



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

COLEDOCODUODENOSTOMIA EXTERNA (CDE)

EXPERIENCIA CLINICA

Dr. Lorenzo Cubillos O.
Dr. Rolando Sepúlveda D.

INTRODUCCION

Esta intervención, realizada por primera vez por Riedel en 1888 (12), sólo ha alcanzado difusión en los últimos 50 años. Sus mayores adeptos están en Europa; en USA, Madden (8, 9), a través de trabajos experimentales y clínicos, ha sido su mayor promotor desde 1951. En Chile, en donde la incidencia de patología biliar es muy alta y con frecuencia se dan las condiciones para practicarla, llama la atención que hasta ahora sólo se hayan publicado 93 casos (Tabla N° 1), predominando indicaciones ajenas a la coledocolitiasis. Esto indica que la CDE no es suficientemente conocida, que seguramente hay casos inéditos, que con frecuencia se la antagoniza con otras operaciones derivativas del éstasis biliar crónico y que hay cirujanos que desconfían de sus resultados.

Schiller (14), en recientes experiencias en perros, demostró hipersecreción gástrica y mayor incidencia de úlceras pépticas, cuando se realizan anastomosis biliodigestivas más allá de la tercera porción del duodeno; estas úlceras se obvian con la CDE, coincidiendo con la expe

T A B L A N° 1

PUBLICACIONES NACIONALES SOBRE COLEDOCODISTOMIA Y ENOSTOMIA EXTERNA.

AÑO	AUTORES	N° TOTAL DE CASOS	INDICACIONES Y N° PARCIAL DE CASOS
1942	VARGAS MOLINARE, R. (18)	3	CANCER CABEZA PANCREAS: 2 LESION QUIRURGICA COLEDOCO: 1
1948	MARTINEZ, M. y DUVAL, E. (10)	8	PANCREATITIS: 3 - LESION QUIRURGICA COLEDOCO: 3 - ESTENOSIS COLEDOCO DISTAL: 1 <u>COLEDOCOLITIASIS: 1</u>
1949	GARAVAGNO, C. (5)	1	<u>COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL: 1</u>
1958	URZUA, A. (17)	19	LESION QUIRURGICA COLEDOCO: 5 CANCER BILIAR: 3 - TUMOR CABEZA PANCREAS: 2 PANCREATITIS CRONICA: 2 - ESTENOSIS COLEDOCO DISTAL: 3 - ESTENOSIS E. ODDI: 2 <u>COLEDOCOLITIASIS RESIDUAL: 2</u>
1958	ANDRADE, F. (1)	1	QUISTE CONGENITO VIA BILIAR: 1
1959	CORNEJO, G. y cols. (2)	22 <small>incluye casos de otros AA.</small>	LESION QUIRURGICA COLEDOCO: 3 CANCER PANCREAS: 9 (?) - ODDITIS: 2 COLEDOCITIS ESTENOSANTE: 2 - PANCREATITIS CRONICA: 1 - CANCER BILIAR: 1 - etc.
1961	VARGAS MOLINARE, R. y cols. (19)	3	TUMORES PERIAMPULARES: 2 PANCREATITIS: 1
1961	FLORES, N. y cols. (4)	2	LESION QUIRURGICA COLEDOCO: 2
1964	SANCHEZ ZINNY, J. y cols. (13) - casística argentina-	21	MEGACOLEDOCO ALITIASICO: 10 COLEDOCO-ODDITIS ESCLERORETRACTIL: 6 PANCREATITIS CRONICA: 4 <u>MEGACOLEDOCO LITIASICO: 4</u>
1971	CUBILLOS, L. y cols. (3)	8	ESTENOSIS COLEDOCO DISTAL + MEGACOLEDOCO + <u>COLEDOCOLITIASIS: 8</u>
1972	GUZMAN, J. (6)	13	PANCREATITIS CRONICA y <u>PANLITIASIS COLEDOCIANA</u> (no especifica cifras parciales)
1973	WASBERG, E. y cols. (20)	13	CANCER PERIAMPULAR: 6 PANCREATITIS CRONICA: 2 ESTENOSIS E. ODDI: 1 <u>PANLITIASIS COLEDOCIANA: 4</u>

