

11209
749



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Centro Hospitalario 20 de Noviembre

I. S. S. S. T. E.

**ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL**

TESIS DE POST-GRADO

Para obtener el Título de Especialista en

Cirugía General

p r e s e n t a

Dr. Baltazar Martínez Navarrete





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TITULO : ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
 DE CIRUGIA ABDOMINAL .**

AUTOR : DR. BALTAZAR MARTINEZ NAVARRETE

ASESOR : DR. JOSE MIGUEL DIBILDOX MARTINEZ

México , D.F.

Febrero, 1986

I N D I C E

1.	Introducción	1
2.	Justificación.....	2
3.	Objetivos.....	3
4.	Material y método.....	4
5.	Resultados.....	7
6.	Discusión.....	12
7.	Tablas.....	16
8.	Cuadros.....	24
9.	Gráficas.....	29
10.	Algoritmo.....	32
11.	Conclusiones.....	33
12.	Bibliografía.....	35

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA ABDOMINAL

INTRODUCCION.

El motivo del presente trabajo se debe a la falta de información en nuestro medio, sobre la ictericia en el paciente postoperado de cirugía abdominal. La incidencia exacta se desconoce, aunque la ictericia puede presentarse en el periodo postoperatorio de cualquier cirugía, nosotros limitaremos este estudio a la que aparece en el postoperatorio de cirugía abdominal.

El tema que nos ocupa es una entidad, que obedece a muchos factores, sin embargo; es una situación clínica específica y que cada vez se diagnostica con más frecuencia.

El cirujano debe tener la capacidad y el entrenamiento adecuado para enfrentarse en forma segura y sistemática ante entidades tan complejas como ésta, y aclarar el dilema del diagnóstico y tratamiento adecuado.

Existen numerosos estudios y algoritmos para el abordaje diagnóstico del paciente con ictericia, sin embargo; el paciente que ha sido operado del abdomen y que desarrolla ictericia, requiere de consideraciones diagnósticas y terapéuticas diferentes.

Por lo consiguiente proponemos un algoritmo como guía en el abordaje diagnóstico de estos pacientes.

**ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL**

JUSTIFICACION.

El presente estudio pretende conocer y analizar la frecuencia con la que ocurre la ictericia en el paciente que ha sido operado, conocer sus causas, la fisiopatología, el tratamiento - otorgado y la evolución de los mismos para tratar de plantear las bases para el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes debido a que la información que existe al respecto en la literatura mundial es casi nula. El análisis de estos fenómenos - facilitaran encontrar el camino diagnóstico y terapéutico, lo cuál beneficiará a los pacientes que presenten esta entidad, - lo cuál justifica ampliamente el presente estudio.

**ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL**

OBJETIVOS.

- 1.- Determinar la incidencia de ictericia en el postoperatorio abdominal.
- 2.- Desarrollar un algoritmo que facilite el análisis de decisiones en el enfermo con ictericia en el postoperado.
- 3.- Establecer si el cuadro clínico y las pruebas de función hepática permiten llegar a un diagnóstico.
- 4.- Establecer la etiología de la ictericia en el postoperatorio de cirugía -- abdominal.
- 5.- Determinar la utilidad de los métodos-- diagnósticos.

MATERIAL Y METODO.

Se revisaron en forma retrospectiva, retrolectiva, abierta, observacional y longitudinal los expedientes de los pacientes atendidos - en los servicios de cirugía general y gastroenterología del C.H.-- "20 DE NOVIEMBRE" I.S.S.S.T.E., durante el periodo comprendido del 15 de noviembre de 1978 al 31 de junio de 1985.

Se revisaron 900 expedientes de enfermos, los cuales la ictericia era el signo clínico predominante o fué motivo de ingreso hospitalario.

De estos expedientes, se seleccionaron a los que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- 1.- La presencia de ictericia en el postoperatorio de -- cirugía abdominal.
- 2.- La presencia de ictericia en los 12 meses siguientes del postoperatorio de cirugía abdominal.

No se incluyeron a los pacientes que presentaron ictericia subsecuente a cirugía que no fuera abdominal.

En todos los pacientes se estudiaron las siguientes variables:

- 1.- Edad y sexo
- 2.- Tipo de cirugía efectuada
- 3.- Tiempo de evolución entre la cirugía y la aparición de la ictericia.
- 4.- Tiempo de evolución de la ictericia
- 5.- Determinar si el diagnóstico fué fundamentado o corroborado (e.g. biopsia hepática).
- 6.- Valorar si el padecimiento de base se resolvió médica o quirúrgicamente.

- 7.- Si se optó por cirugía saber si ésta fué diagnóstica o terapéutica.
- 8.- Conocer la morbilidad en estos pacientes.
- 9.- Determinar la mortalidad.
- 10.- En las pruebas de función hepática se cuantificaron las bilirrubinas séricas, la transaminasa --- glutámico oxalacética, la transaminasa glutámico-pirúvica, deshidrogenasa lática, fosfatasa alcalina, colesterol, tiempo de protombina, la albúmina y la globulina.

