

11242 17
29

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**



FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
Secretaría de Salud
Hospital General de México

**INSTALACION DE DRENAJES
BILIARES PERCUTANEOS**

TESIS CON
EVALUACION DE RESULTADOS

TESIS
Que para obtener la especialidad en
RADIOLOGIA E IMAGEN
Y
GASTROENTEROLOGIA
Presentan
DR. ROQUE GONZALEZ HUERTA
DR. ANGEL MARIO ZARATE GUZMAN



México, D.F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

INDICE

1.	Introducción.	3
2.	Antecedentes.	8
2.1	Anatomía de enrucijada biliodigestiva.	8
2.2	Patología de enrucijada biliodigestiva que produce ictericia obstructiva.	10
2.3	Procedimientos y terapéutica empleados y de uso común en el manejo de la ictericia obstructiva.	11
3.	Planteamiento del problema.	15
4.	Justificación.	16
5.	Objetivos.	18
6.	Material y Métodos.	19
7.	Resultados.	22
8.	Discusión de Resultados.	30
9.	Conclusiones.	38
10.	Apéndices y Anexos.	40
11.	Bibliografía.	84

1. INTRODUCCION:

El diagnóstico etiológico en pacientes que cursan con ictericia puede ser dado hasta en un 85 % con el examen clínico completo y exámenes de laboratorio y gabinete apropiados, aunque en ocasiones no pueden proveer la causa exacta o localización anatómica específica de la lesión; por lo que se desarrollaron dos procedimientos de colangiografía directa: 1) la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y 2) la colangiografía transhepática percutánea (CTP) con lo que aumento el número de métodos diagnósticos en el síndrome icterico (1).

La CTP fue primeramente realizada por Huard y Do-Xuan-Hop (1937)(2) pero la primera descripción se dio 15 años después por Carter y Saypol en 1952. El subsecuente desarrollo de la técnica mejoró las medidas de seguridad siendo el más importante el cambio de una aguja rígida a la combinación de cateter - aguja(Wiechel 1964). Aun así continuó siendo una técnica riesgosa por lo que cayó en desuso. En 1974 Kunio Okuda y cols. de la Universidad de Chiba en Japón describieron

sus experiencias con el uso de una fina aguja calibre 23 descrita por Tsuchiya (1969) con lo que el procedimiento se hizo más seguro (1,3)

En los años 70 's la colangiografía transhepática percutánea se convierte en un procedimiento rutinario que proporciona información precisa sobre la anatomía del sistema biliar y el diagnóstico de la causa, nivel y extensión de la obstrucción de la vía biliar. En 1974, Molnar y Stockum adicionaron a la técnica de CTP un enfoque terapéutico al colocar un drenaje externo con un cateter en una obstrucción de los conductos biliares adoptándose desde entonces como un método popular de descompresión temporal o permanente en pacientes con enfermedades benignas o malignas de los conductos biliares (4).

En los últimos años, con el desarrollo de los endoscopios y de la transformación endoscópica puramente diagnóstica a procedimientos endoscópico - terapéuticos como la papilotomía endoscópica (Classen y Demling, 1974; Kawai y cols. 1974) y la introducción endoscópica de tubos de drenaje biliar a través de la papila de Vater (Nagai y cols. y Wrubs y Classen, 1977) se tienen más opciones en el tratamiento de estos pacientes. (1)

Para hacer eficiente el tratamiento de drenaje biliar no quirúrgico se requiere un entrenamiento formal aplicándose esto tanto a la técnica

endoscópica como a la percutánea. La introducción de estas técnicas parecería tener sentido solamente en aquellos hospitales con una frecuencia de indicación del procedimiento de más de 50 cada año.(1)

Las indicaciones para realizar el drenaje biliar percutáneo son:

ABSOLUTA: Obstrucción mecánica del flujo de bilis que no pueda ser eliminado por procedimientos quirúrgicos o endoscópicos y cuando la ictericia obstructiva se acompaña de una colangitis séptica. **RELATIVA:** Como medida paliativa para mejorar las condiciones del paciente cuyo pronóstico sea excelente con el tratamiento quirúrgico. Además la colocación del drenaje percutáneo ofrece la ventaja de obtener muestras de bilis para investigación bacteriológica y citológica, así como para determinar litogenicidad. Provee una vía de acceso para la disolución y/o extracción de cálculos del árbol biliar, dilatación de estenosis biliares, inserción de catéteres intestinales para alimentación así como litotriptores electrohidráulicos y radioterapia local con ayuda de un portador de Iridio 192 y como una guía durante procedimientos quirúrgicos así como la obtención de tejido para biopsia. Los problemas puramente diagnósticos no constituyen una razón suficiente para la colocación de un drenaje biliar. (1,4-15).

Las contraindicaciones para la práctica de un drenaje biliar percutáneo son: coagulopatías, la presencia de ascitis y en estado terminal, en algunos casos de colangitis esclerosante se puede llevar a cabo el procedimiento con seguridad en manos expertas (1,4-15).

La proporción de éxitos en la colocación de drenajes biliares, tanto endoscópicos como percutáneos, es similar para ambos procedimientos, con un éxito hasta en un 95 % de los casos. La colocación de una endoprotesis bilio - duodenal se consigue endoscópicamente en el 82.5 % y percutánea transhepática en el 95 %, en manos expertas (1-8).

El drenaje biliar funcional adecuado conduce a la reducción de la ictericia con mejora de la colestasis y el prurito, malestar general, etc. En cuanto a los exámenes de laboratorio se demuestra que las cifras de bilirrubina sérica y fosfatasa alcalina se reducen rápidamente. Mientras que el tiempo de protombina se corrige en aquellos pacientes con drenajes de función mixta. Por otro lado el restablecimiento del paso de la bilis hacia el intestino, contribuye a mejorar la función digestiva, aumenta el apetito y la absorción en los casos de drenajes mixtos tanto en patologías benignas como malignas (1,5-9,13,14).

Dentro de las complicaciones del drenaje transhepático percutáneo se informa en la literatura un 10 % específicas del drenaje con un índice de mortalidad del 0.5 %. El efecto colateral más frecuente es la hipotensión arterial seguida de la colangitis, hemorragia intraabdominal, peritonitis biliar y la hemobilia. Algo no resuelto dentro de las complicaciones es la obstrucción del drenaje por la bilis presentándose generalmente al segundo mes de la colocación en la mayoría de los casos (1,3,5-15).

2. ANTECEDENTES:

2.1 ANATOMIA DE ENCRUCIJADA BILIO-DIGESTIVA:

La porción intrahepática del sistema canalicular biliar empieza a nivel celular donde los conductos sin endotelio y sin pared están espaciados entre las células hepáticas. Estos conductos biliares intercelulares se irradian hacia la circunferencia del lóbulo correspondiente donde se abren en conductillos interlobulares con la presencia de endotelio. Conductos biliares terminales de mayor calibre discurren desde aquí acompañando las ramas de la vena porta y arteria hepática junto con la cápsula de Glisson. Estos conductos se juntan luego con otros para formar el conducto ventrocranial y dorsocaudal en el lóbulo derecho del hígado desde el punto de vista radiológico. La confluencia de estas dos ramas origina el conducto principal derecho y su unión con el conducto principal simple izquierdo forman el conducto hepático común. El conducto hepático común, junto con una cadena de nódulos linfáticos, discurre a lo largo del borde derecho del ligamento hepatoduodenal anteriormente y a la derecha de la vena porta (16,17).

El conducto hepático común, de 3 a 4 cms. de longitud se une al conducto cístico procedente de la vesícula biliar para formar el conducto coledoco. Tiene unos 7 cms. de longitud y puede dividirse en tres partes: La primera porción (supraduodenal) discurre a lo largo del margen libre del ligamento hepatoduodenal. La segunda porción (retroduodenal) se encuentra a lo largo de la pared posterior del bulbo duodenal o la flexión superior duodenal, donde un coledoco dilatado puede dejar una huella radiográficamente característica. La tercera porción (pancreática) del conducto coledoco está encajado en la superficie posterior de la cabeza del páncreas (surco del conducto coledoco). Una corta porción intramural corre en la pared medial del duodeno descendente y forma la papila de Vater con su segmento terminal. El conducto pancreático de Wirsung generalmente se une al coledoco en la pared del duodeno. Esta unión puede ocurrir también proximal a la pared duodenal, o los dos conductos pueden entrar por orificios separados. Los pliegues mucosos y las prominencias que van en dirección axial o transversa en el duodeno a nivel de la ampolla, tienen también funciones a modo de válvula que regulan el flujo de bilis y evitan el reflujó del contenido duodenal. El coledoco presenta un calibre interno de 3 a 6 mm. con variaciones en estos límites, considerándose un calibre de 8 mm o más, de diámetro interno, potencialmente anormal (16,17).

La vesícula biliar, esta situada junto a la superficie inferior del lóbulo derecho del hígado. La porción flácida adyacente del conducto cístico entra en el conducto común en ángulo recto (16-17).

En conclusión, la relación topográfica del tracto biliar es de gran importancia ya que la patología de un órgano o estructura a este nivel tendrá influencia en esos órganos lo cual explica la importancia de conocer la región mediante el estudio Colangiográfico además de conocer las variantes anatómicas que existan en las vías biliares (1,16,17).

2.2 PATOLOGIA DE ENCRUCIJADA BILIODIGESTIVA QUE PRODUCE ICTERICIA OBSTRUCTIVA:

El síndrome icterico se encuentra como la quinta causa de ingreso en el Servicio de Gastroenterología, del Hospital General de México. S.S. en un estudio retrospectivo de 10 años. El promedio anual de pacientes ictericos fue de 49.

La prevalencia de ictericia de acuerdo a su etiología fue:

- a) Causas intrahepáticas: 292 casos (59 %).
- b) Causas extrahepáticas: 201 casos (41 %).

Dentro de las causas intrahepáticas, las de origen hepatocelular fueron las más frecuentes en la sexta década de la vida, y las patologías obstructivas intrahepáticas predominaron en la cuarta década.