PRESENTADO AL 49° CONGRESO DE LA SOC. DE CIRUJANOS DE CHILE, PUCON, 1976

riencia clínica de Mc Arthur y Longmire (11) y nuestra. Creemos en la eficiencia de esta técnica, cuando se respetan sus indicaciones y requisitos anatómicos (3); ante el escepticismo de algunos, en 1971, respondimos que "el tiempo sería el mejor juez de su validez". La sanción temporal para aquellos casos y la experiencia acumulada en 57 nuevas observaciones son el motivo de esta presentación, que analizamos objetivamente y complementaremos con otros estudios evaluativos en el futuro.

MATERIAL Y METODO

Se analizan 65 casos sometidos a CDE laterolateral con diversas variantes técnicas (Tabla N° 2), en el período 1966-1976.

INCIDENCIA

CDE representa el 0,94 % de 6.897 intervenciones sobre vías biliares, practicadas en ese período en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.

ASPECTOS CLINICOS Y DE LABORATORIO

A. Sexo y edad

El predominio femenino se estableció en la relación 2 : 1, como es clásico en la patología biliar litiasica -44 mujeres (67,7 %) y 21 hombres (32,3 %) -La edad osciló entre 22 y 100 años ; el promedio fue 59 años. La mayor parte de los enfermos estaba entre la quinta y octava década de la vida.

T A B L A N° 2T E C N I C A S D E C D A.

FLOERCKEN CLASICO	52 casos
FLOERCKEN MODIFICADO	10 casos
JURASZ	2 casos
FINSTERER	1 caso

B. Indicaciones (Tabla N° 3)

La patología que motivó la intervención con frecuencia fue mixta, predominando la coledocolitiasis (83,0 %) y la estenosis del colédoco distal, por diversas etiologías (38,4 %).

C. Patología hepatobiliar y pancreática asociada (Tabla N°4)

En orden de frecuencia fueron colangitis (11 casos), especialmente aguda ; pancreatitis crónica (8 casos), fístula biliodigestiva (6 casos), etc.

D. Antecedentes quirúrgicos biliares (Tabla N° 5)

Cuarenta y un casos tenían colecistectomía previa y 25 habían sido sometidos a coledocostomía con anterioridad, con carácter iterativo en 6 casos.

E. Laboratorio (Tabla N° 6)

En 43 casos (66,1 %) se registró ictericia clínica de tipo obstructivo, que fue confirmada por el laboratorio en 37 casos : hiperbilirrubinemia (promedio 7,6 mg %) fosfatasa alcalinas elevadas -41 casos- (promedio 15 U. Bodansky). Colesterolemia se practicó en 11 casos, hallándose aumentado en 5 (promedio 268 mg %). La protrombinemia se determinó en 55 casos y osciló entre 24-100 % (promedio 84 %). Las transaminasas GOA se practicaron en 33 casos, estando elevadas en 13 (promedio 245 U.). El test de retención de bromosulfaleína se hizo en 5 casos y fue alto en 4 (promedio 27,2 %). Las lacticodehidrogenasas se cuantificaron en 5 casos, encontrándose elevadas en 2 (promedio 270 mU/ml).

T A B L A N° 3

PATOLOGIA QUE MOTIVO LA INTERVENCION

- con frecuencia mixta -

A.	<u>COLEDOCOLITIASIS</u>	54 casos (83,0 %)
	PRIMARIA	12 casos
	SECUNDARIA	29 casos
	MIXTA (PANLITIASIS)	13 casos
B.	<u>ESTENOSIS DEL COLEDOCO DISTAL</u>	25 casos (38,4 %)
	ESFINTER DE ODDI INFRANQUEABLE	11 casos
	Sin otra patología de colédoco distal.....	8 casos
	Asociado a pancreatitis crónica.....	2 casos
	Asociado a megacolédoco.....	1 caso
	ESTENOSIS FIBROSA ESFINTER DE ODDI	1 caso
	ENGROSAMIENTO PARIETAL	4 casos
	COMPRESION EXTRINSECA	6 casos
	Por cáncer pancreático	2 casos
	Por pancreatitis crónica	2 casos
	Por masa inflamatoria	1 caso
	Por masa de naturaleza no precisada...	1 caso
	ESTENOSIS DE COLEDOCO DISTAL DE CAUSA NO PRECISADA	3 casos
C.	<u>MEGACOLEDOCO</u>	1 caso (1,5 %)