Una vez recabadas las variables de interés primario y secundario se determinó la incidencia de la elevación de las bilirrubinas en base a 5 grupos:

El 1er grupo incluyó a los pacientes entre 2 y 5 mg/100 ml en -- sangre.

El 2o grupo entre 5 y 10 mg/100ml.

El 3er grupo entre 11 y 15 mg/100 ml de bilirrubinas.

El 4o grupo entre 16 y 20 mg/100 ml, y

El 5o grupo cuando las cifras de bilirrubinas en sangre fué mayor a 20 mg/100ml.

Las variaciones de las cifras de las bilirrubinas de acuerdo a la evolución clínica también fué tabulada de la siguiente manera:

- I. Estable: cuando las cifras de bilirrubinas no variaron durante la evolución del padecimiento.
- II. Ascendente: Cuando las cifras de bilirrubinas fueron en aumento durante la evolución del padecimiento.
- III. Descendente: Cuando las cifras de bilirrubinas disminuyeron - durante la evolución del padecimiento.

IV. Fluctuante: Cuando las cifras de bilirrubinas ascendían y disminuían durante la evolución de la enfermedad.

También de acuerdo al tiempo de postoperatorio de la cirugía -- abdominal en que se hizo presente la ictericia se dividió en 5 grupos en la forma siguiente:

Grupo I: Los pacientes que presentaron ictericia en el siguiente mes del postoperatorio.

- Grupo II : Entre 1 y 3 meses del postoperatorio
- Grupo III : Entre 3 y 6 meses del postoperatorio
- Grupo IV : Entre 6 y 9 meses del postoperatorio
- Grupo V : Entre 9 y 12 meses del postoperatorio de -- cirugía abdominal.

Se valoró el tipo de cirugía abdominal, si fue realizada en forma urgente o electiva, si se efectuó en nuestro hospital o fuera de él; si la ictericia se presentó como manifestación única o -- acompañada de otros síntomas. También se valoró el tiempo entre el ingreso y la realización del diagnóstico, la estancia intrahospitalaria así como la evolución y la morbimortalidad.

El análisis estadístico utilizado fue con "T" de student para las variables cuantitativas y "Chi" cuadrada para las variables cualitativas.

RESULTADOS .

La incidencia encontrada en la población estudiada en el -- C.H. " 20 DE NOVIEMBRE " I.S.S.S.T.E. , con ictericia en el -- postoperatorio de cirugía abdominal fué de 2.88 %.

De los 26 pacientes incluidos en éste estudio , 16 pacien -- tes fueron del sexo femenino y 10 del sexo masculino con una -- proporción de 1.6 : 1 respectivamente .

La edad varió de 12 a 82 años , con una media de 49.1+ -- 18.9 años S.D.

El tiempo promedio transcurrido entre la fecha de la ciru -- gía abdominal y la aparición de la ictericia fué de 49.9 + -- 65.0 días S.D.

En cuanto al tipo de ictericia por la evolución clínica ob -- tuvimos los siguientes datos :

TIPO DE ICTERICIA	No. PACS.	%
I. Ascendente	18	69.2
II. Descendente	2	7.7
III. Estable	5	19.2
IV. Fluctuante	1	3.8
Total	26	100.0

P < 0.001

La incidencia de la elevación de las bilirrubinas en base a -
los cinco grupos formados fué:

Cifras de bilirrubinas mg/100ml.	No. Pacientes	%
5	6	23
6 - 10	5	19.2
11 - 15	8	30.7
16 - 20	2	7.6
20	5	19.2

P NS

El tiempo de la evolución postoperatoria en el que apareció la
ictericia fué:

Tiempo	No. Pacientes	%
1 mes	15	57.6
1-3 meses	6	23
3-6 meses	4	15.3
6-9 meses	1	3.8
9-12 meses	0	0

P < 0.001

En 21 pacientes la cirugía abdominal fué realizada en forma electiva (80.7%) y en 5 pacientes se realizó en forma urgente (19.3%). De éstos en 8 pacientes la cirugía fué efectuada en otros hospitales (30.8%) y en 18 pacientes la cirugía se realizó en nuestra unidad hospitalaria con 69.2%.

En la mayoría de los casos 24 de 26 pacientes , la ictericia se presentó junto con otras manifestaciones clínicas abdominales y generales (92.3%) y en solo dos pacientes la ictericia fué la única manifestación (7.7%).

El tipo de cirugía abdominal se resume en la tabla No. 1.

La causa de la ictericia en el postoperatorio de cirugía abdominal obedeció principalmente a hepatitis en el 53.8% de los pacientes y sobre el 40% de la totalidad del grupo de estudio correspondió a hepatitis de tipo viral (42.2%). Siguiendo en orden de frecuencia la causa de tipo postquirúrgica ocurrió en el 26.9% de los casos y de ésta la más frecuente fué la litiasis residual en el 15.3% . Los casos restantes fueron estenosis postoperatoria de las vías biliares en 2 casos (7.6%) y el resto en casos de diversa etiología, como se puede apreciar en la tabla No. 3 .