Las causas extrahepáticas obstructivas se clasificaron en benignas y malignas, las malignas se presentaron en un total de 130 pacientes, con mayor frecuencia en la séptima, octava y novena década de la vida, mientras que las causas benignas, se presentaron en 71 pacientes con mayor frecuencia en la quinta y sexta décadas (18).

2.3 PROCEDIMIENTOS Y TERAPEUTICA EMPLEADOS Y DE USO COMUN EN EL MANEJO DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN EL HGM S.S.:

Para el diagnóstico etiológico del síndrome icterico en los 493 pacientes tanto en patologías intrahepáticas como extrahepáticas, vistas en los 10 años del estudio anterior se utilizaron los siguientes procedimientos:

El ultrasonido abdominal (US) fue empleado en 400 casos, Tomografía Axial Computada (TAC) en 66, Colangiografía IV (CIV) en 35 y Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en 37 estudio y se confirmó su etiología en 367 estudios de US, 57 de TAC,

CIV 28, CPRE en 26. La sensibilidad del US para los diferentes padecimientos fue de la siguiente forma: de 100 pacientes con Cirrosis Hepática alcoholonutricional (C.H.A.N.) se obtuvieron imágenes compatibles en el 62.1 % de los pacientes. De los 58 pacientes con Cáncer de páncreas, el US se correlacionó en el 100 % de los casos, lo mismo sucedió con los 45 pacientes con cáncer de vía biliar, 29 de los pacientes con coledocolitiasis, 23 pacientes con litiasis residual y 30 pacientes con cáncer de hígado primario o metastásico.

Se realizaron 66 estudios de TAC en los que se determinó el diagnóstico en 57 pacientes (86.3%). La sensibilidad de este estudio para los 45 casos de cáncer de páncreas fue del 77.5 %, para los 11 casos de Cáncer de vía biliar fue 24.4 %, y en el caso de Colangiocarcinoma fue del 99 %. Se practicaron 35 estudios de CIV , con valor diagnóstico en 28 pacientes (80 %). La sensibilidad para los distintos padecimientos fue: Coledocolitiasis 9 casos (31 %), litiasis residual 12 casos (52.1 %), estenosis de coledoco 5 casos (100 %), colangiocarcinoma 2 casos (100 %). Se practicaron 37 estudios de CPRE y se llegó al diagnóstico en 26 (70.2 %), con una sensibilidad para: Litiasis residual 7 estudios (30.4 %), coledocolitiasis 6 (20 %), estenosis de colédoco 5 (100 %), cáncer de duodeno, de ampula de Vater, colangiocarcinoma, y tumor de Klatskyn, también en el 100% de los casos.

Otros estudios practicados fueron:

El estudio laparoscópico fué realizado en 15 casos obteniendo el diagnóstico en 12 (80 %). Con una sensibilidad para cáncer de hígado de 8 casos (42.1 %), hígado metastásico 2 casos (18.1 %) y para cáncer de vía biliar 2 casos (4.4 %).

La biopsia de hígado percutánea se practicó en 170 pacientes, llegando al diagnóstico en 143 (84.1 %), su sensibilidad por padecimiento fue de la siguiente forma: CHAN 61 pacientes (37.8 %), hepatitis crónica 9 pacientes (47.3 %), hepatitis alcohólica, hepatitis B, cirrosis postnecrótica, Cirrosis biliar primaria, y enfermedad de Wilson en un 100 % de los casos (18).

En 55 pacientes se realizó laparotomía exploradora, se estableció diagnóstico en 45 casos (81.1 %). Con una sensibilidad distribuida en las patologías en la forma que sigue : cáncer de vía biliar 22 casos (48.8 %), coledocolitiasis 8 casos (27.5 %), cáncer de ampula de Vater 1 caso (33 %), y piocolecisto en el 100 % de los casos.

No se tiene la referencia en este estudio en 10 años de la realización de CTP como método diagnóstico, ni la colocación de drenajes biliares externos o mixtos por este método (18).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Lo que un médico puede ofrecer médica o quirúrgicamente a un paciente con ictericia obstructiva de etiología maligna es muy limitado. Sin embargo la descompresión por medio de un drenaje externo de las vías biliares, se ha convertido en un procedimiento muy aceptado para el tratamiento paliativo en este tipo de pacientes en vista de que les permite tener una mejor calidad de vida, tiene morbilidad y mortalidad considerablemente inferior a la quirúrgica. El drenaje biliar externo es considerado como un tratamiento aceptable en aquellos pacientes con patología maligna avanzada y que tienen un riesgo quirúrgico muy elevado. Además durante el procedimiento de instalación puede proporcionar información diagnóstica adicional sobre el tipo, nivel, extensión de la lesión y pronóstico (1,3-15).

En lo que se refiere a patología benigna, este procedimiento también puede ser utilizado para la dilatación de estenosis de la vía biliar y derivaciones biliodigestivas así como la descompresión y drenaje de un árbol biliar infectado o congestivo, inserción de un tubo de alimentación yeyunal, extracción de litos, o muchas veces para mejorar

las condiciones generales del paciente antes de realizar un procedimiento quirúrgico en las vías biliares y servir como guía durante el transoperatorio (1, 5 - 15).

4. JUSTIFICACION:

Numerosos escritos y reportes recientes demuestran y comentan la utilidad del drenaje biliar percutáneo en el tratamiento paliativo de los pacientes con ictericia obstructiva de etiología maligna y en el mejoramiento de las condiciones generales o terapia de apoyo en los pacientes con patología benigna (1-15).

En nuestro Hospital la instalación de drenajes biliares percutáneos no se lleva a cabo en forma protocolaria o rutinaria en el manejo de pacientes con ictericia obstructiva; como lo demuestra un estudio retrospectivo de 10 años realizado en el Servicio de Gastroenterología (18), en el cual no se menciona la utilización de este procedimiento. En dicho estudio se menciona un escaso número de endoprotesis colocadas mediante procedimiento transendoscópico; por lo que solo se beneficiaron aquellos pocos pacientes en quienes fue posible

realizar con éxito un procedimiento endoscópico con colocación de endoprótesis tanto en patologías benignas como malignas (18).

Con este estudio esperamos demostrar a nivel intrahospitalario, la utilidad del drenaje biliar percutáneo y la disponibilidad del mismo, lo cual redundara en un mayor número de pacientes que se beneficiarán con el procedimiento, así como una disminución en la estancia hospitalaria y costos en general en la atención del paciente. Así mismo consideramos el planteamiento hipotético de que un drenaje biliar percutáneo mejorará las condiciones generales del paciente y su calidad de vida, al disminuir la sintomatología y controlar las alteraciones metabólicas asociadas con la ictericia obstructiva; además de que en casos de patología benigna, que pueden ser resueltos quirúrgicamente, mejorarán en forma preoperatoria las condiciones del paciente.

5. OBJETIVOS:

- 1.- Determinar la utilidad del procedimiento en el control y mejora de la sintomatología de estos pacientes.**
- 2.- Determinar la utilidad del procedimiento en el control de las alteraciones metabólicas de estos pacientes.**
- 3.- Demostrar la utilidad de este procedimiento en el manejo de patología benigna.**
- 4.- Evaluar y observar el mejoramiento de la calidad de vida en los pacientes con patología maligna.**
- 5.- Determinar el índice de pacientes en quienes se puede instalar un drenaje biliar percutáneo dando los criterios de inclusión protocolaria de los mismos en el manejo de la ictericia obstructiva.**
- 6.- Determinar el tiempo promedio de permeabilidad de los drenajes instalados y la facilidad de reposición así como organizar la asesoría del paciente para un mejor cuidado del cateter.**
- 7.- Determinar las complicaciones inherentes a este procedimiento.**
- 8.- Evaluar la técnica adecuada de instalación y valorar el tipo de drenaje a utilizar.**

6. MATERIAL Y METODOS:

Se estudiaron a los pacientes procedentes de los diferentes servicios del HOSPITAL GENERAL DE MEXICO S. S., los cuales fueron remitidos al servicio de Radiología intervencionista de la unidad de Radiología del mismo Hospital con el diagnóstico de ictericia obstructiva para la realización de una Colangiografía Transhepática Percutánea (CTP) y en quienes estaba indicado la colocación de un drenaje biliar percutáneo, vistos del 1 de Marzo de 1990 al 31 de Septiembre de 1991.

A todos ellos se les solicito como requisito para la realización de la (CTP), la presencia de vías biliares dilatadas más de 5 mm corroborada por (US) además de contar con BH, QS, Tiempos de coagulación, PFH incluyendo bilirrubinas, TGO, TGP, Fosfatasa Alcalina (FA) y Lisis de euglobulinas.

Se excluyeron a todos los pacientes con alteraciones de la coagulación, con ascitis y pacientes en fase terminal, con lesiones que afectaban a 3 o más vías biliares mayores diagnosticados durante la CTP.

Todas las intervenciones fueron hechas bajo anestesia local con xilocaína, medicación antibiótica profiláctica solamente en los casos de riesgo de colangitis, en algunos pacientes se utilizó sedación con la administración de diazepam (5 - 10 mg IV Durante la realización de la CTHP se buscaba la posibilidad de colocar un drenaje mixto y se decidía la vía de abordaje derecha o izquierda.

Los drenajes utilizados fueron con instalación de cateteres de tipo cola de cochino y en J, multifenestrados, con calibres 8, 10 y 12 Fr; mencionando que en algunos casos fueron elaborados al momento del procedimiento para hacerles fenestraciones de acuerdo a la longitud de la vía biliar a drenar y la comunicación de la diferentes porciones de la misma vía.

Se distribuyeron a los pacientes en 2 grupos:

GRUPO I: Pacientes con colocación de drenaje exclusivamente.

GRUPO II: Pacientes con colocación del drenaje más tratamiento quirúrgico posterior.

El control de los pacientes se realizó mediante el seguimiento clínico y de laboratorio a los 5, 10, 30, 60, 90, y 120 días posteriores a la

colocación del drenaje, así como el control colangiográfico al quinto día para valorar el grado de descompresión de la vía biliar.