T A B L A N° 4PATOLOGIA HEPATOBILIAR Y PANCREATICA ASOCIADA

A. COLANGITIS		11 casos
AGUDA	10 casos	
CRONICA	1 caso	
B. FISTULA BILIODIGESTIVA		6 casos
COLECISTODUODENAL	4 casos	
COLECISTOCOLEDOCIANA	1 caso	
COLEDOCODUODENAL	1 caso	
C. FISTULA BILIAR EXTERNA		1 caso
D. PANCREATITIS CRONICA		8 casos
CON COMPRESION COLEDOCIANA	4 casos	
SIN COMPRESION COLEDOCIANA	4 casos	
E. PANCREATITIS AGUDA NECROHEMORRAGICA		1 caso
F. CIRROSIS BILIAR SECUNDARIA		1 caso

T A B L A N° 5

ANTECEDENTES QUIRURGICOS BILIARES

COLECISTECTOMIA PREVIA	41	casos
COLEDOCOSTOMIA PREVIA	25	casos
Una coledocostomía	19	casos
Dos coledocostomías previas ...	4	casos
Tres coledocostomías previas ..	2	casos
 ILEO BILIAR OPERADO	 1	 caso

T A B L A N° 6

ANTECEDENTES CLINICOS Y DE LABORATORIO

A.	ICTERICIA DE TIPO OBSTRUCTIVO	43	casos
B.	BILIRRUBINEMIA	53	casos
	Elevada (2,0-44,5 mg%)		
	<u>promedio: 7,6 mg%</u>	37	casos
	Normal (bajo 2,0 mg%)	16	casos
C.	FOSFATASA ALCALINAS	41	casos
	Elevadas (7-68 U.B.)		
	<u>promedio: 15 U.B.</u>	41	casos
D.	COLESTEROLEMIA	11	casos
	Elevada (230-325 mg%)		
	<u>promedio: 268 mg%</u>	5	casos
	Normal	6	casos
E.	PROTROMBINEMIA (24-100%) promedio: 84%	55	casos
F.	TRANSAMINASAS G o A	33	casos
	Elevadas (100-580 U.)		
	promedio: 245 U	13	casos
	Normales (bajo 100 U.)	20	casos
G.	RETENCION DE BROMOSULFTELEINA	5	casos
	Elevada (14,2-56,4 %)		
	<u>promedio: 27,2 %</u>	4	casos
	Normal (hasta 6 %)	1	caso
H.	LACTICO DEHIDROGENASA (L.D.H.)	5	casos
	Elevada (260-280 mU/ml)		
	promedio: 270 mU/ml ...	2	casos
	Normal (100-225 mU/ml)	3	casos

La colangiografía transparietohepática, que se practicó en algunos pacientes ictericos de esta serie, puso en evidencia la dilatación del colédoco, condición indispensable para la CDE y permitió planificar esta técnica.

F. Patología general asociada a pacientes sometidos a CDE

Incrementando el riesgo operatorio encontramos afecciones cardiovasculares concomitantes en 20 casos, urinarias en 7, diabetes en 7, obesidad en 3 y broncopulmonares en 3 casos.

ASPECTOS QUIRURGICOS

A. Tipo de laparotomía

En 55 casos en que se consignó este dato, en 39 se practicó incisión paramediana derecha supraumbilical; en 16 incisión media supraumbilical y en 3 laparotomía de Kocher.

B. Hallazgos intraoperatorios

Se refieren en particular a la coledocolitiasis. En 45 casos se encontró perivisceritis fibrosa, como secuela de intervenciones previas. En 8 pacientes había hígado de éstasis biliar crónico. El diámetro coledoceo se especificó en 47 casos, con un promedio de 24,6 mm y no se midió en 18 casos, calificándose sólo como "dilatado". Las características de los cálculos se muestran en la Tabla N° 7. El número se consignó en 42 casos, de los cuales 18 eran únicos y 24 múltiples. El tamaño de los cálculos se registró en 19 casos, con un promedio de 10 mm ϕ . La localización se describió en 35 ca-

T A B L A N° 7CARACTERISTICAS DE LOS CALCULOS EN 54COLEDOCOLITIASIS SOMETIDAS A C.D.E.

