L Dunn, John G. Hunter. Jeffrey B. Mathews, Raphael E. Pollock. Schwarts. Principios de Cirugia McGraw-Hill. Novena Edicion. 1136 – 1140. 2011.
6. Agustín Cristiano. Litiasis Coledociana. Revista del Hospital El Cruce. Vol. 18. 30 – 47. 2016.
7. Víctor Antonio García Guerrero, Ángel Mario Zárate Guzmán, Adalberto Corral, Medina, Eduardo Pérez Torres. Manejo actual de la Coledocolitiasis. Revista Médica del Hospital General de Medico. Vol. 62. N° 2.: 121 – 177.
8. Ramiro Gómez Arambulo. Drenaje con Sonda de Kehr Versus Coledocorrafia Primaria Posterior a ala Exploración de La Vía Biliar Principal Por Litiasis. Universidad Autónoma de Aguascalientes. 2017.
9. Guideline on the role of endoscopy in the evaluation and management of choledocholithiasis. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. 2019.
10. Gurusamy KS, Koti R, Davidson BR. T-tube drainage versus primary closure a\_er open common bile duct exploration. Copyright © 2013

11. Ramiro Gomez Arambulo. Drenaje con Sonda de Kehr versus Coledocorrafia Primaria posterior a la exploración de la via biliar principal por litiasis. Universidad Autonoma de Aguascalientes. 2017.
12. Daniela María Cuadrado, Andrés Felipe Salazar, Javier Francisco Orozco, Diego Andrés Buitrago. Exploración por laparoscopia de la vía biliar con cierre primario en casos de colecisto-coledocolitiasis en el Hospital Universitario San Ignacio. Rev. Colomb Cir; 32:182-85. 2017.
13. Claudio Ricci, MD; Nico Pagano, MD; Giovanni Taffurelli, MD; Carlo Alberto Pacilio, MD; Marina Migliori, MD; Franco Bazzoli, MD; Riccardo Casadei, MD; Francesco Minni, MD. Comparison of Efficacy and Safety of 4 Combinations of Laparoscopic and Intraoperative Techniques for Management of Gallstone Disease with Biliary Duct Calculi a Systematic Review and Network Meta-analysis. Royal Australasia College of Surgeons. 2019.
14. Feng Deng, Mi Zhou, Ping-Ping Liu, Jun-Bo Hong, Guo-Hua Li, Xiao-Jiang Zhou, You-Xiang Chen. Causes associated with recurrent choledocholithiasis following therapeutic endoscopic retrograde cholangiopancreatography: A large sample sized retrospective study. World J Clinical Cases; 7(9): 1028-1037. 2019.
15. Huijiang Zhou , ShuaiWang, Fuxiang Fan and Jingfeng Peng. Primary closure with knotless barbed suture versus traditional T-tube drainage after laparoscopic common bile duct exploration: a single-center medium-term experience. Journal of International Medical Research 0(0). 2019.
16. Huiqiu Guan , Genbing Jiang and Xiaojun Mao. Primary duct closure combined with transcystic drainage versus T-tube drainage after laparoscopic choledochotomy. Royal Australasia College of Surgeons. 2019.
17. Alexis Sánchez Ismayel, Omaira Rodríguez, Renata Sánchez, Gustavo Benítez. Exploración laparoscópica de la vía biliar en pacientes con litiasis vesicular y coledocolitiasis compleja. Universidad Central de Venezuela. Vol. 32. N° 1. 2009.
18. Leandro León Briceño. Colangiografía Intraoperatoria y Manejo Laparoscopico en un solo tiempo de litiasis vesicular y coledociana. Servicio Cirugía General. Hospital universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar" enero-octubre 2015. Universidad de Oriente. 2015.
19. Fidias G, Arias. "El Proyecto de Investigación, introducción a la metodología científica". edt: Episteme, c.a. 5ta edición. Caracas, Venezuela. 2006.