Se solicitaban controles de Bilirrubinas (indirecta, directa e indirecta), Fosfatasa Alcalina (FA), Transaminasas (TGO y TGP), se le preguntaba al paciente con relación a su apetito, si presentaba o no astenia, adinamia, prurito, dolor en el sitio del cateter, si le permitía la deambulación o no, así como sus actividades personales y por otro lado contemplamos la vigilancia de las complicaciones tanto tempranas como tardías del procedimiento, dolor, fiebre, sangrado, sepsis, obstrucción o luxación del drenaje, infección del sitio de colocación del drenaje, etc.

Todos los datos obtenidos tanto clínicos, bioquímicos así como de calidad de vida se vaciaron en hojas de recolección de datos previamente diseñadas (Ver anexo).

7. RESULTADOS:

Se estudiaron a 28 pacientes de los cuales 12 fueron masculinos con una edad máxima de 74 años y una mínima de 30 años con una media (M) de 49.9 años y una desviación estándar (DS) de +/- 12.87 años (GRAFICA I). 16 correspondieron al sexo femenino con una edad máxima de 87 años y una mínima de 22 (M) de 59.9 años y una DS de +/- 17.98 años (GRAFICA II). Con un tiempo promedio de evolución de sus padecimientos en días para los hombres de 60.9 y una DS de +/- 38.5 y para las mujeres de 323.9 con una DS de +/- 593.7 días (GRAFICA III); cabe aclarar que se eliminaron a dos pacientes de 21 días y 4015 días respectivamente de este computo para poder realizar en forma mas precisa el calculo anterior.

Todos cursaban con ictericia obstructiva y dilatación de vías biliares corroborado por US, así mismo todos los pacientes contaban con los exámenes de laboratorio requeridos para la realización del estudio, a dos pacientes durante el procedimiento no se les pudo colocar el cateter de drenaje por que se evidencio la presencia de 3 o más vías biliares obstruidas.

Las causas de obstrucción fueron: Benignas.- a) Estenosis PostQx 2 hombres y 5 mujeres con los tiempos de evolución más largos correspondiendo a la paciente de 4015 días, b) Coledocolitiasis 1 hombre.

M a l i g n a s . - a)

Colangiocarcinoma de colédoco 4 hombres y 3 mujeres, b) Ca de cabeza de páncreas 3 hombres, c) Tumor de encrucijada (Klatskin) 2 hombres y 8 mujeres (GRAFICAS IV, V y VI).

Los tipos de drenajes colocados fueron: 14 drenajes externos y 12 drenajes mixtos, haciendo un total de 26, de los cuales 4 fueron de tipo en J y 22 de tipo cola de cochino; de estos drenajes instalados todos fueron únicos ya que en ninguno de los casos se colocó más de un drenaje por encontrarse drenando todas las vías biliares hacia los mismos (GRAFICA VII y VIII).

Todos los drenajes fueron instalados sobre vía biliar derecha. De los 14 drenajes externos 5 se dejaron localizados en la bifurcación de los conductos hepáticos y 9 en el colédoco, debido al sitio de la obstrucción que presentaban los pacientes. Todos los drenajes mixtos instalados a través de la vía biliar derecha, fueron llevados hasta el duodeno franqueando la obstrucción (GRAFICA IX).

De 26 pacientes, 19 correspondieron al Grupo I (drenaje percutáneo exclusivamente); 17 de ellos correspondiendo a patologías malignas y los 2 restantes con patologías benignas PO de derivaciones biliodigestivas.

En 3 pacientes con patología maligna se intento posteriormente la colocación de endoprotesis guiada a través del drenaje externo consiguiéndose en solo 2 de estos pacientes siendo retirado el drenaje externo a los 10 días posteriores a la colocación del mismo (TABLA I y GRAFICA X). Los 7 pacientes restantes corresponden al Grupo II (aquellos con colocación de drenaje y cirugía posterior). 4 de ellos con derivaciones biliodigestivas (Hepatoyeyunoanastomosis en Y de Roux, uno de ellos con prótesis de Alarcón), 1 paciente PO de revisión de VB y colocación de Sonda en T y un paciente PO de Colectomía, coledocotomía, RVB y Duodenotomía. Uno de los pacientes a quien se le realizó una derivación biliodigestiva, tenía el diagnóstico de Ca de cabeza de páncreas (TABLA I y GRAFICA XI).

A 7 de estos pacientes, se les dejó la sonda de drenaje percutáneo o sustituida por una sonda de Catell como protección y ferulización de la derivación realizada, a uno de estos pacientes se le luxó la sonda de coledocotomía en forma accidental al séptimo día sin ninguna

complicación posterior y un solo paciente de estenosis PostQx fue manejado sin la sonda de drenaje externo, la cual fue retirada durante el procedimiento quirúrgico.

Los tiempos en días en que estos pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente posterior a la instalación del drenaje percutáneo fueron 1 paciente a los 2 días, 4 pacientes a los 10 días y 3 pacientes al control de las 4 semanas.

Saliendo de la sala de radiología intervencionista se tomaba la tensión arterial de los pacientes y se vigilaba el funcionamiento inicial del drenaje, solo se observó en 12 pacientes la presencia de hipotensión que cedió con la administración de cargas de Solución Fisiológica al 0.9 %, representando el 46.1 % de los pacientes, 3 de ellos presentaron hemobilia que desapareció en dos casos a las 24 hr. posteriores a la instalación del drenaje; y en un solo caso hubo necesidad de la recolocación del mismo, un solo paciente tuvo como complicación datos de abdomen agudo, con descompensación importante de su estado. De los 26 pacientes a los que se les colocó el drenaje los 26 salieron de la sala con dolor a nivel de la parrilla costal derecha en el sitio de colocación del drenaje lo que equivale al 100 % (GRAFICA XII y TABLA II).

Como se mencionó anteriormente el seguimiento de los pacientes tanto clínica como bioquímicamente se realizó a los 5, 10, 30, 60, etc días respectivamente posteriores a la instalación del drenaje.

Fue valorado al inicio del estudio si el paciente tenía apetito o no de los cuales 23 pacientes (82 %) de los pacientes no lo tenían mientras que 5 si lo presentaban. En el primer control a los 5 días 15 pacientes (65 %) habían recuperado el apetito, en el segundo control a los 10 días 8 más lo habían recuperado (13 %) 1 paciente lo recuperó a los 30 días (4 %) y 4 pacientes no presentaron mejoría o fallecieron (17 %) (GRAFICA XIII y XIV).

Así mismo fue valorada la Astenia, 17 pacientes (61 %) presentaron astenia, mientras que 11 pacientes (39 %) no la presentaron. En el primer control a los 5 días, 4 pacientes (34 %) presentaban mejoría, a los 10 días 3 pacientes más mejoraron (29 %) y un paciente mejoró a los 30 días (6 %) mientras que en 7 (41 %) no hubo mejoría, llamando la atención que la mayoría de estos pacientes sin mejoría presentaban enfermedades malignas y solo tenían la colocación de un drenaje percutáneo externo (GRAFICA XV y XVI).

También fue valorada la adinamia presentando 18 pacientes (64 %) este síntoma, al primer control 3 pacientes (17 %) mejoraron, a los 10 días 6 pacientes más (33 %) y a los 30 días 2 más (11 %). En 7 pacientes (39 %) no hubo mejoría o fallecieron durante los controles (GRAFICA XVII y XVIII).

Uno de los síntomas más importantes de la ictericia obstructiva es el prurito el cual es muy intenso y con la colocación del drenaje se trato de paliar dicho síntoma. 21 pacientes (75 %) presentaban prurito de intensidad variable. A los 5 días posteriores a la colocación del drenaje 13 pacientes (63 %) refirieron desaparición del mismo. A los 10 días 4 pacientes más (19 %) y a los 30 días 2 más (10 %) refirieron la desaparición del mismo. En 2 pacientes no hubo mejoría de la sintomatología, uno fue el que presentó abdomen agudo y el otro falleció al segundo día de la colocación del drenaje (GRAFICA XIX y XX).

Otro de los parámetros valorados fue si el drenaje permitía la deambulacion de los pacientes o bien recuperaban la capacidad de la misma. 19 pacientes (68 %) deambulaban antes de la instalación del drenaje mientras que 9 pacientes (32 %) no lo hacían. Los 19 pacientes (100 %) que deambulaban continuarón realizándolo sin ser el drenaje

un impedimento para la deambulaci3n, mientras que de los pacientes que no deambulaban al primer control 2 pacientes (22 %) volvieron a caminar, a los 10 d1as 3 (33 %) y a los 30 d1as 1 paciente (11 %). 3 pacientes (33 %) no volvieron a caminar.(GRAFICA XXI y XXII).

Tambi3n fue valorado si el drenaje les permitia realizar sus actividades personales (el valerse por s1 mismos). Antes de la colocaci3n del drenaje 19 pacientes (68 %) pod1an valerse por s1 mismos. 9 pacientes (32 %) no se val1an por s1 mismos. Todos los pacientes que se val1an por s1 mismos pudieron seguir realizando sus actividades personales. De los 9 pacientes restantes a los 5 d1as posteriores a la colocaci3n 2 pacientes (22 %) recuperaban esta capacidad. A los 10 d1as 3 (33 %) y a los 30 d1as 1 (11 %). 3 pacientes (33 %) no volvieron a valerse por s1 mismos (GRAFICA XXIII y XXIV).

Se obtuvieron los controles bioqu1micos de bilirrubina directa, indirecta y total as1 como TGO, TGP y Fosfatasa Alcalina a los 5, 10, 30 y 60 d1as observ1ndose para cada sexo y en forma general (Ver Tablas III, IV, V, VI, VII y VIII).