A.	<u>NUMERO</u> , consignado en 42 casos :		
	UNICO	18	casos
	2 a 5	9	casos
	6 a 10	2	casos
	MAS DE 11 (PANLITIASIS)	13	casos
B.	<u>TAMAÑO</u> , descrito en 19 casos: osciló entre 4 y 20 mmØ; <u>promedio 10 mmØ</u>		
	HASTA 5 mmØ	7	casos
	ENTRE 6 y 10 mmØ	7	casos
	MAS DE 11 mmØ	5	casos
C.	<u>LOCALIZACION</u> , consignada en 35 casos :		
	EN HEPATOCOLEDOCO	30	casos
	EN COLEDOCO DISTAL	13	casos
	EN ARBOL BILIAR INTRAHEPATICO	9	casos
D.	<u>CONSISTENCIA</u> , descrita en 16 casos :		
	DURA (cálc. polifacetado) ...	1	caso
	BLANDA, TERROSA	15	casos

sos, de los cuales la mayor parte estaba en el hepatocolédoco (30 casos) y luego en el colédoco distal (13 casos) y en el árbol biliar intrahepático (9 casos). La consistencia, descrita en 16 casos, correspondió a blanda, terrosa en 15, con las características de coledocolitiasis primaria.

C. Bacteriología intraoperatoria

Insistimos en la toma de muestra para bilicultivo, en el momento de la coledocotomía, para investigar gérmenes aerobios y anaerobios, especialmente en colangitis aguda. Por lo general se hallaron gérmenes Gram negativos: Klebsiella, B. Proteus, Pseudomona, etc. Sin embargo, en algunos casos el bilicultivo fue negativo, lo que pudo deberse al tratamiento antibiótico previo o a la existencia de gérmenes anaerobios, no investigados con la técnica bacteriológica de rigor.

D. Colangiografía intraoperatoria

Sólo se hizo en 5 casos y sus hallazgos se describen en la Tabla N° 8. En nuestra experiencia, este examen tiene relativa confiabilidad, por la frecuente incidencia de falsos negativos. Ante la duda y cuando el colédoco está dilatado, la CDE en forma pragmática cubre este riesgo de error.

E. Variantes técnicas de CDE

Se especifican en Tabla N° 2. El tipo de anastomosis más usado fue el clásico de Floercken. Esta técnica se modificó (10 casos) en relación a variaciones anatómicas locales por intervenciones previas. La anastomosis fue monoplanea en 32 casos y biplanea en 29 ; no se especificó en 4 casos. El material de sutura más usado fue catgut cró-

T A B L A N° 8COLANGIOGRAFIA INTRAOPERATORIA5 casos

DILATACION COLEDOCIANA 3 casos

CALCULO ENCLAVADO EN COLEDOCO
DISTAL 1 caso

CALCULO EN VIA BILIAR INTRAHEPATICA 1 caso

AUSENCIA DE CALCULOS 3 casos

FALTA DE CONTRASTE DE COLEDOCO
TERMINAL.... 1 casoIRREGULARIDAD DE LUZ DE COLEDOCO
TERMINAL... 1 casoFALTA DE PASO DE MEDIO DE CONTRASTE
AL DUODENO... 1 caso

mico en 6 casos ; lino en 11 y seda en 6 casos. Cuando la sutura fue en dos planos se empleó catgut crómico en el plano total y lino en el plano seromuscular en 19 casos. La CDE se complementó habitualmente con manobra de Kocher. En forma sistemática se drenó el peritoneo por contraabertura en el flanco derecho, mediante sonda de Nelaton N° 26-28, para prevenir colección hemática i.p. y absceso subfrénico. Esta medida adquiere mayor relevancia en las reintervenciones de las vías biliares, donde la hemorragia en napa, producto de la sección de adherencias, es inevitable.