Las causas de la ictericia en el postoperatorio de cirugía abdominal se dividieron de acuerdo a las que ameritaban -- tratamiento médico y por otra parte las que ameritaban tratamiento quirúrgico.

En quince pacientes las causas de la ictericia se controlaron en forma médica (61.5%) más un paciente que negó el -- tratamiento quirúrgico ofrecido. Nueve pacientes ameritaron tratamiento quirúrgico siendo el 34.6% de los casos.

Del total del grupo estudiado, uniendo la patología que -- ameritó tratamiento médico y quirúrgico, se comprobó el -- diagnóstico en 22 pacientes (84.6%).

En el caso de hepatitis secundaria al halotane no se pudo -- comprobar el diagnóstico y se emitió la decisión en base al -- antecedente ya que la paciente falleció al ingreso hospitalario.

Los estudios con los que se contó para fundamentar el diagnóstico son enunciados en la tabla No. 2.

En todos los pacientes se tomaron varios parámetros de laboratorio (transaminasa glutámico oxalacética, transaminasa--- glutámico pirúvica, deshidrogenasa láctica, fosfatasa alcali na, tiempo de protombina, albúmina, protefnas totales, coles terol) y se tabularon, sin embargo estos fueron desechados-- ya que los test utilizados en cada prueba cambiaron varias - veces duarnte la época de la que fueron tomados estos expe- dientes.

El tratamiento otorgado fué médico en 17 pacientes (65.3%) y quirúrgico en 9 pacientes, en los 3 casos de estos últimos,- el procedimiento quirúrgico fué tanto diagnóístico como tera- péutico (11.5%) y en los restantes ya contaban con diagnósti co preoperatorio (23%).

El tiempo entre en ingreso y la realización del diagnóístico- fué de 13.6 días y estos pacientes contaron con una estancia intrahospitalaria promedio de 23.5 días.

Doce pacientes presentaron algún tipo de morbilidad (46.1%)- la cual se esquematiza en el cuadro No. 1.

La mortalidad ocurrió en el 15.3% de los casos(4 de 26 pacien tes). Las diferentes causas de mortalidad se enuncian en el- cuadro No. 2.

Vivieron 22 pacientes (84.6%) con un seguimiento en forma re- trospectiva a 3 meses.

DISCUSION .

El objetivo del presente estudio es el determinar la incidencia y la etiología de la ictericia en el postoperatorio de cirugía abdominal , por ser de interés del servicio de cirugía general al que -- pertenecen los autores .

Por tal motivo algunos pacientes con ictericia postoperatoria por cirugía no abdominal , fueron eliminados del estudio como se marca en la sección de material y método . Entre éstos podríamos citar cuatro casos de pacientes sometidos a circulación extracorporea por cirugía cardiaca central , en donde la causa de la ictericia fué hemolisis . La incidencia encontrada en el presente estudio del 2.8% refleja la frecuencia con la que se presenta la ictericia en el postoperatorio de pacientes de cirugía abdominal en nuestro medio .

La incidencia exacta de ésta enfermedad se desconoce , (1,2) por lo que es de gran interés el analizar la cirugía , la historia natural de ésta enfermedad , que en términos generales pone en duda la técnica quirúrgica del cirujano y que en la primera posibilidad en la que se piensa , es el haber causado una lesión iatrogénica en las vías biliares (tabla 3) .

Morgensten (3) , señala que cada vez ésta entidad se presenta con mayor frecuencia , y por otro lado , sus manifestaciones clínicas son muy diversas, ya que obedece a diferentes factores etiológicos .

Es importante , que los trabajos publicados sobre ictericia postoperatoria , son en términos generales monografías en donde se discute la fisiopatología de las posibles causas de ictericia en el postoperatorio , sin embargo , no es fácil encontrar una serie similar a la presente , para poder ofrecer una comparación de los resultados encontrados por otros autores , de tal manera que la discusión que en éste capítulo se haga , será solamente para analizar los datos encontrados. De los 900 casos de ictericia que ingresaron en el periodo de estudio en el C.H. " 20 de Noviembre " solamente 26 fueron pacientes que tenían el antecedente de cirugía abdominal . De éstas operaciones , llama la atención que el procedimiento quirúrgico más frecuente fué la colecistectomía en 6 casos , seguido por histerectomía en 5 , el resto de los enfermos cada uno pertenecía a un grupo -

de cirugía diferente .

Analizando los 6 pacientes postoperados de colecistectomía , solamente un caso fué secundario a lesión iatrogénica de las vías biliares (con historia de estenosis de las vías biliares , colangitis de repetición y litiasis residual) que fué reintervenido fuera de ésta institución haciendo una coledocoyunostomía tipo Omega de Braun para la corrección de su problema . En el resto de los pacientes -- postoperados de colecistectomía las causas no fueron atribuidas al procedimiento quirúrgico en sí .

Por lo que respecta a los 5 casos de histerectomía , en ninguno hubo lesión sobre la vía biliar que explicase la posibilidad de una lesión iatrogénica y las causas fueron de diferentes orígenes .