Dentro de las complicaciones tard1as propias del drenaje percut1neo el dolor en el sitio de colocaci3n persisti3 en 10, pacientes (30.4 %). Hubo salida accidental del drenaje solamente en un solo

paciente del Grupo II. 3 pacientes (11.5 %) presentaron obstrucción del drenaje, uno con patología maligna a los 45 días posteriores a la instalación y dos con patologías benignas a los 50 y 54 días requiriéndose recambio del mismo para los tres. 3 pacientes (11.5 %) presentaron sepsis. No se observó como complicación la luxación del drenaje, ni la presencia de absceso de pared en el sitio de salida del drenaje (TABLA IX, GRAFICA XXV).

En cuanto a la mortalidad en los pacientes con patología maligna la cual fue inherente a esta, excepto en el paciente con abdomen agudo y hemobilia, que falleció al 60 día posterior a la colocación del drenaje, fue de : 1 paciente al segundo día, 4 pacientes a los 10 días, 6 pacientes a los 30 días y 7 pacientes se perdieron o fallecieron en el período comprendido de los 30 a los 60 días. Los 8 pacientes restantes con patología benigna a quienes se les colocó el drenaje, a 6 de ellos se les intervino quirúrgicamente; a los 2 restantes solo se les colocó el drenaje percutáneo externo continuando aún en vigilancia.

8. DISCUSION DE RESULTADOS

En los últimos diez años la instalación de drenajes biliares percutáneos ha tenido una aceptación generalizada en la mayoría de los centros hospitalarios.(1,3,4-15) La Colangiografía Transhepática Percutánea (CTP) que fue descrita hace 30 años como método de estudio de la ictericia obstructiva (1) se hizo en los 70's un método seguro con la introducción de la aguja de Chiba en Japón (19) lo que permitió el desarrollo de una técnica para la colocación de drenajes biliares percutáneos (1,3,4,19).

En un estudio retrospectivo sobre Síndrome Ictérico comprendido de Enero de 1980 a Diciembre de 1989 en el Servicio de Gastroenterología del Hospital General de México, no se reporta la utilización de la CTP como método diagnóstico, ni la utilización del drenaje biliar percutáneo como tratamiento en el Síndrome icterico por lo que se realizó este estudio para ver la utilidad del drenaje biliar percutáneo (19).

Se realizó la colocación de 26 drenajes biliares percutáneos de 28 intentados, en un periodo comprendido de 19 meses. 12 pacientes fueron

del sexo masculino y 14 del sexo femenino con una edad media de 59.9 años y 49.9 años respectivamente. siendo las edades similares a las observadas en reportes previos (5,8,11,12). El 100% de los casos con ictericia obstructiva y con dilatación de vías biliares intrahepáticas más de 5mm. En 2 casos el intento fue fallido representando el 92.8 % de éxitos contra un 7.2% de fracasos para la colocación del mismo. Este porcentaje es similar a lo reportado por la literatura, llegando en algunos casos a ser hasta en un 95% en manos expertas (1,5-14,20).

Se colocaron 18 drenajes en patologías malignas y 8 drenajes en patologías benignas, que corresponden al 69% y 31% respectivamente lo cual se correlaciona con lo reportado por la literatura en donde la principal indicación es la obstrucción maligna de la vía biliar (1,5-10) los cuales reportan que la mayor indicación estaba en las obstrucciones malignas variando en los diferentes reportes de un 100 a un 51.6 % para patologías malignas así como del 49 al 1 % en patologías benignas (1,5-10).

En los casos benignos en los que se indicó la colocación del drenaje biliar una vez obtenido el Dx por CTP fue: a) Para mejorar las condiciones clínicas del paciente en forma preoperatoria b) como tratamiento coadyuvante quirúrgico utilizando la vía percutánea como ferulización en las derivaciones biliodigestivas realizadas, c) como

tratamiento permanente en 2 casos de derivación biliodigestiva y la presencia de Insuficiencia hepática avanzada d) como método para dilatación de estenosis postquirúrgicas de derivación biliodigestiva en un caso con catéteres de angioplastia y e) para la extracción de litos recidivantes por este medio, con buen resultado en casi todos ellos, excepto la salida en forma accidental de la sonda de Cattell en una de los pacientes PO pero sin presentar complicaciones, así mismo los periodos más largos de observación del funcionamiento del catéter corresponden a 2 pacientes de este grupo y que ya han sido mencionados previamente.

El 54% fueron drenajes con función externa y el 46% con función mixta, esto demuestra una igualdad en los 2. Mientras la causa de obstrucción permita ser franqueada deberá preferirse la función mixta o interna de dicho drenaje, tanto para mejorar el estado general del paciente así como para poder servir de guía en un segundo intento para la colocación de endoprótesis de ser necesario (1,5-10). En nuestro estudio fue útil en 2 pacientes en quienes se había ya intentado la colocación de endoprótesis, como guía para la colocación de está. Así mismo 4 de los drenajes mixtos fueron instalados en un primer tiempo y los 8 restantes fueron colocados en el control de los 5 días como segundo tiempo, concordando con la literatura acerca de que en un segundo

intento en la mayoría de los casos en los cuales no pudo franquearse la obstrucción en el primer intento el segundo puede ser exitoso (1,5-10).

En los 8 pacientes del grupo II (Drenaje biliar externo + cirugía posterior) además de proporcionar el diagnóstico eliminó la hiperbilirrubinemia y en consecuencia el mejoramiento clínico, siendo de gran ayuda en el transoperatorio para la identificación y manipulación de la vía biliar común así como la utilización posterior como ferula para protección de la anastomosis biliodigestiva. Solo se tiene conocimiento de 2 fallecimientos en 0 este grupo 1 el que correspondía a la patología maligna por Ca de cabeza de páncreas y el otro de una derivación biliodigestiva que se complicó con sepsis abdominal no sabemos si estuvo relacionado o no a la presencia de la sonda del drenaje pues en el hallazgo de autopsia presento dehiscencia de la anastomosis biliodigestiva. Hatfield y Terblanche (20) refieren que el drenaje no influye en la morbilidad y mortalidad peroperatoria, exclusivamente mejora la hiperbilirrubinemia, mientras que la mayoría de los reportes demuestran utilidad en la disminución de la morbilidad y mortalidad operatoria así como una referencia de ayuda en el transoperatorio en los casos de patología benigna aunque el riesgo de sépsis en algunos de los reportes es elevado.(5,8-10,13,15,20)

Una de las consecuencias más importantes de la hiperbilirrubinemia e Ictericia es el prurito, el cual fue eliminado en el 92% de los pacientes que presentaron este síntoma, en el 63% de estos pacientes fue casi inmediata la resolución de este síntoma mientras que en el 29% restante fue de forma paulatina , el 8% restante no mejoró siendo los pacientes con padecimientos malignos más avanzados y con más mal estado general.

Así mismo la mejoría observada en el apetito, astenia y adinamia se correlaciono conforme fue desapareciendo el prurito. Hay que hacer mención con respecto al apetito que mejoraron en su totalidad los pacientes con drenajes mixtos y algunos con drenaje externo, siendo esta otra de las causas por lo que se prefieren los primeros. Así mismo con respecto a sus actividades personales y el valerse por sí mismos el drenaje externo no fue impedimento para realizarlas, aunque notamos que los pacientes en quienes posteriormente fue colocada la endoprótesis y se les retiro el drenaje externo se vieron mas optimistas con respecto a su padecimiento en contra de los que se quedaron exclusivamente con el drenaje externo tanto de función externa como mixta, esta valoración fue meramente subjetiva. Aún así la mayoría de los pacientes con mayor sobrevida se mostró con mejor calidad de vida comparándola a la que tenia antes de la colocación del drenaje y que en nuestro estudio lo

valoramos por los parámetros antes referidos, no tenemos un estudio previo que nos sirva como punto de comparación pero pudimos constatar esta mejora en la calidad de vida.

Como se observa en los resultados bioquímicos de los controles de las bilirrubinas estas fueron disminuyendo si no en una forma geométrica si en forma continua, aunque no se observó regresión en ninguno de los parámetros a niveles normales, esta observación concuerda por lo observado en otros estudios (1,5-9, 13,14) siendo nuestra máxima cifra de bilirrubina total observada de 21.6 mg/dl en hombres y de 20.9 mg/dl en mujeres reduciendo en el último control a 5.4 mg/dl en hombres y 6.3 mg/dl en mujeres con sus respectivas desviaciones estándar estando por debajo de 2mg/dl los últimos controles de los pacientes con patologías benignas aun con su catéter a los 60 días de control. La diferencia que observamos con respecto a la literatura es que la fosfatasa alcalina no disminuyó en la forma en que esta descrita en los diversos reportes (1,5- 9,13,14); lo que se debió posiblemente a 2 razones; la primera a que la mayoría de los pacientes presentaban patología maligna y no presentaron disminución de las cifras lo que podría utilizarse como factor pronóstico para la supervivencia de estos y segundo a que los pacientes de los últimos controles presentaban estenosis de las derivaciones biliodigestivas o la presencia de los cálculos residuales por

lo que se perpetuaba la obstrucción y por tanto la colestasis, persistiendo elevada la FA a pesar del drenaje.

Las complicaciones observadas dentro del estudio, las dividimos en tempranas y tardías, así como menores y mayores, siendo la más frecuente el dolor en el sitio de salida del catéter tanto en forma temprana en un 100 % , como tardía en el 38.4 % de los casos; en la mayoría de los reportes no se menciona al dolor como complicación (1,3-15), por lo que lo consideramos como complicación menor. Así mismo 3 pacientes presentaron hemobilia (11.5%) y 1 paciente abdomen agudo en forma temprana (primeras 48 hr postcolocacion del drenaje), considerándose como complicaciones mayores; En forma tardía (72 hr posterior y los siguientes controles): 3 pacientes (11.5%) presentaron obstrucción del drenaje, 3 con sépsis (11.5%) , no observamos luxación del drenaje ni presencia de absceso, así como la presencia de fistulas arteriovenosas que en algunos reportes se han mencionado como causas de complicación aunque en un porcentaje bajo (1.4% al 3.2%) , algunas importantes y graves que en algunos casos se mencionan como causa de muerte (1,3-15).