F. Complicaciones intraoperatorias

En relación al desprendimiento adherencial hubo ruptura accidental de duodeno en 2 casos, y del i. delgado en 1 caso, que fueron suturadas. En otro paciente se rompió accidentalmente el bazo, lo que obligó a esplenectomía. En un caso hubo hipotensión arterial severa, controlada por el anestesiólogo.

G. Técnicas simultáneas con CDE (Tabla N° 9)

En una miscelánea de técnicas ocasionales, motivadas por las circunstancias individuales, se destaca la colecistectomía, practicada en 21 casos.

ASPECTOS POSTOPERATORIOS

A. Postoperatorio normal (Tabla N° 10)

Se presentó en 31 casos (47,7 %). En todos los pacientes con colestasia se observó regresión del síndrome ictérico.

T A B L A N° 9

OTRAS TECNICAS SIMULTANEAS

BIOPSIA HEPATICA	2 casos
COLECISTECTOMIA	<u>21 casos</u>
EXTIRPACION DE MUÑON CISTICO RESIDUAL	2 casos
COLEDOCOSTOMIA	1 caso
COLECISTOYEYUNOSTOMIA	1 caso
BIOPSIA PANCREATICA	1 caso
GASTROPEXIA POR HERNIA HIATAL	1 caso
ELIMINACION DE GASTROYEYUNOSTOMIA ANTIGUA	1 caso
DUODENORRAFIA	4 casos
Cierre de Fístula colecistoduodenal	3 casos
Sutura de ruptura accidental de duodeno	1 caso
ENTERORRAFIA	1 caso
APENDICECTOMIA	4 casos
QUISTECTOMIA OVARICA	1 caso
HERNIORRAFIA INCISIONAL	4 casos
HERNIORRAFIA UMBILICAL	1 caso
RESECCION DE ANEURISMA DE ARTERIA CORONARIA ESTOMAQUICA	1 caso

T A B L A N° 10

EVOLUCION POSTOPERATORIA

	N° casos	%
<u>SIN COMPLICACIONES</u>	<u>31</u>	<u>47,7</u>
<u>CON COMPLICACIONES</u>	<u>34</u>	<u>52,3</u>
<u>INFECCION HERIDA OPERATORIA</u>	<u>18</u>	<u>27,7</u>
<u>INFECCION URINARIA</u>	<u>9</u>	<u>13,8</u>
ABSCESO SUBFRENICO	3	4,6
INFECCION RESPIRATORIA AGUDA	5	7,6
Neumopatía aguda 2 casos		
Bronquitis aguda purulen ta 3 casos		
INFECCION CATETER VENOSO	2	3,0
SEPSIS	4	6,1
PERITONITIS	1	1,5
ATELECTASIA	1	1,5
HEMOPERITONEO TARDIO POR RUPTURA ES - PLENICA i.o.	1	1,5
EIVISCERACION	2	3,0
DEHISCENCIA PARCIAL DE C.D.A.	1	1,5
FISTULA ASCITICA + HIPOKALEMIA	1	1,5
GLAUCOMA AGUDO	1	1,5
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	1,5
INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA ..	1	1,5
PARO CARDIORESPIRATORIO + EDEMA CERE- BRAL	1	1,5

B. Complicaciones precoces (Tabla N° 10)

Aparecieron en 34 casos (52,3 %), predominando la infección bacteriana, especialmente de la herida operatoria (18 casos), sola o asociada a otras localizaciones.

C. Mortalidad

Hubo 3 muertes en el postoperatorio de CDE, que no se pueden adjudicar a la técnica empleada. Un paciente de 80 años murió de paro cardiorespiratorio 6 horas después del acto quirúrgico; no se hizo necropsia. Un enfermo de 45 años murió de sepsis por *B. perfringens*, secundaria a inyección glútea. Otra enferma, de 100 años, diabética, con coledocolitiasis, colangitis aguda y polipatología falleció a los 18 días de CDE. La necropsia reveló abscesos colangíticos múltiples, signos de sepsis, glomeruloesclerosis, nefroesclerosis, etc.; la anastomosis coledocoduodenal estaba en buenas condiciones.