La cirugía electiva (80.7%) predominó sobre la de urgencia (19.3%) . La ictericia en éste trabajo , como también se ha mencionado en otras series , se presentó acompañada de otras manifestaciones clínicas (dolor , escolia , coluria , hepatomegalia , etc) en el -- 92.3% (4,5).

Desde el punto de vista de presentación clínica , el tipo de ictericia fué clasificado en 4 grupos : ascendente , descendente , estable y fluctuante , tratando de encontrar una correlación sobre el tipo de presentación clínica de ictericia y la posible causa etiológica . Como se observó previamente , en el 69.2% de los casos -- la ictericia fué de tipo ascendente y en 19.2% fué estable (ver -- cuadro 3) . De los 18 casos en los cuales la ictericia se presentó como un fenómeno ascendente , en 13 casos fué secundario a hepatitis de diferente etiología , sin embargo , también la hepatitis en un caso se presentó como una ictericia que se mantuvo estable y en otros dos casos la ictericia por hepatitis tendió a descender (ver tabla 4). Como era de esperarse en un caso de litiasis residual , la ictericia fué fluctuante , sin embargo , en tres casos de litiasis residual la ictericia se mantuvo estable , no encontrando correlación en la mayoría de los casos entre el tipo clínico de ictericia y la causa de la misma . Gráfico 2

Analizando las cifras de bilirrubinas como un dato de posible -- asociación etiológica , los pacientes fueron divididos de acuerdo a los niveles de bilirrubinas a su ingreso hospitalario. En el primer grupo aquellos que tuvieron menos de 5 mg/100 ml, en el segundo los

que tenían entre 6 y 10 , en el tercero los que tenían entre 11 y 15 , en el cuarto grupo los que tenían de 16 a 20 y en el último grupo los que tenían más de 20 mg/100ml. La distribución de padecimientos en los diferentes grupos fué bastante homogénea (gráfica 1) , a excepción del grupo de 16 a 20 mg / 100ml en el que solamente hubo dos casos (cuadro 4). Sin embargo el grupo más numeroso fué el que se encontraba con niveles de bilirrubinas entre 11 y 15 mg/100ml con ocho pacientes (30.7%). No fué posible hacer un análisis etiológico de acuerdo a los niveles de bilirrubina presentados , ya que como se mostró en la tabla No. 5 , la hepatitis que fué el factor etiológico más frecuente se encontró distribuido homogéneamente en todos los grupos , contrariamente a lo que se señala que en términos generales que cuando un paciente se presenta con ictericia mayor de 20 mg/100ml debe uno de pensar en la posibilidad de una obstrucción maligna , sin embargo , en éste grupo se encontraron 4 pacientes con hepatitis post-transfusional , de ellos uno se pudo marcar y correspondió al tipo "B" , y en el otro caso fué por coledocolitiasis . Por lo que se puede descartar a los niveles de bilirrubina como una posibilidad de asociación clínico-patológica (P. NS).

En relación al tiempo de evolución de la ictericia (tabla 6) y tratando de encontrar asociación etiológica , 15 pacientes (57.6%) tenían menos de un mes de evolución , el siguiente grupo de importancia fué el que tenía entre 1 y 3 meses con 6 pacientes (23%) y entre 3 y 6 meses fueron 4 pacientes con el 15.3% . De los 15 pacientes con ictericia de menos de un mes de evolución ocho (53.3%) corresponden a hepatitis post-transfusional . U -

niendo los 2 primeros grupos (21 pacientes) la ictericia se -
presentó en los 3 meses siguientes del postoperatorio en poco más
de dos terceras partes de los casos con una frecuencia de 80.6% -
Del resto , la solución de su problema requirió diferentes pro-
cedimientos quirúrgicos , de acuerdo a la enfermedad de cada in-
dividuo . En ésta serie solo 9 pacientes tuvieron resolución ---
quifugica (34.5%) .

El diagnóstico fué comprobado por biopsia hepática , marcadores -
séricos y cirugía principalmente en el 84.6% de los casos (6,7,
8,9).

En la presente serie , 4 pacientes (15.4%) fallecieron , tres de
ellos por enfermedad neoplásica , uno por cáncer gástrico , otro
de vías biliares y otro de la encrucijada biliopancreaticodiges-
tiva. Estos casos fallecieron en su domicilio . Solamente un --
caso falleció dentro del hospital y fué el paciente que ingresó -
con hepatitis tóxica secundaria al halotane , quien falleció en -
el primer día de su ingreso .

La mortalidad en éste estudio es consecutivo a neoplasia maligna-
en estadios avanzados .

Ya se ha comentado que éste tipo de pacientes presentan un dilema
diagnóstico (10, 11,12,13) y que en muchos de los casos ni siquie-
ra se llega a confirmar el mismo (14,15) siendo necesaria incluso
la laparatomía exploradora como medio diagnóstico(16,17) lo cual
en nuestra serie esto solo se presentó en 4 casos con 15.3% del
total del grupo .