La mortalidad observada es comparable a los reportes, pues hasta un 33.3% de los pacientes con patologías malignas fallecieron a los 30

días posteriores a la colocación del drenaje, (5-10,13,14,20) por lo que no mejora la sobrevida de los mismos. Como se menciona anteriormente están en desacuerdo algunos autores aunque la mayoría esta a favor de que se mejoran tanto las condiciones clínicas del enfermo en forma preoperatoria como en la morbilidad y mortalidad quirúrgica. En nuestro estudio observamos que la mayoría de los pacientes, en los casos de malignidad presentaban un estado avanzado y que cuando eran enviados para la colocación del drenaje este era solo con el fin de ofrecer un diagnóstico más exacto y mejorar dentro de lo posible sus condiciones generales de vida.

Así mismo observamos que la permanencia del catéter con los cuidados adecuados puede ser en forma indefinida pues los 2 controles al momento del presente reporte, tienen un tiempo posterior a la colocación del drenaje de 3 y 7 meses respectivamente, sin ninguna complicación importante, solo se han cambiado los catéteres cada 2 meses y han servido como guía para la extracción de litos, así como para la dilatación de estenosis postquirúrgica manteniéndolos con buena calidad de vida.

9. CONCLUSIONES:

1) LA COLANGIOGRAFIA TRANSEHEPATICA PERCUTANEA ES UN METODO SEGURO DE DIAGNOSTICO DENTRO DEL HGM S.S.

2) LA COLOCACION DE DRENAJES BILIARES EXTERNOS POR ESTE MEDIO SON HASTA EN UN 93% POSIBLE DE LOS CASOS CONTRA UN 7% EN QUE NO SE PUEDEN COLOCAR.

3) SON UN METODO ALTERNATIVO IMPORTANTE EN EL MANEJO DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN EL HGM S.S.

4) MEJORAN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES, MEJORANDO SU APETITO EN LOS CASOS DE DRENAJES MIXTOS PERMITIENDOLES DESARROLLAR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

5) SON UTILES PARA MEJORAR LAS CONDICIONES PREOPERATORIAS EN LOS PACIENTES TANTO EN PATOLOGIAS BENIGNAS COMO MALIGNAS, ASI COMO EN EL MANEJO TRANSOPERATORIO DE LOS MISMOS.

6) MEJORAN EL SINTOMA MAS IMPORTANTE DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA, EL PRURITO HASTA EN UN 90% DE LOS CASOS, TANTO EN PATOLOGIAS MALIGNAS COMO BENIGNAS.

7) NO ALARGAN EL TIEMPO DE SOBREVIDA DE LOS PACIENTES CON PATOLOGIAS MALIGNAS.

8) LAS COMPLICACIONES OBSERVADAS SON SIMILARES TANTO EN PRESENTACION COMO EN PORCENTAJE A LOS DE LA LITERATURA

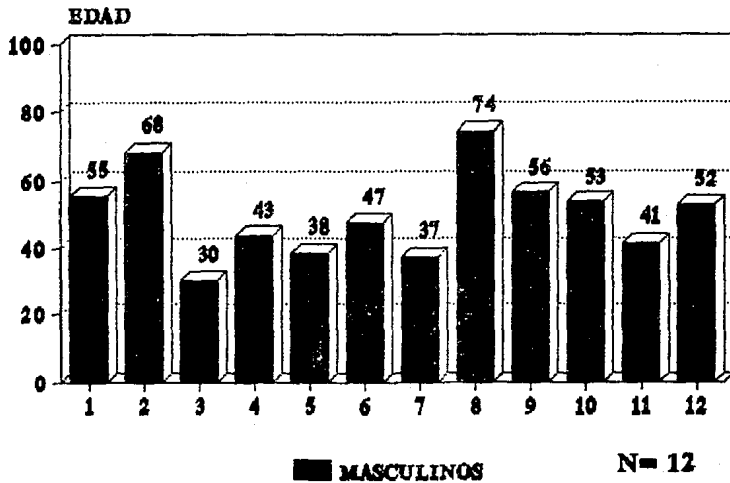
9) DEBEN DE SER LLEVADO A CABO MAYOR NUMERO DE PROCEDIMIENTOS POR ESTE MEDIO EN ESTE HOSPITAL PUES EL NUMERO DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL POR AÑO ASI LO INDICA.

10) EN LA INSTALACION DEL DRENAJE BILIAR PERCUTANEO SE DEBERA DE TRATAR DE FRANQUEAR LA OBSTRUCCION CON EL FIN DE HACERLO MIXTO, ESTO TRATANDO DE BUSCAR FUNCIONALIDAD EN FORMA INTERNA, ADEMAS DE CONSERVAR LA COMUNICACION EXTERNA PARA EVITAR LA OBSTRUCCION DEL DRENAJE.