D. Estadía hospitalaria (global)

El promedio fue 13 días. Menos de 10 días en 31 casos; de 11 a 20 días en 20 casos, y más de 21 días en 11. Las permanencias prolongadas dependieron de las complicaciones.

E. Complicaciones tardías (Tabla N° 11)

Se destaca un caso de obstrucción litiásica de la anastomosis 7 meses después de la operación; la génesis de este cálculo no está clara, puede haber migración del árbol biliar intrahepático o haberse formado en el colédoco infraanastomótico ("extremo ciego del colédoco"), como insisten algunos AA (15); el cálculo se extrajo satisfactoriamente por duodenotomía. Los casos de sín-

T A B L A N° 11COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDIAS

INTOLERANCIA POR MATERIAL DE SUTURA DE PARED ABDOMINAL	8 casos
HERNIA INCISIONAL	6 casos
OBSTRUCCION LITIASICA DE ANASTOMOSIS, A LOS 7 MESES DE OPERADO: se reinterviene, practicán- dose duodenotomía y extracción de un cálculo	1 caso
ICTERICIA FEBRIL FUGAZ, A LOS 5 MESES DE OPE- RADO: ¿obstrucción transitoria de anastomosis por cálculo en tránsito ?	1 caso
SINDROME PILORICO A LOS 8 MESES DE OPERADO. Se practica gastroyeyunostomía	1 caso
MASA PALPABLE EN AREA OPERATORIA	1 caso

drome pilórico y de masa palpable en área operatoria co
rresponden a progresión de cáncer periampular.

F. Control postoperatorio alejado (Tabla N° 12)

De los 47 casos controlados, la mayor parte interveni -
dos por coledocolitiasis, 46 se encuentran sin moles-
tias relacionadas con la CDE y, loando la intervención,
muchos de ellos con un largo curriculum quirúrgico so-
bre las vías biliares. En algunos casos, además, se de-
mostró la eficiencia de la anastomosis, mediante duode-
noscopía, duodenografía hipotónica y controles sangui-
neos, que descartaron éstasis biliar. Un informe comple-
to de esta evaluación se dará a conocer en otro trabajo.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

1. Se presentan 65 casos de pacientes sometidos a CDE, en el período 1967-1976, en su mayoría por coledocolitiasis. En esta serie hubo predominio femenino (67,7 %) y la edad promedio fue 59 años.
2. Se describen las indicaciones, los antecedentes clínicos y de laboratorio, los requisitos anatómicos - en particu-
lar el hepatocolédoco dilatado sobre 20 mm, evidenciable en el preoperatorio por colangiografía transparietohepá-
tica - los hallazgos operatorios y la técnica quirúrgica empleada.
3. Se destaca la morbilidad postoperatoria (52,3 %), espe-
cialmente séptica, dependiente de colangitis, polipatolo-
gía asociada y de la CDE, como reintervención sobre la
vía biliar. En colangitis se insiste en la toma de mues-
tra de bilis intraoperatoria para estudio bacteriológico,

T A B L A N° 12

CONTROL POSTOPERATORIO ALEJADO DE 62 CASOS
SOMETIDOS A COLEDOCODUODENOSTOMIA

(20-X-1967 - 10-XI-1976). Entre 3 meses y 9 años
después de la operación.

<u>CONTROLADOS HASTA 10 - XI - 1976</u>	<u>47</u> casos
<u>SIN MOLESTIAS RELACIONADAS CON C.D.A.</u>	<u>46</u> casos
CON MOLESTIAS PROBABLEMENTE RELACIONADAS CON C.D.A.	1 caso
SIN CONTROL ACTUALIZADO	7 casos
NO CONTROLADOS	5 casos
FALLECIDOS	3 casos
POR CANCER PANCREATICO (3 a 6 meses después de op.)	2 casos
POR CIRROSIS HEPATICA (30 meses después de operación)	1 caso

que permite tratar racionalmente la infección.