20. Luis Gabriel González-Pérez, Felipe Rafael Zaldívar-Ramírez, Brenda Ruth Tapia-Contla, Carlos Manuel Díaz-Contreras-Piedras, Paul Ricardo Arellano-López, Luis Mauricio Hurtado-López. Factores de riesgo de la coledocolitiasis asintomática; experiencia en el Hospital General de México. *Cirujano General*; 40 (3): 164-168. 2018.
21. Daniel Casanova. Laureano Fernández – Cruz. Fernando Pardo. *Cirugía Biliopancreática*. Guías Clínicas de la Sociedad Española de Cirujanos.
22. *Ascolcirugía*. Asociación Colombiana de Cirugía. 2019





**APENDICE**

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Nombre** \_\_\_\_\_ **y** \_\_\_\_\_ **Apellidos:** \_\_\_\_\_

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_ **Historia Clínica** \_\_\_\_\_ **Fecha de Ingreso** \_\_\_\_\_

### **SIGNOS Y SÍNTOMAS: (SI O NO)**

Ictericia \_\_\_\_\_ Dolor en Hipocondrio Derecho \_\_\_\_\_ Prurito \_\_\_\_\_ Coluria \_\_\_\_\_

Acolia \_\_\_\_\_ Fiebre \_\_\_\_\_

### **ANTECEDENTES PERSONALES (SI O NO)**

Historia Clínica de Litiasis Coledociana \_\_\_\_\_

Antecedente de Pancreatitis \_\_\_\_\_

### **MÉTODO DIAGNOSTICO (Seleccione el Utilizado)**

Ecosonograma Abdominal \_\_ TAC Abdominal \_\_ Colangiografía Resonancia \_\_ CPRE \_\_

Ecovideoendoscopia \_\_ Colangiografía Intraoperatoria \_\_

### **INTERVENCION INDICADA (Seleccione)**

Exploración Laparoscópica \_\_ Laparotomía Biliar \_\_

#### **Conducta según Hallazgos Intraoperatorios (Seleccione)**

Exploración Transcística \_\_ Exploración Transcoledociana \_\_ Derivación Biliar \_\_

**Drenaje de Vía Biliar:** Si \_\_ No \_\_

#### **Tipo de Drenaje (Seleccione)**

Tubo de Kehr \_\_ Rafia Primaria + Colocación de Stent \_\_

Rafia Primaria + Drenaje Abdominal \_\_

#### **ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA (Seleccione)**

1 día \_\_ 2 – 7 días \_\_ > 7 días

## HOJA DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 1/6

<b>Título</b>	<b>Evaluación del manejo quirúrgico de la coledocolitiasis en pacientes atendidos en el servicio de cirugía general. Hospital Universitario Dr. Manuel Núñez Tovar. Maturín. Estado Monagas. Julio 2015 – junio 2020</b>
---------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

El Título es requerido. El subtítulo o título alternativo es opcional.

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código CVLAC / e-mail</b>	
Dr. Espinoza González, Hernán José	<b>CVLAC</b>	C.I.V- 20.375.934
	<b>e-mail</b>	hernanjeg@gmail.com

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres de un autor. El formato para escribir los apellidos y nombres es: “Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2”. Si el autor está registrado en el sistema CVLAC, se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el número de la Cedula de Identidad). El campo e-mail es completamente opcional y depende de la voluntad de los autores.

#### **Palabras o frases claves:**

litiasis biliar
laparotomía biliar
cpre
laparoscopia
tubo de kehr
tesis de especialización

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 2/6

### Líneas y sublíneas de investigación:

Área	Sub-área
Ciencias de la Salud (Medicina)	Cirugía General

Debe indicarse por lo menos una línea o área de investigación y por cada área por lo menos una subárea. El representante de la subcomisión solicitará esta información a los miembros del jurado.

### Resumen (Abstract):

La litiasis coledociana es la presencia de litos en la vía biliar, actualmente son muchas las alternativas terapéuticas para la resolución de la misma desde técnicas convencionales hasta alternativas más novedosas. **Objetivo:** Evaluar el manejo quirúrgico de la coledocolitiasis en el servicio de cirugía general del Hospital Universitario Manuel Núñez Tovar. Julio 2015 – Junio 2020. **Metodología:** El estudio es de tipo transversal retrospectivo, de campo, observacional y descriptivo. Se obtuvo la información de las historias clínicas del servicio de cirugía general, la información se organizó y se realizó una caracterización clínica por cada uno de los años del periodo contemplado. **Resultados:** Se registró una edad promedio de 40 años, 82,1% representó el sexo femenino; Del total de pacientes atendidos 100% presento dolor abdominal y 85,6% ictericia, 88,2% presento antecedentes personales, 100% se le hizo diagnóstico inicial con ecosonograma abdominal y colangiografía intraoperatoria, 61,1% se resolvió por laparotomía biliar, 24% por laparoscopia y 7,6% por CPRE y posterior colecistectomía, al 50% se le dejó tubo de kehr. **Conclusiones:** La laparotomía biliar y la colocación de tubo de kehr siguen siendo las técnicas más empleadas en nuestra institución.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 3/6

