

1120957  
31



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIO DE POSTGRADO  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL  
"MANUEL AVILA CAMACHO"**

**CIRUGIA PALIATIVA EN LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA  
MALIGNA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"MANUEL AVILA CAMACHO" REVISION DE 2 AÑOS**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:  
CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**  
**DR. FRANCISCO JAVIER PACHECO MENDEZ**



**IMSS**

**PUEBLA, PUE.**

**1987**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

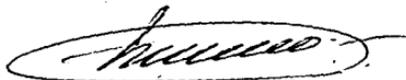


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

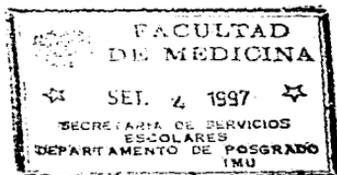
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.



DR. ARTURO GARCIA VILLASEÑOR  
JEFE DE EDUCACION MEDICA E INVESTIGACION  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO "LA ANILA CAMACHO"  
PUEBLA



HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
C.M.N. "MAC" PUEBLA.



JEFATURA DE EDUCACION  
MEDICA E INVESTIGACION

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACION ESTATAL DE PUEBLA  
CENTRO MEDICO NACIONAL "MANUEL AVILA CAMACHO"  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
SERVICIO DE GASTROCIROLOGIA.**

**TITULO DEL PROTOCOLO**

**CIRUGIA PALIATIVA EN LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA MALIGNA**

**NOMBRE DEL INVESTIGADOR**

**DR.FRANCISCO JAVIER PACHECO MENDEZ.**

Maticula: 10704426.

Residente de cuarto año de la especialidad de Cirugía General con sede en el Hospital del Centro Medico Nacional General de División "Manuel Avila Camacho" del Instituto Mexicano Seguro Social.

**DOMICILIO DEL INVESTIGADOR**

Calle Privada Madero Edif. 13. Depto. 7, Col. Villa Madero.  
Puebla, Puebla. Telefono: 24 - 53- 32.

**NOMBRE DEL ASESOR**

**DR. ALVARO ABASCAL ARIAS.**

Maticula: 7114761. Gastrocirujano adscrito al Departamento de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "Manuel Avila Camacho" del Instituto Mexicano del Seguro Social.

**DOMICILIO DEL ASESOR**

Calle 16 Sur 1314 - 104 Puebla, Puebla.  
Telefono: 40- 29- 74.

**LOCALIDAD DE LA INVESTIGACION**

Departamento de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional "Manuel Avila Camacho"  
Calle 2 Norte 2005. Centro. Puebla, Puebla.

## **AGRADECIMIENTOS**

**Gracias DIOS por permitirme llegar al final de una etapa más de mi vida.**

**Lorena gracias por estar siempre a mi lado y por tú apoyo que siempre me brindas y sobre todo, por tu gran AMOR .**

**A tí Mamá gracias por tu motivación y tu cariño.**

**A todos mis hermanos y hermanas, gracias por permitir ser parte de ustedes como familia y sobre todo gracias a Indira,Nora y Eli por su ayuda en la elaboración de esta tesis.**

**Al Dr. Alvaro Abascal Arias gracias por compartir sus conocimiento sin interes alguno.**

**Doy gracias a Dios por todos mis maestros por su gran enseñanza y por aquellos que me enseñaron los secretos de la cirugía : Diciplina y Humildad.**

**A la familia Zabaleta Arroyo , sobre todo a la Sra. Luceny por sus oraciones.**

**A todos los pacientes que son un libro abierto .**

**A todos mis amigos Residentes de la especialidad de Cirugía General gracias**

## INDICE

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	1
JUSTIFICACION.....	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
OBJETIVOS.....	6
HIPOTESIS.....	7
PROGRAMA DE TRABAJO.....	8
MATERIAL Y METODO.....	8
RESULTADOS.....	9
GRAFICAS.....	12
CONCLUSIONES.....	21
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	22

## ANTECEDENTES CIENTÍFICOS:

La ictericia colestásica es el resultado de neoplasias malignas de la vía biliar así como de la vesícula biliar, del ampulla o como en su mayoría de los casos del páncreas. Los pacientes sin evidencias de metástasis o de otros signos de cáncer (ej. ascitis) son candidatos para laparotomía exploradora.