T A B L A S

**ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL**

Tipo de Cirugía Abdominal.

Colecistectomía	6
Histerectomía	5
Operación de Nissen	1
Colecistectomía + EVB	1
Omega de Braun	1
Gastroyenuoanastomosis	1
Vagotomía + Gastroyenuoanastomosis	1
Transplante Renal	1
Absceso Subhepático y Subfrénico	1
Ureterolitotomía	1
Liberación de Bridas	1
Hemicolectomía Derecha	1
Cierre primario de úlcera duodenal perforada	1
Cistostomía	1
Plastía Umbilical	1

Tabla No. 1

ICIERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA ABDOMINAL

Medios Diagnósticos:

- Historia Clínica
- Marcadores Séricos
- Análisis de laboratorio incluyendo pruebas de funcionamiento hepático completas.
- Colangiografía por sonda en "T"
- Ultrasonido Abdominal
- Colangiografía Transhepática Percutánea
- Colangiografía Retrógrada Transduodenoscópica.
- Gammagrama hepático con HIDA.
- Biopsia Hepática.
- Tomografía Axial Computada.

Tabla No. 2.

**ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL**

CAUSAS

HEPATITIS	14	53.8%
VIRAL		
- N6 A-N6 B	7	26.9%
- "g"	4	<u>15.3%</u>
		42.2%
NO VIRAL		
- Halotane	1	3.8%
- Plasmodio	1	3.8%
- Reactiva a sepsis	1	<u>3.8%</u>
		11.4%
CIRROSIS HEPATICA DESCOMPENSADA	1	3.8%
POSTQUIRURGICA	11	42.3%
- Litiasis Residual	4	15.3%
- Coledocolitiasis	1	3.8%
- Estenosis postoperatoria de las vias biliares .	2	7.6%
- Absceso hepático plógeno	1	3.8%
- Cáncer gástrico	1	3.8%
- Cáncer Vías biliares	1	3.8%
Cáncer encrucijada biliopancreático-digestivo	1	3.8%

Tabla No. 3 .

RELACION ENTRE LA EVOLUCION CLINICA DE LA ICTERICIA
EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGIA ABDOMINAL Y LA CAU-
SA DE LA MISMA .

		Np. Pacs.
Estable :	Litiasis Residual	3
	Hepatitis post-transfusional	1
	Cirrosis hepática descompensada	1
	TOTAL	5
Ascendente:	Hepatitis post-transfusional	6
	Hepatitis B	4
	Estenosis de las vías biliares	2
	Absceso hepático	1
	Hepatitis reactiva a sepsis	1
	Hepatitis por halotano	1
	Cá de vías biliares	1
	Coledocolitiasis	1
	Post-transfusional positiva a plasmodio	1
TOTAL	18	
Descendente:	Hepatitis post-transfusional	2
Fluctuante :	Cálculo Residual	1

P 0.001

Tabla No. 4 .

RELACION ENTRE LOS NIVELES DE BILIRRUBINAS
Y LAS CAUSAS DE LA ICTERICIA EN EL POST OPE
RATORIO DE CIRUGIA ABDOMINAL .

GRUPO I (Cifras de bilirrubinas entre 2 y 5 mg/100ml)

	No. Pacs.
- Litiasis Residual	4
- Hepatitis NÓ A- NÓ B	1
- Cirrosis hepática des- compensada	1
TOTAL	<u>6</u>

GRUPO II (Cifras de bilirrubinas entre 6 y 10 mg/100 ml)

- Hepatitis B	1
- Hepatitis post-transfu- sional	1
- Absceso hepático amibia- no	1
- Hepatitis reactiva a - sepsis	1
- Estenosis de las vías - biliares	1
TOTAL	<u>5</u>

GRUPO III (Cifras de bilirrubinas entre 11 y 15 mg/100 ml)

- Hepatitis post-transfu- sional	3
- Hepatitis por halotane	1
- Post-transfusión + a -- plaemodio	1
- Hepatitis B	1
- Cancer de vesícula bi- liar	1
- Litiasis residual	1
TOTAL	<u>8</u>

GRUPO IV (Cifras de bilirrubinas entre 16 y 20 mg/100ml)

- Hepatitis N° A-N° B	1
- Hepatitis "B"	1
	<hr/>
TOTAL	2

GRUPO V (Cifras de bilirrubinas mayores a 20 mg /100 ml)

- Hepatitis post-transfusional	3
- Hepatitis "B"	1
- Coledocolitiasis	1
	<hr/>
TOTAL	5

P NS.

Tabla No. 5 .

RELACION ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCION DEL
POSTOPERATORIO Y LA CAUSA DE LA ICTERICIA
EN EL ENFERMO POSTOPERADO DE CIRUGIA ABDO
MINAL .