4. Coincidiendo con los trabajos de Mc Arthur y Longmire (11) y de Schiller (14), no observamos úlceras pépticas postoperatorias. En un caso se produjo obstrucción de la anastomosis 7 meses después de la operación, por un cálculo cuya génesis no está clara y que se extrajo satisfactoriamente por duodenotomía.
5. Tres pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato, por causa ajena a la CDE.
6. El control postoperatorio alejado de 47 casos, entre 3 meses y 9 años después de la intervención, reveló que 46 de ellos estaban asintomáticos. La evaluación de esta casuística con duodenografía hipotónica, duodenoscopia y algunos análisis sanguíneos, será motivo de otra presentación.

B I B L I O G R A F I A

1. ANDRADE F.: Quistes congénitos de las vías biliares. Arch. Soc. Cir. Chile 10 : 697-701, 1958.
2. CORNEJO G., AIQUEL J., URZUA A., SILVA S., ACEVEDO E : Anastomosis bilio-digestivas. Estudio clínico. Arch. Soc. Cir. Chile 11 : 169-175, 1959.
3. CUBILLOS L., GUZMAN S., ARANCIBIA C.: Coledocoduodenostomía externa. Comunicación preliminar. Arch. Soc. Cir. Chile 23 : 373-374, 1971.
4. FLORES N., VILLARROEL E., PARADA M., YURI A., LEHYT M., LARRAIN A. : Patología del colédoco en 2 años de cirugía biliar. Arch. Soc. Cir. Chile 13 : 353-359, 1961.
5. GARAVAGNO C. : Consideraciones sobre anastomosis bilio digestivas. Congreso Chileno de Cirugía y XVII Semana de la Experiencia Quirúrgica, Santiago de Chile, 1948. pp 46-52.
6. GUZMAN J. : Anastomosis bilio-digestivas. Rev. Méd. Valp. 25 : 30-32, 1972.
7. HOERR S.O., HERMANN R.E.: Side-to-side choledocoduodenostomy. Surg. Clin. N.A. 53 : 1115-1122, 1973.
8. MADDEN J.E. : Coledocoduodenostomía. Pren. méd. argent. 57 : 1357-1364, 1970.
9. MADDEN J.L.: Common duct stones. Their origin and surgical management. Surg. Clin. N.A. 53 : 1095-1113, 1973.

10. MARTINEZ M., DUVAL E.: Coledocoduodenostomía transven-tricular de COLMERS.
Rev. Méd. Chile 76 : 11-16, 1948.
11. MC ARTHUR M.S., LONGMIRE W.P.: Peptic ulcer disease af-ter choledochojejunostomy.
Am. J. Surg. 122 : 155-158, 1971.
12. RIEDEL : en "Práctica quirúrgica" de PI FIGUERAS J, To-mo II: 595-599. Salvat, Barcelona, 1969.
13. SANCHEZ J., BARG S., FIGUEROA M.A., GANDSAS M.: Coledo-coduodenostomía externa.
Arch. Soc. Cir. Chile 16 : 178-182, 1964.
14. SCHILLER J.: Estudio experimental de la relación entre úlceras pépticas y derivaciones biliodigestivas. Traba-jo de ingreso.
49° Congreso Soc. Cir. Chile, Pucón 1976.
15. SMITH R., SHERLOCK S.: Cirugía de la vesícula y vías biliares.
Benvenuti Ed., Buenos Aires 1966. pp 310.
16. SUGASTI J.: Esfinteroplastía versus coledocoduodenostomía en la coledocolitiasis múltiple o en las panlitia-sis.
Pren. Méd. Argent. 60 : 620-626, 1973.
17. URZUA A.: Anastomosis entre colédoco y aparato digesti-vo.
Arch. Soc. Cir. Chile 10 : 619-625, 1958.
18. VARGAS MOLINARE R.: Operaciones plásticas de colédoco.
Rev. Méd. Chile 70 : 904-909, 1942.

19. VARGAS MOLINARE R., MERIÑO H., AMAT J.: Anastomosis biliodigestivas.
Arch. Soc. Cir. Chile 13 : 350-352, 1961.
20. WAISBERG E., PROMIS G., CASTILLO M.: Anastomosis de vías biliares. Comunicación preliminar.
Arch. Soc. Cir. Chile 25 : 78, 1973.