10. APENDICES Y ANEXOS

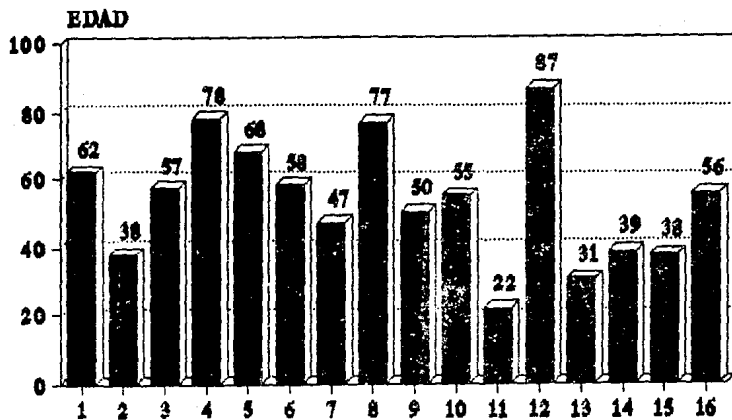
GRAFICA I

GRUPOS DE EDAD



EDAD PROM 49.9a
D/S 12.8a

GRAFICA II GRUPOS DE EDAD



■ FEMENINOS

N= 16

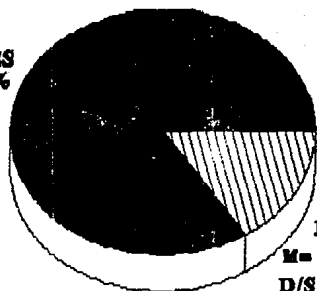
EDAD PROM 59.9a

D/S 17.9a

GRAFICA III

TIEMPO DE EVOLUCION

MUJERES
M= 323.9 84%
D/S +/- 593.7 d

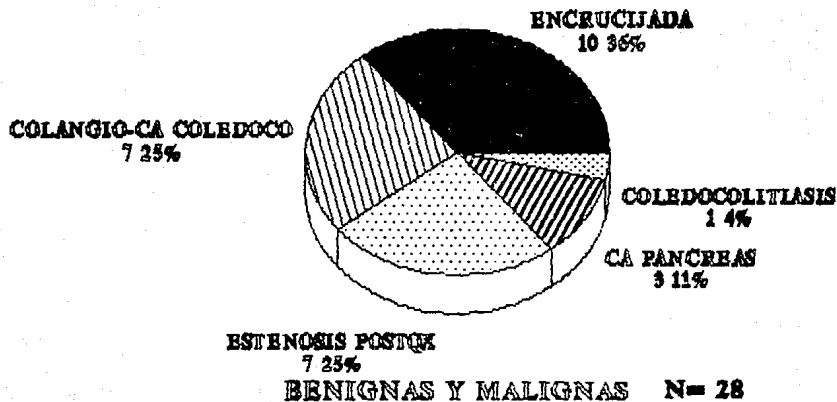


HOMBRES
M= 60.9 16%
D/S +/- 38.5 d

DIAS DE EVOLUCION

GRAFICA IV

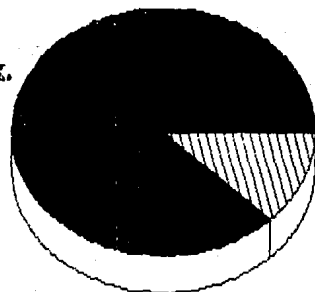
CAUSAS DE OBSTRUCCION



GRAFICA V

CAUSAS DE OBSTRUCCION

ESTENOSIS POST-OP.
7 88%



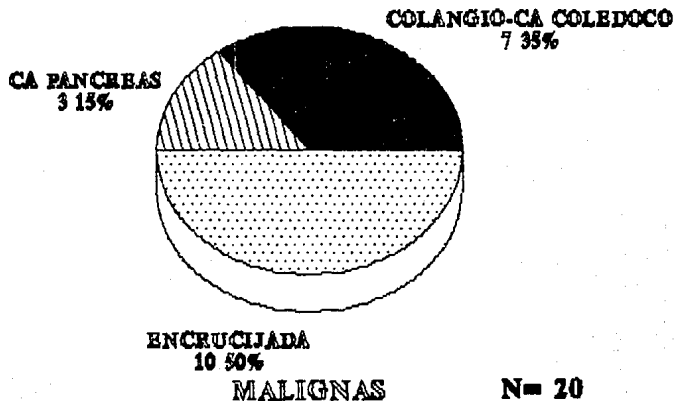
COLEDOCOLITIASIS
1 13%

BENIGNAS

N=8

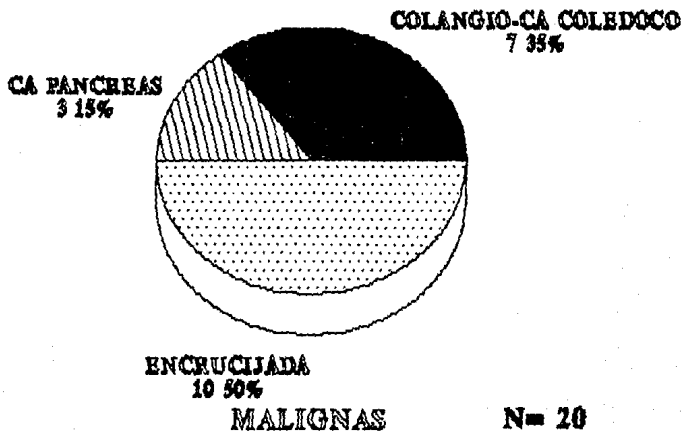
GRAFICA VI

CAUSAS DE OBSTRUCCION



GRAFICA VI

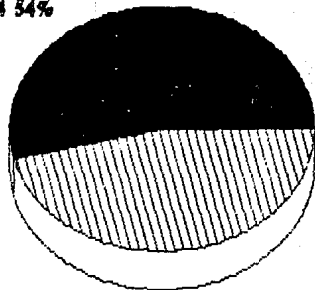
CAUSAS DE OBSTRUCCION



GRAFICA VII

DRENAJES

DRENAJES EXTERNOS
14 54%



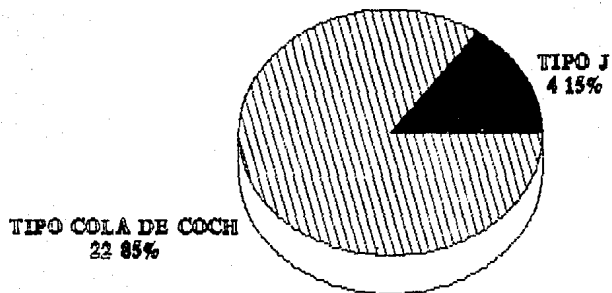
DRENAJES MIXTOS
12 46%

TIPOS DE DRENAJE

N=26

GRAFICA VIII

DRENAJES

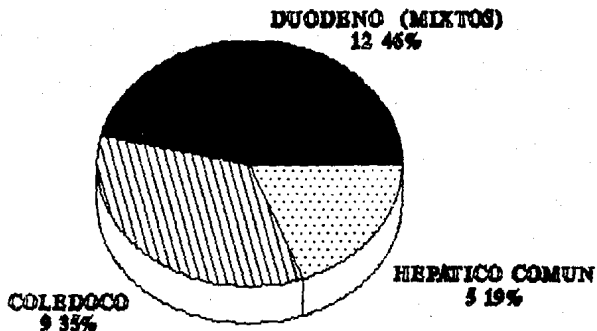


TIPOS DE CATETER

N=26

GRAFICA IX

DRENAJES



SITIOS DE COLOCACION

N= 26

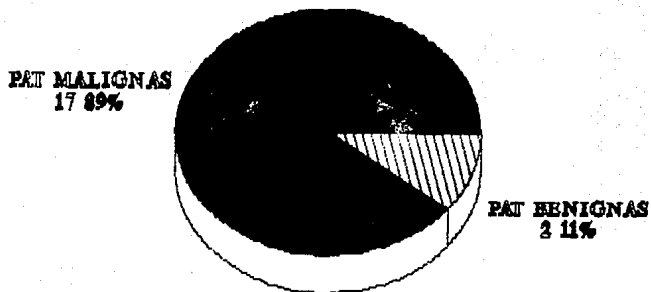
TABLA I
GRUPOS DE PACIENTES

No PACIENTES

GRUPO I (DRENAJE)	19
GRUPO II (DREN + Q_x)	7
TOTAL	26

GRAFICA X

DRENAJES

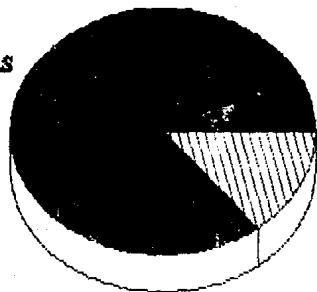


GRUPO I

N= 19

GRAFICA XI DRENAJES

BENIGNAS
6 85%



MALIGNAS
1 14%

GRUPO II

GRAFICA XII

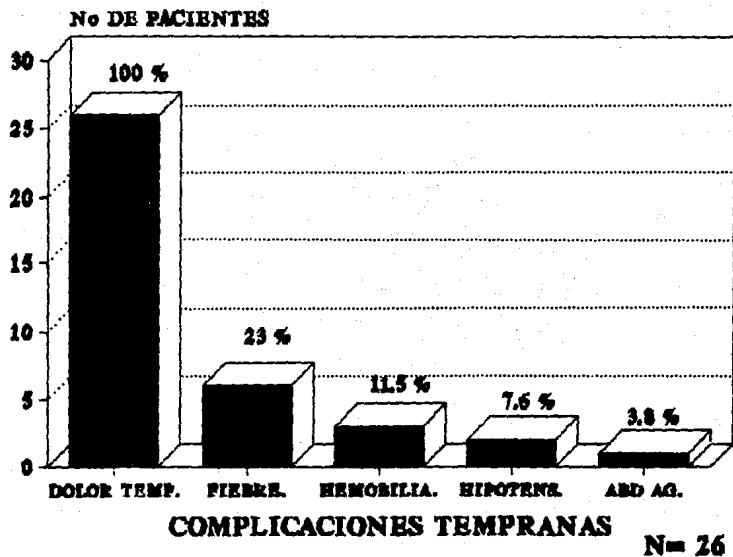


TABLA II
COMPLICACIONES TEMPRANAS

- 53 -

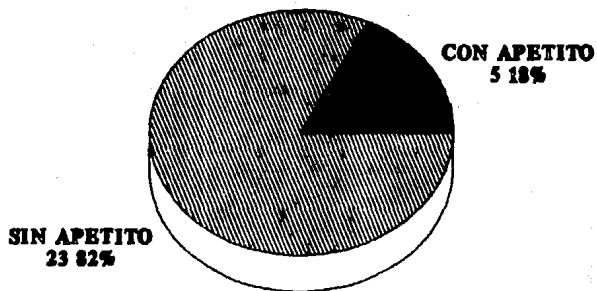
	No PACIENTES	%
HEMOBILIA	3	11.5 %
HIPOTENSION	2	7.6 %
ABDOMEN AGUDO	1	3.8 %
DOLOR POST-INST	26	100 %