En la mayoría de los casos la resección del tumor no es posible por lo que el cirujano se encuentra en la faceta de proporcionar paliación con anastomosis bilioentéricas con o sin gastroyeyuno anastomosis(1).

Los tumores de la vía biliar extrahepática a menudo llegar a ser asintomáticos en una etapa avanzada, cuando la resección es curativa rara vez es posible; en un grupo de 111 pacientes, 7(6.3%) no recibieron tratamiento, 32(28.8%) se realizó drenaje biliar no operatorio 72(64.8%) se les realizó exploración, la resección quirúrgica fue posible en 25 casos (34.7%). A 14 pacientes (19.4%) se les realizó derivación biliodigestiva, 15(20.8%) recibieron prótesis biliar transmural y 18(25.5%) drenaje biliar externo. El rango de sobrevida fue de 6.5 meses después de la derivación biliodigestiva, 4 meses después de la prótesis biliar transtumoral y 2.8 meses en los que recibieron drenaje biliar externo(2).

La disponibilidad de las diferentes modalidades de tratamiento paliativo sugieren que el no aproximarse es definitivamente superior. Las operaciones de anastomosis biliodigestiva dan un rango de mortalidad tolerable en pacientes jóvenes, menos morbilidad que los drenajes biliares externos por una mejor calidad de vida de los pacientes(1).

En pacientes con obstrucción biliar maligna no operable en quienes el drenaje endoscópico es deficiente, el drenaje biliar percutáneo transhepático es el método a escoger como una posibilidad mas para tratamiento paliativo los cuales deben ser satisfactorios, efectivos y realizarse una sola vez(3). Para la realización efectiva de estas intervenciones debe seleccionarse la rama biliar optima así como el sitio de la inserción del tubo de drenaje, especialmente cuando la obstrucción es intrahepática o se encuentra en el hilio del hígado(4).

El adenocarcinoma primario de las vías biliares extrahepáticas es un tumor maligno poco común dando una obstrucción biliar progresiva, sepsis, cirrosis biliar secundaria e insuficiencia hepática, la neoplasia tiende a crecer lentamente y a infiltrarse en las estructuras de alrededor tales como el parenquima hepático, vías biliares intrahepáticas y el pedículo hepático. Las metástasis tienden a desarrollarse más tarde en el curso de la enfermedad sin embargo los rangos de resecabilidad y rango de tiempo de sobrevida permanecen bajos por la dificultad del diagnóstico temprano y la proximidad de estos tumores a estructuras vitales, el propósito del tratamiento paliativo es eliminar la ictericia, prurito y algunas veces el dolor así como las complicaciones de retención biliar en espera de incrementar la duración y sobre todo la comodidad de la sobrevida(5).

En los hospitales de México se realizó un estudio multicéntrico de 77 enfermos con ictericia obstructiva encontrándose como hallazgos transoperatorios: Colecistocolocoliti en 35 pacientes, carcinoma de cabeza de páncreas en 11 pacientes, piocolicisto y/o colangitis en 10 y carcinoma de vías biliares en 6 pacientes. Obteniendo una alta frecuencia de complicaciones la cual fue atribuida al hecho de que todos los enfermos tenían este riesgo por la presencia de ictericia obstructiva. Pitt y col. han encontrado que en la ictericia de más de dos semanas de evolución aumenta notablemente el riesgo quirúrgico debido a la sepsis secundaria, a la repercusión sobre el funcionamiento hepático y a la depresión de la defensa linfocitaria (6)

En un estudio multicéntrico de la Unión Europea se reportó el manejo quirúrgico de 552 carcinomas de las vías biliares extrahepáticas se realizaron 303 procedimientos de drenaje biliar paliativo, 166 fueron anastomosis biliodigestiva, 129 intubaciones transtumorales y 8 drenajes biliares externos.