1 mes		No. Pacs.
- Hepatitis post-transfusional		4
- Hepatitis "B"		2
- Litiasis Residual		2
- Absceso hepático		1
- Hepatitis reactiva a sepsis		1
- Estenosis de las vías biliares		1
- Hepatitis por halotane		1
- Post-transfusional positivo a - plasmodio		1
- Cirrosis hepática descompensada		1
	TOTAL	<u>14</u>
Entre 1 y 3 meses		
- Hepatitis post-transfusional		6
Entre 3 y 6 meses		
- Hepatitis "B"		2
- Ca de vías biliares		1
- Estenosis de las vías biliares		1
	TOTAL	<u>4</u>
Entre 6 y 9 meses		
- Coledocolitiasis		1
- Cálculo residual		1
		<u>2</u>

Tabla No. 6

CUADROS

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL

Morbilidad	No. de Casos
- Dehiscencia e infección de herida quirúrgica	5
- Sangrado de tubo digestivo alto	2
- Colangitis de repetición + litiasis residual	1
- Cirrosis hepática posthepatitis	1
- Derrame pleural derecho	1
TOTAL	<u>10</u>

Cuadro No. 1

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL

MORTALIDAD

	No. Casos
- Cancer gastrico	1
- Cancer de vias biliares	1
- Cancer de encrucijada bilio- pancreaticodigestiva	1
- Hepatitis tóxica por halotene	1
TOTAL	<u>4</u>

15.38 %

Cuadro No. 2

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL

TIPO CLINICO DE ICTERICIA

Tipo de ictericia	No. Pacientes	%
I. Ascendente	18	69.2
II. Descendente	2	7.7
III. Estable	5	19.2
IV. Fluctuante	1	3.8
Total	26	100.0

Cuadro No. 3

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL

NIVELES DE BILIRRUBINAS

Cifras de bilirrubinas mg / 100 ml	No. Pacs.	%
5	6	23
6 - 10	5	19.2
11 - 15	8	30.7
16 - 20	2	7.6
20	5	19.2
TOTAL	<u>26</u>	<u>100.0</u>

Cuadro No. 4

GRAFICAS

ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO DE CIRUGIA ABDOMINAL

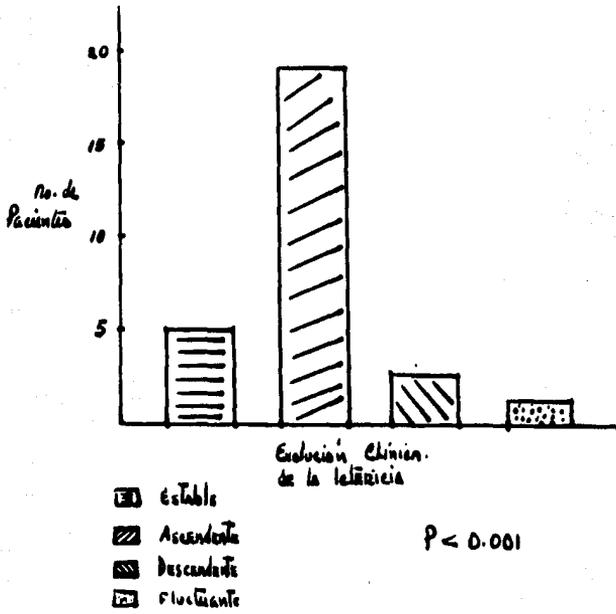
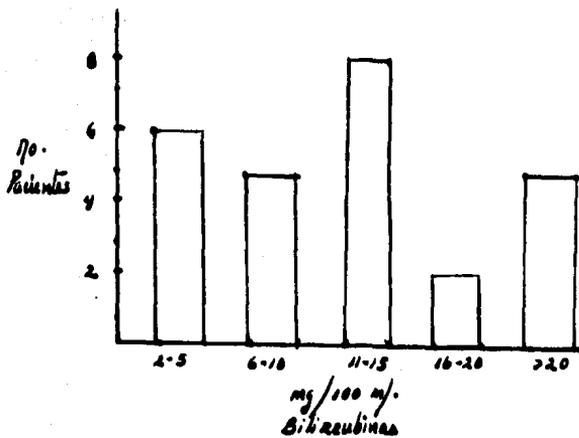


Figura No 2.

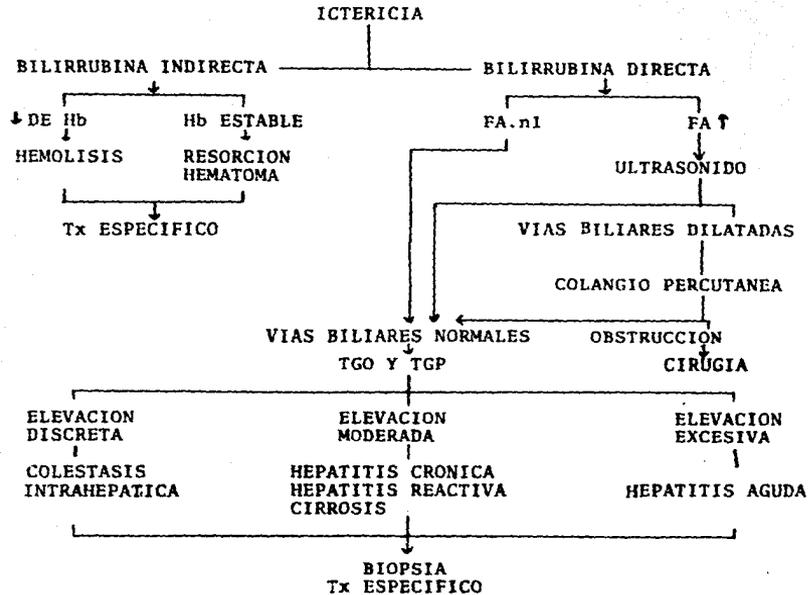
ICTERICIA EN EL PACIENTE POSTOPERADO
DE CIRUGIA ABDOMINAL



Gráfica No. 1.