N=26

GRAFICA XIII

CALIDAD DE VIDA

- 54 -



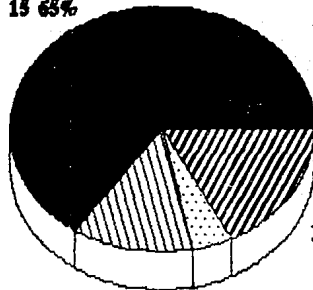
APETITO * INICIO *

N=28

GRAFICA XIV CALIDAD DE VIDA

- 55 -

5 DIAS
15 65%



10 DIAS
3 13%

30 DIAS
1 4%

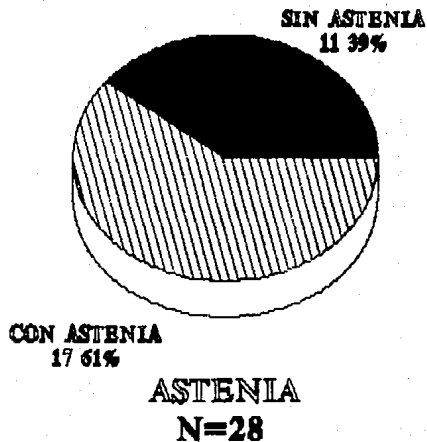
No Mejoria
4 17%

MEJORIA DEL APETITO
N=23

GRAFICA XV

CALIDAD DE VIDA

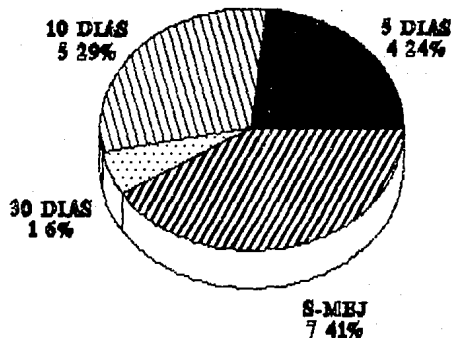
- 56 -



GRAFICA XVI

CALIDAD DE VIDA

- 57 -

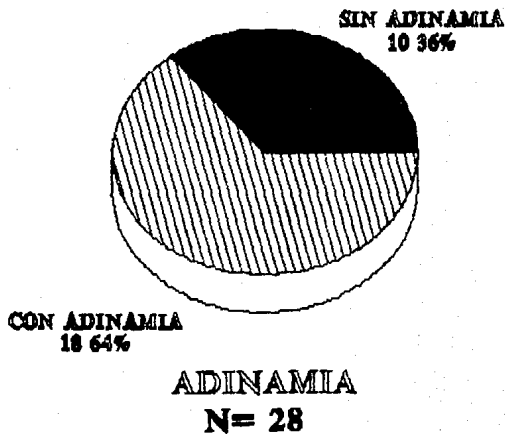


SIN ASTENIA
N=17

GRAFICA XVII

CALIDAD DE VIDA

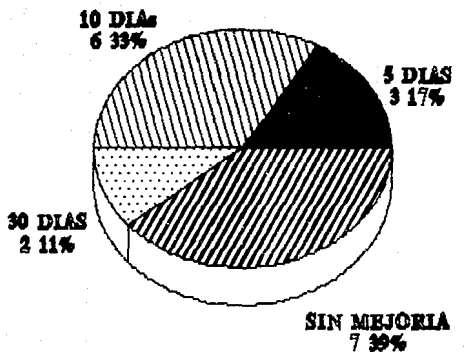
- 88 -



GRAFICA XVIII

CALIDAD DE VIDA

- 59 -

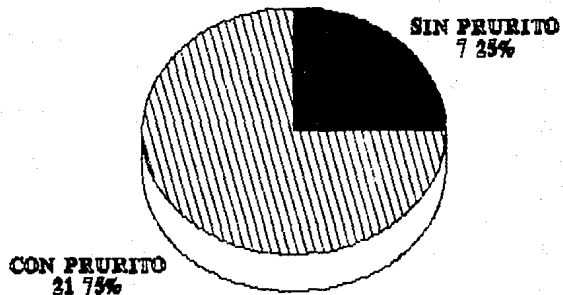


DESAPARICION ADINAMIA
N= 18

GRAFICA XIX

CALIDAD DE VIDA

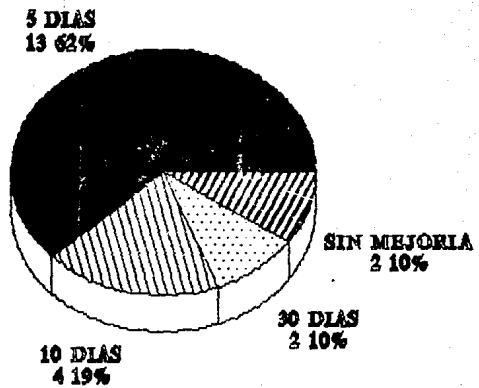
- 09 -



PRURITO
N=28

GRAFICA XX CALIDAD DE VIDA

- 19 -

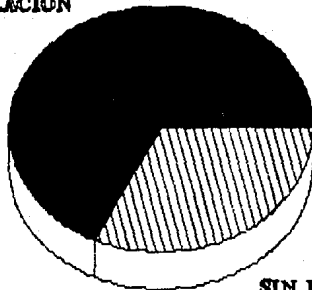


DESAPARICION PRURITO
N=21

GRAFICA XXI

CALIDAD DE VIDA

CON DEAMBULACION
19 68%

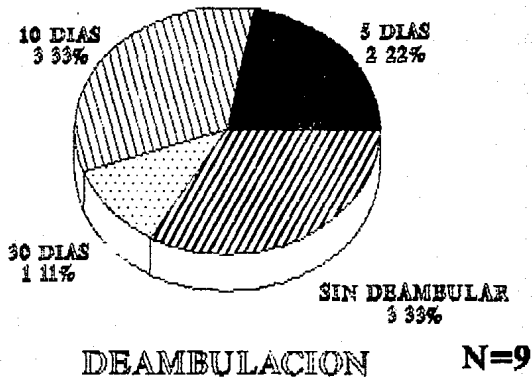


SIN DEAMBULACION
9 32%

DEAMBULACION
N=28

GRAFICA XXII

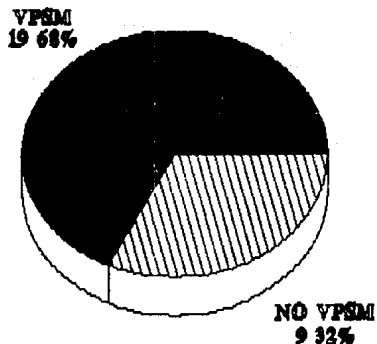
CALIDAD DE VIDA



GRAFICA XXIII

CALIDAD DE VIDA

- 64 -



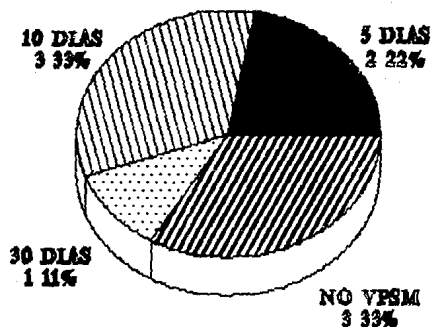
ACTIVIDADES PERSONALES
N=28

VPSM= Actividades personales.

GRAFICA XXIV

CALIDAD DE VIDA

- 65 -



ACTIVIDADES PERSONALES
N=9

VPSM= actividades personales.

TABLA III
CONTROL BILIRRUBINAS

	HOMBRES	MUJERES
BIL/IND	M/DS	M/DS
BASAL	4.4/2.7	6.1/3.6
5 DIAS	4.5/2.9	3.8/2.9
10 DIAS	2.5/2.0	2.8/1.7
30 DIAS	1.5/0.9	2.0/1.5
60 DIAS	-----	1.5/1.4

M-MEDIA
DS-DEVIACION ESTANDAR

TABLA IV
CONTROL BILIRRUBINAS

BIL/DIR	HOMBRES	MUJERES
	M/DS	M/DS
BASAL	17.3/9.0	15.6/6.6
5 DIAS	11.6/5.8	11.9/6.2
10 DIAS	7.01/4.4	8.0/4.2
30 DIAS	3.8/2.4	7.5/5.2
60 DIAS	2.9/2.0

N= MEDIA

DS=DESVIACION STANDAR

TABLA V CONTROL BILIRRUBINAS

	HOMBRES	MUJERES
BIL/TOT	M/DS	M/DS
BASAL	21.6/11.2	20.9/9.2
5 DIAS	15.3/7.8	15.8/8.4
10 DIAS	9.5/6.2	10.7/5.7
30 DIAS	5.4/3.3	7.7/4.3
60 DIAS	6.3/4.7

M= MEDIA

DS= DESVIACION ESTANDAR

TABLA VI CONTROLES TGO

	HOMBRES M/DS	MUJERES M/DS
BASAL	130.3/90.9	109.6/62.0
5 DIAS	85.0/46.3	113.0/101.8
10 DIAS	88.8/53.5	120.2/100.4
30 DIAS	77.3/2.3	95.8/70
60 DIAS	97.3/87.1

M= MEDIA

DS= DESVIACION STANDARD

ESTA TESIS NO DEBE
 SALIR DE LA BIBLIOTECA

TABLA VII
CONTROLES TGP

	HOMBRES M/DS	MUJERES M/DS
BASAL	102.0/57.5	79.7/37.0
5 DIAS	77.5/41.0	72.0/40.8
10 DIAS	74.2/50.6	82.7/50.3
30 DIAS	65.3/62.2	74.4/47.0
60 DIAS	-----	75/19

M= MEDIA

DS= DESVIACION STANDARD

TABLA VIII

CONTROL FOSFATASA ALCALINA

	HOMBRES M/DS	MUJERES M/DS
BASAL	393/152.3	427.5/186.9
5 DIAS		
10 DIAS	297.8/240.1	347.3/234.1
30 DIAS	167.7/34.2	335.9/187.9
60 DIAS	315.3/183.8

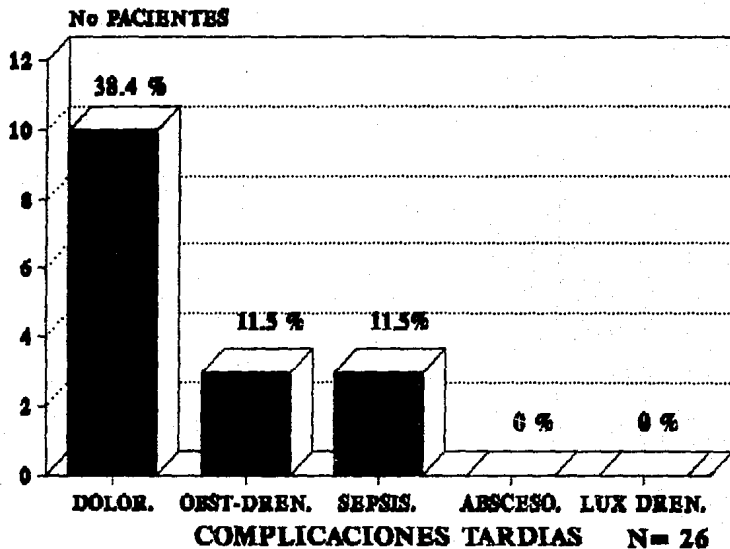
M= MEDIA

DS= DESVIACION STANDARD

TABLA IX
COMPLICACIONES TARDIAS

	No PACIENTES	%
DOLOR	10	38.4
OBST-DREN	3	11.5
SEPSIS	3	11.5
ABSCESO	0	0
LUX-DREN	0	0

GRAFICA XXV



PROCOLO: INSTALACION DE DRENAJES BILIARES PERCUTANEOS EN PACIENTES CON ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

NOMBRE: _____ EDAD _____ SEXO _____ EXP _____
 OCUPACION _____ ORIGEN _____

ANTECEDENTES:

HF: I. HEMOLITICA _____ LITIASIS _____ NEOPLASIAS _____
 HEPATOPATIAS _____
 PNP: MEDIO SOCIOECONOMICO: B _____ M _____ A _____
 TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____
 PP: ALERGICOS _____ QX. _____ TRANSFUNCIONALES _____
 TRAUMATICOS _____ ICTERICIA _____ INGESTA DE MEDI _____
 CAMENTOS _____ HEPATITIS _____ OTROS _____
 GO: G _____ P _____ C _____ A _____ CICLOS _____ FUR: _____
 LACTANCIA _____ HORMONALES _____
 PA: INICIO SINTOMAS _____ ICTERICIA _____
 COLURIA _____ HIPOCOLIA _____ MALESTAR GRAL. _____
 P. PESO _____ DOLOR C.S.D. _____ MASA ABDOMINAL _____
 PRURITO _____ FIEBRE _____ HIPOGLICEMIA _____ ESTEATORREA _____
 OTROS: _____

E.F.: ICTERICIA _____ DATOS ENCEFALOPATIA HEPATICA _____

ADENOMEGALIAS _____
 EDEMA _____ ASCITIS _____ HEPATOMEGALIA _____
 ESPLENOMEGALIA _____ GINECOMASTIA _____ INSUFICIEN _____
 CIA HEPATICA _____ SANGRADOS _____
 MASA ABDOMINAL _____ TACTO RECTAL _____
 OTROS _____