De los tipos de anastomosis biliodigestiva 27 fueron anastomosis intrahepáticas, 31 fueron hepaticoduodeno, 26 hepaticoyeyuno, 2 fueron colecistoyeyuno y en 2 casos se realizaron con estómago (Procedimiento de

Dogliotti) o con yeyuno (Procedimiento Longmire) los resultados de ambos tipos de paliación quirúrgica fueron similares con un rango de mortalidad operatoria de 27% y un tiempo medio de sobrevivida de 9 meses(5).

Bismuth y col. también considera el nivel de comodidad de los pacientes después de una cirugía derivativa, conociendo cual fue el tiempo en que los pacientes estuvieron sin ictericia, prurito y otras complicaciones seguidos de la cirugía. Ellos encontraron que los pacientes tenían un 80% de comodidad después de una anastomosis paliativa comparado con solo el 50% sin cirugía o prótesis percutáneas(7).

Consideramos que la exploración quirúrgica debe ser realizada en todos los pacientes con aceptable riesgo quirúrgico y sin evidencia de enfermedad diseminada, cuando la resección del tumor no es factible favorecemos el uso de derivaciones biliodigestivas, prótesis biliares o de drenajes externos(2).

## **JUSTIFICACION:**

**Dada la importancia que ocasiona la ictericia obstructiva maligna es conveniente analizar el tipo de tratamiento paliativo en pacientes con etapas no curativas y de esta forma conocer los que dan una mejor calidad de vida y aumentan la sobrevida.**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En el servicio de gastrocirugía del Centro Medico Nacional Manuel Ávila Camacho, Puebla se realizan tratamientos para pacientes con ictericia obstructiva maligna pero no se conoce cual es la neoplasia más frecuente que produce ictericia así como cuales son los resultados de los diferentes tratamientos curativos y paliativos que se utilizan y si realmente mejoran la calidad de vida y sobrevida de los pacientes.

## **OBJETIVOS:**

**Objetivo general:** Conocer los diferentes manejos de cirugía paliativa en la ictericia obstructiva maligna que se realizaron en el Hospital de Especialidades Manuel Avila Camacho a partir de enero de 1994 hasta diciembre de -- 1995.

### **Objetivos específicos:**

- 1.- Conocer el número de casos que se presentan de ictericia obstructiva maligna.
- 2.- Conocer la causa de la obstrucción.
- 3.- Conocer el estadio de acuerdo a la clasificación TNM.
- 4.- Conocer el tiempo de supervivencia.
- 5.- Sexo.
- 6.- Edad.

## **HIPOTESIS:**

**Hipótesis de nulidad:** La cirugía paliativa en los pacientes con ictericia obstructiva maligna ayuda a mejorar la calidad de vida y sobrevida de los pacientes .

**Hipótesis alterna:** En los pacientes con ictericia obstructiva maligna la cirugía paliativa no ofrece una mejor calidad de vida y sobrevida.

## **PROGRAMA DE TRABAJO:**

**Tipo de estudio:** Retrospectivo, observacional, y analítico.

**Universo de trabajo:** Hospital de especialidades "Manuel Ávila Camacho" del servicio de Gastrocirugía de Puebla, de enero de 1994 a diciembre de 1995.

## **MATERIAL Y MÉTODO:**

**Material:** Pacientes del Hospital de Especialidades "Manuel Ávila Camacho" con ictericia obstructiva maligna que haya ingresado de enero de 1994 a diciembre de 1995.

**Criterios de inclusión:** Todos los pacientes que ingresen durante los meses de enero de 1994 a diciembre de 1995 con ictericia obstructiva maligna y por métodos de diagnóstico de gabinete y laboratorio así como por laparotomía exploradora y clasificado como de etiología maligna.

**Criterios de exclusión:** No se incluyen a los pacientes que lleguen a fallecer por otra causa diferente a la que se investiga (ej. Cardiopatías, EPOC, etc.) y que no se les haya completado un diagnóstico definitivo.

**Criterios de no inclusión:** Se excluye a todos los pacientes que hayan ingresado a esta investigación pero que por algún motivo sean dados de baja así como de aquellos que su expediente se haya extraviado y no sea posible recuperarlo.