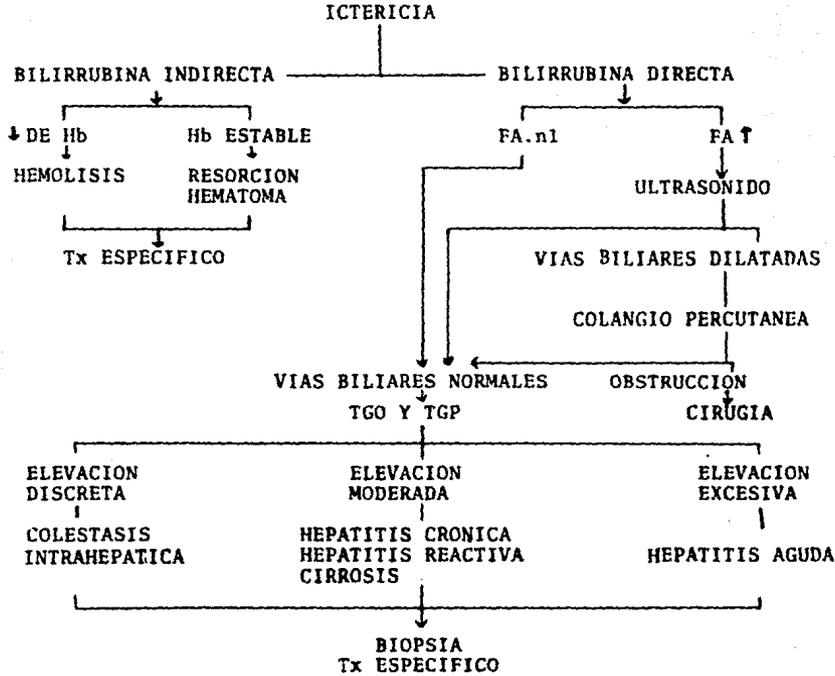
ICTERICIA POSTOPERATORIA

DIAGNOSTICO



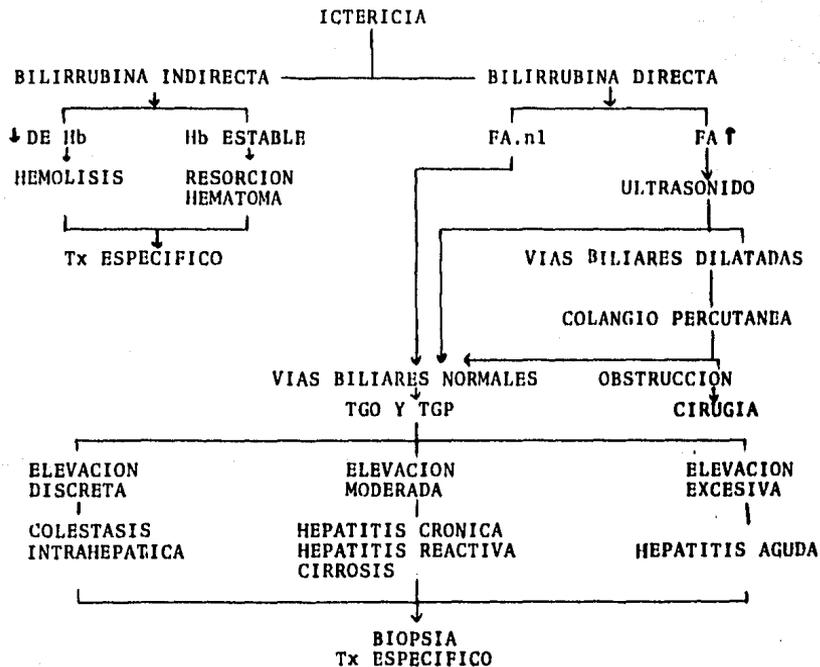
ICTERICIA POSTOPERATORIA

DIAGNOSTICO



ICTERICIA POSTOPERATORIA

DIAGNOSTICO



CONCLUSIONES .