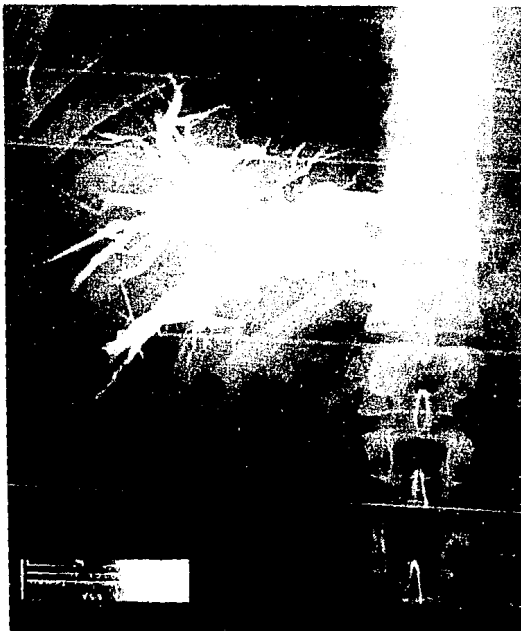
LAB. (INGRESO) HB _____ HTO _____ LEUCOS _____
 DIFERENCIAL _____
 GLUCOSA _____ BUN _____ CREAT. _____ AC. URICO _____
 PROT. TOTALES _____ ALB. _____ GLOB. _____ REL. A/G _____
 _____ BD _____ BI _____ COLEST _____ TGO _____ TGP _____
 F. ALKALINA _____ PERFIL LIPIDOS _____
 TT _____ TP _____ FIBRINOGENO _____ LISIS EUGLOB. _____
 PLAQUETAS _____

GABINETE:
 TELE TORAX _____
 PSA _____
 SEGD _____
 US ABDOMINAL _____
 GAMAGRAFIA _____
 TAC _____
 CPTX _____
 CTP _____

CONTROLES

	5 DIAS	10 DIAS	4 SEM	8 SEM	12 SEM	16 SEM
Dilat. V.B.						
Permeabil. drenaje						
B.D.						
B.I.						
F. Alkalina.						
T.G.O.						
T.G.P.						
Q.S. _____						

PESO						
APETITO						
ASTENIA						
ADINAMIA						
PRURITO						
DOLOR						
<u>CALIDAD DE VIDA</u>						
Deambulacion						
Trabajo						
Social						
Ac. Personales						
<u>COMPLICACIONES</u>						
<u>INMEDIATAS</u>						
Fiebre -----						
dolor -----						
abdomen agudo -----						
<u>TARDIAS</u>						
Colangitis -----						
Obstruccion del dren. +-----						
Luxacion del drenaje. +-----						



FOTOGRAFIA No 1
IMAGEN DE CARCINOMA DE ENCRUCIJADA BILIAR
QUE MUESTRA LA ZONA DE OBSTRUCCION A NIVEL
DEL HEPATICO COMUN , DILATACION DE VB Y LA
PRESENCIA DEL DRENAJE EXTERNO * VER FLECHA *



FOTOGRAFIA No 2
IMAGEN DE CARCINOMA DE HEPATICO COMUN CON
PRESENCIA DE LITO EN PORCION DISTAL DE CO-
LEDOCO. COLOCACION DE DRENAJE BILIAR EXTER-
NO.



FOTOGRAFIA 3a
COLANGIOGRAFIA PERCUTANEA DEMOSTRANDO SITIO DE
OBSTRUCCION PARCIAL EN COLEDOCO POR CARCINOMA
CON DILATACION DE VIAS BILIARES.



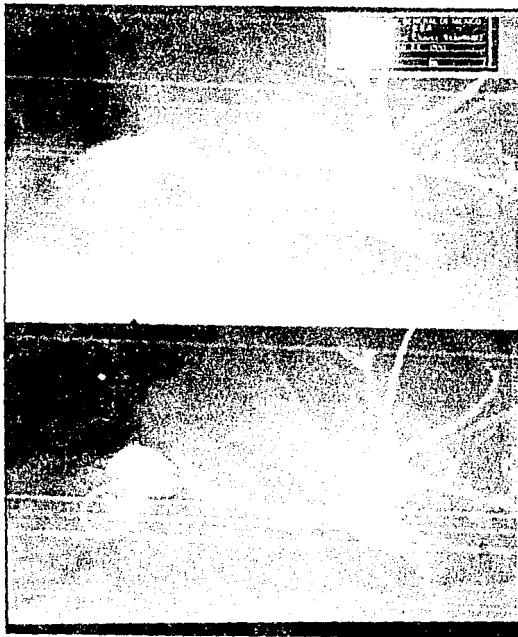
FOTOGRAFIA 3b
EL MISMO CASO MOSTRANDO LA FORMA EN QUE QUEDA
INSTALADO EL DRENAJE BILIAR MIXTO, LOGRANDO
FRANQUEAR LA OBSTRUCCION.



FOTOGRAFIA 3c
DRENAJE MIXTO DEL MISMO CASO EN FASE DE VACIA-
MIENTO DE LAS VIAS BILIARES.



FOTOGRAFIA 4
DRENAJE BILIAR EXTERNO TIPO COLA DE COCHINO CON
PORCION DISTAL EN LA ZONA DE OBSTRUCCION DEL CO-
LEDOCO POR PRESENCIA DE CARCINOMA DE PANCREAS.



FOTOGRAFIA 5
CASO DE ESTENOSIS POSTQX DE DERIVACION BILIODI-
GESTIVA CON PRESENCIA DE LITOS RECIDIVANTES EN
EL CUAL SE LOGRO FRANQUEAR LA OBSTRUCCION INS-
TALANDO DRENAJE BILIAR MIXTO.



FOTOGRAFIA 6
CASO DE ESTENOSIS POSTQX DE DERIVACION BI-
LIODIGESTIVA CON PROTESIS DE ALARCON Y LI-
TIASIS RECIDIVANTE EN EL QUE SE INSTALO DRE-
NAJE BILIAR MIXTO.



FOTOGRAFIA 7a
CASO DE ESTENOSIS POSTQX DE PORCION MEDIA DE
COLEDOCO, OBSERVADA MEDIANTE LA CTP.



FOTOGRAFIA 7b
CASO ANTERIOR EN EL CUAL SE LIBRO LA OBSTRUCCION Y SE INSTALA DRENAJE BILIAR MIXTO.



FOTOGRAFIA 8
CASO DE COLECISTO/COLEDOCOLITIASIS, EN EL CUAL
SE INSTALO DRENAJE BILIAR MIXTO COMO PROCEDI-
MIENTO PREQUIRURGICO PARA MEJORAR LAS CONDICIONES
DEL PACIENTE.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) HAGENMULLER F AND SOEHENDRA N. Drenaje biliar no quirurgico. Clinica gastroenterologica 11/1 CAP 12 pp 301-320 Ed Salvat. 1988.
- 2) HUARD P, DO XUAN HOP. La ponction transhepatique des canaux biliarics. Bull Med Chirurg Indoch 1937;62, pp 1090.
- 3) OKUDA K, TANAKAWA K. Eunure nonsurgical phercutaneus transhepaticocolangiography - Diagnostic significance in medical problems of the liver. Am J Dig Dis 1974;19:21
- 4) MOLNAR W AND STOCKUM AE. Rolief of obstructive jaundice trough percutaneus transhepatic catheter a new therapeutic method. Am J Roentgenol 122; 356: 1974
- 5) HAMLIN JA, FRIEDMAN M, STEIN MG, BRAY JF. Percutaneus biliary drainage: complications of 118 consecutive catheterizations. Radiology 1986; 158: 199-202.
- 6) LAMMER J, NEUMAYER K. Biliary drainage endoprosthesis experience with 201 placements., Radiology 1986; 159:625-629.
- 7) MENDEZ G, ET AL. Abandoment of endoprosthetic drainage technique in malignant biliary obstruccion. AJR sept 1984 143: 617-622

- 8) STANLEY J, GOBIEN RP ET AL. Biliary descompresion : an institutional comparison of percutaneous and endoscopic methods. Radiology 1986; 158: 195-197.
- 9) HANSSON JA, HOEVELS J ET AL. Clinical aspects of nonsurgical percutaneous transhepatic bile drainage in obstructive lesions of the extrahepatic bile ducts. Ann Surg Enero 1979; 189: 1 pp 58-61
- 10) FERRUCCI JT, MUELLER PR, HARBIN WP. Percutaneous transhepatic biliary drainage: technique, results and applications. Radiology 1980; 135:1-3.
- 11) CLOUSE ME, EVANS D, ET AL. Percutaneous transhepatic biliary drainage: complications due to multiple duct obstructions. Ann Surg. Julio 1983; 198:1 (25-29).
- 12) DRUY EM, MELVILLE GE, Obstructed hepatic duct bifurcation: descompresion via single percutaneous tract. AJR Julio 1984; 143: 73-76.
- 13) DONDELINGER R.F., ROSSI P, KURDZIEL J.C. WALLACE S.(ED) INTERVENTIONAL RADIOLOGY 1990., Thieme Medical Publishers, INC New York NY.
- 14) FERRUCCI J.T. WITTENBERG J., MUELLER P.R., SIMEONE J.F (ED) INTERVENTIONAL RADIOLOGY of the ABDOMEN 2nd ed. ED Williams & WILKINS, BALTIMORE 1985.
- 15) CLASSEN M, SCHREIBER, H W: Alteraciones de las vias biliares. Clinica Gastroenterologica Vol 11/1 PP 285-300 ED SALVAT 1985.
- 16) L. TESTUT, A. LATARJET. Tratado de Anatomia Humana. TOMO IV. Ed. 1984. Editorial Salvat. Barcelona España.

- 17) FROMMHOLD W. FROMHHOLD H. Radiologia del tracto biliar (ANATOMIA) en RADIOLOGIA DEL TRACTO DIGESTIVO. Margulis Alexander R. Cap 49 pp 1228-1230. Ed SALVAT 1977.
- 18) OSORIO R.M. Síndrome Ictérico estudio retrospectivo de 10 años en la unidad de Gastroenterología del Hospital General de México S.S (TESIS DE POSTGRADO) Feb 1991. U.N.A.M.
- 19) NAKAYAMA T., IKEDA A., OKUDA K., Percutaneous transhepatic drainage of the biliary tract. Gastroenterology 1978;74: 554-559.
- 20) HATFIELD A., TERBLANCHE J., Preoperative biliary drainage: a controlled trial in non-operative biliary drainage. 1982. ED Classen, M Kawai