### Contribuidores:

Apellidos y Nombres	Código CVLAC / e-mail	
Dr. Pérez. Ricardo	<b>ROL</b>	CA <input type="checkbox"/> AS <input checked="" type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input type="checkbox"/>
	<b>CVLAC</b>	C.I.V- 17.723.378
	<b>e-mail</b>	ricardodperez32@gmail.com
Dr. Arocha José	<b>ROL</b>	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	<b>CVLAC</b>	C.I. V 8.672.051
	<b>e-mail</b>	tinaqyo2@gmail.com
Dr. Duerto Carlos	<b>ROL</b>	CA <input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> JU <input checked="" type="checkbox"/>
	<b>CVLAC</b>	C.I. V- 17.885.735
	<b>e-mail</b>	c_a_d_d@hotmail.com

Se requiere por lo menos los apellidos y nombres del tutor y los otros dos (2) jurados. El formato para escribir los apellidos y nombres es: "Apellido1 InicialApellido2., Nombre1 InicialNombre2". Si el autor está registrado en el sistema CVLAC, se anota el código respectivo (para ciudadanos venezolanos dicho código coincide con el número de la Cedula de Identidad). El campo e-mail es completamente opcional y depende de la voluntad de los autores. La codificación del Rol es: CA = Coautor, AS = Asesor, TU = Tutor, JU = Jurado.

### Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2020	03	19

Fecha en formato ISO (AAAA-MM-DD). Ej.: 2005-03-18. El dato fecha es requerido.

**Lenguaje:** spa      Requerido. Lenguaje del texto discutido y aprobado, codificado usando ISO 639-2. El código para español o castellano es spa. El código para inglés en. Si el lenguaje se especifica, se asume que es el inglés (en).

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso - 4/6

### Archivo(s):

<b>Nombre de archivo</b>
<b>NMOTES_EGHJ2020</b>

Caracteres permitidos en los nombres de los archivos: A B C D E F G H I J K L M N  
O P Q R S T U V W X Y Z a b c d e f g h i j k l m n o p q r s t u v w x y z 0 1 2 3 4 5  
6 7 8 9 \_ - .

### Alcance:

Espacial: \_\_\_\_\_ (opcional)

Temporal: \_\_\_\_\_ (opcional)

### Título o Grado asociado con el trabajo: **Especialista en Cirugía General**

Dato requerido. Ejemplo: Licenciado en Matemáticas, Magister Scientiarum en  
Biología Pesquera, Profesor Asociado, Administrativo III, etc.

### Nivel Asociado con el trabajo: **Especialidad**

### Área de Estudio:

**Ciencias de la Salud (Medicina)**

---

### Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:

Universidad de Oriente, Núcleo Monagas

---

Si como producto de convenciones, otras instituciones además de la Universidad de  
Oriente, avalan el título o grado obtenido, el nombre de estas instituciones debe  
incluirse aquí.

Hoja de metadatos para tesis y trabajos de Ascenso- 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria, celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

RECIBIDO POR *[Firma]*  
FECHA 5/8/09 HORA 5:20  
Cordialmente,  
**JUAN A. BOLAÑOS CUNVELO**  
Secretario

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Controlaría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YOC/manuja

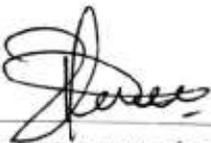
**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6**

**Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicado CU-034-2009):** “Los Trabajos de Grado son de exclusiva propiedad de la Universidad, y solo podrán ser utilizados a otros fines, con el consentimiento del Consejo de Núcleo Respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario, para su autorización.”



**DR. HERNAN ESPINOZA**

**AUTOR**



**DR. RICARDO PÉREZ**

**ASESOR**