- 1.- De los pacientes que ingresaron por ictericia al C.H. "20 DE NOVIEMBRE" ISSSTE el 2.88% la presentan en el postoperatorio de cirugía abdominal .
- 2.- Los niveles séricos de bilirrubinas no son útiles como -- factor discriminante para el diagnóstico etiológico.
- 3.- La ictericia en el 80.6% de los casos se presentó en los - tres primeros meses siguientes al postoperatorio de ciru - gía abdominal .
- 4.- La ictericia en el postoperatorio de cirugía abdominal en el 53.8% de los casos obedeció a hepatitis de diferente etiología y en el 42.2% a causa postquirúrgica .
- 5.- En ésta serie , la cirugía abdominal efectuada antes de - la aparición de la ictericia , la forma electiva (80.7%) predominó sobre la cirugía efectuada en forma urgente(19.3%).
- 6.- La ictericia en el 92.3% de los casos no se presenta como signo único sino se acompaña de otras manifestaciones clínicas (dolor , acolia , coluria , hepatomegalia,etc).
- 7.- En ésta serie , el diagnóstico se comprobó principalmente por biopsia hepática , marcadores séricos y cirugía en el 84.6% de los casos .
- 8.- En éste trabajo , el tipo de presentación clínica de la ictericia (ascendente,fluctuante,etc) no tuvo correlación e - tiológica .

9.- La morbilidad asociada a la ictericia en el postoperatorio de cirugía abdominal fué de 38.4% .

10.- La mortalidad en ésta serie ocurrió en el 15.38% de los casos .

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

- 1.- La Mont J T, Isselbacher K J. Postoperative Jaundice.
N Engl. J Med 1973;288:305-8.
- 2.- Schmid H, Hefti M L, Gattiker R, Kistler H J, Senning A.
Benign Postoperative intrahepatic cholestasis.
N Engl. J Med 1965;272:545-50.
- 3.- Morgenstern L. Postoperative Jaundice Schiff L, Schiff E-
Diseases of the Liver.
5a Edicion. Philadelphia Toronto
Lippincott Co. 1982; 1581-94.
- 4.- Babior B M, Davidson Ch S. Postoperative Massive Liver -
Necrosis a Clinical and Pathological Study.
N Engl. J Med 1967;276:645-52.
- 5.- Viteri A L, Greene J F, Dyck W P. Erythromycin Ethylsuccinate
Induced Cholestasis.
Gastroenterol 1979;76:1007-8.
- 6.- Neuberger J, Gimson A.E.S, Davis M, Williams R. Specific Ser-
ological Markers in the Diagnostic of Fulminant Hepatic Failu-
re Associated with Halothane Anaesthesia.
Br J Anaesth 1983;55:15-19.
- 7.- Cerra F B, Siegel J H, Border J R, Wiles J, Mc Menamy R R. The
Hepatic Jailure of Sepsis: Cellular Versus Substrate.
Surg. 1979;86:409-22.
- 8.- Posen S. Alkaline Phosphatase
Ann Int Med 1967;67:183-95.
- 9.- Almersjö O, Bengmark S, Engevik L, Hafström L.O, Loughridge B.P
Nilsson L.A.V. Serum Enzyme Changes After Hepatic Dearteriali-
zation in Man.
Ann Surg 1968;167:9-16.

- 10.- Morgenstern L. Postoperative Jaundice. An Approach to a Diagnostic Dilemma.
Ann J Surg 1974;128:255-59.
- 11.- Slater E M, Gibson J M, Dykes H M, Chir B, Walzer S G.--- Postoperative Hepatic Necrosis. Its incidence and Diagnostic value in Association with the Administration of Halothane.
N Engl J Med. 1964;270:983-93.
- 12.- Lewis R B, Blair M. Halothane Hepatitis in a Young Child-
Br J Anaesth 1982;54:349-54.
- 13.- Farrer P A, Friede J, Wexler J. Scintiphotographic Evaluation of LeVeen Peritoneo-Venous Shunt Patency Using Intra peritoneal Tc-99m-MAA.
Clin Nucl Med 1979;4:451-4
- 14.- Maldonado P, Coronel J, Boom R, Garcia Romero H, Valle G A Cirrosis Hepática. Análisis de 320 Necropsias.
Rev. Gastroent Mex. 1971;36:38-45.
- 15.- Schaffner F, Popper H. Morphologic Studies of Cholestasis-Gastroenterol 1959;37:565-73.
- 16.- Wexler M J, Mclean P H, Skinner G B, Maclean L L D. "Minilap" An Accurate, Rapid and Safe Approach to the Diagnostic of -- Liver Disease and Jaundice.
Ann Surg. 1973; 178:736-44.
- 17.- Piedrahita P, Butterfield W C. Abdominal Exploration as a -- Diagnostic Procedure.
Am J Surg 1976;131:181-84.
- 18.- Ellis H. Wound Healing
Ann R Coll Surg Engl 1977;59:382-7
- 19.- Keill R H, Keitzer W F, Nichols W K, Henzel J. De Heese M S. Abdominal Wound Dehiscence.
Arch Surg 1973;106:573-77.

**El deseo de saber es natural al
hombre: dos defectos que en él
se han de precaver.**

Cicerón .

**Las palabras son intemporales. Debes
pronunciarlas o escribirlas ,reco-
rdando su intemporalidad.**

Gibran Jalil Gibran .