**Método:** Obtener por medio de los archivos de la unidad el número de casos que se presentan de ictericia obstructiva maligna en el periodo ya mencionado, obtener el número de cirugías paliativas realizadas, obtener el tiempo de sobrevida, clasificar los datos obtenidos, procesar, tabular y graficar mediante los métodos de bioestadística descriptiva.

## RESULTADOS:

Se encontraron los nombres de 92 pacientes en los registros de cirugía y solamente 47 expedientes se localizaron en el archivo clínico, de estos pacientes 27 (57.49%) corresponde al sexo femenino y 20 (42.55%) corresponden al sexo masculino. Las neoplasias que se encontraron como causante de la ictericia obstructiva maligna fueron las siguientes: Linfoma de Hodgking en páncreas 1 paciente(2.1%), tumor de duodeno 2 pacientes (4.2%) tumor de Klaskin 2 (4.2%), colangiocarcinoma en 8(17%), tumor de ampula de vater en 9 pacientes (18.1%), tumor de páncreas 12(25.5%), tumor de vesícula en 13 pacientes(27.6%).

El rango de edad fue de 38 a 82 años, con un promedio de 64.7 años y de acuerdo a la distribución de grupos etarios se encontró una mayor incidencia en el grupo de 66 a70 años que correspondió al( 21.27%) de los pacientes. De los 47 pacientes con ictericia obstructiva maligna, 10 pacientes (21.22%) presentaron antecedentes de patología biliar relacionadas con litiasis vesicular y coledocolitiasis. Los datos clínicos que se presentaron en el 100% de los pacientes fue de ictericia y pérdida de peso, presentándose dolor en 20 de los pacientes (42.51%); la ictericia de acuerdo al tiempo de evolución se presentó en 2 pacientes 8 meses, 35 pacientes de 4-6 meses y en 10 pacientes en un mes.

Dentro de los exámenes de laboratorio se encontró una elevación de leucocitos mayor de 12000 en 15 pacientes(31.23%) acompañándose de una elevación de TGO y TGP en 20(42.52%), así como alteraciones en e tiempo de protrombina en 37 pacientes(78,72%). Los niveles de BILIRRUBINAS que se observó son los siguientes:2-4mg/dl. en 7 pacientes(14.89%), 4-6mg/dl en 4(8.51%), 6-8mg/dl en 3(6.38%), 8-10mg/dl en 7(14.89%), 10-12 mg/dl en 7(14.89%) y de 13mg/dl a más en 19 pacientes (40,42%).

Dentro de los estudios de gabinete que se realizaron se encontró que a los 47 pacientes se les realizó Ultrasonido el cual reportó dilatación de vías biliares en 100% y además en 10 de ellos se reportó cambios en la vesícula compatibles con cáncer (21.27%).

La tomografía se realizó en 44 pacientes (93.61%) encontrándose en todos dilatación de vías biliares, en 35(74.46%) se reporto tumoración de páncreas así como ganglios peripáncreaticos y metástasis hepáticas. La colangiopancreatoduodenografía endoscópica se realizó en 23 pacientes reportando dilatación de vías biliares en el 100% de los pacientes , y en 10 se reporta obstrucción de la vía biliar por probable cáncer de coledoco así tumor de ampula de vater en 9 pacientes y en 4 pacientes se reportó obstrucción duodenal.

De los 47 pacientes con ictericia obstructiva maligna se realizó manejo quirúrgico de tipo paliativo a 30 pacientes que fueron los siguientes procedimientos: Gastroyeyuno anastomosis en Y de Roux y sonda en T en un paciente, colecistectomía simple en un paciente(2.1%), colecistectomía con sonda en Ten 4 pacientes (8.51%), derivación biliodigestiva en Y Roux en 6-pacientes (12.7%), derivación biliodigestiva en Y de Roux más gastroyeyuno anastomosis en 3 (6.3%), gastroyeyuno en omega de Braum en 1paciente (2.1%),operación de WHIPPLE en 10 pacientes (21,27%), derivación de Blanco Benavidez 1 paciente, colocación de sonda en T en 2 (4.2%),derivación biliodigestiva mas gastroyeyuno anastomosis con resección de colon transverso y yeyuno con anastomosis termino-terminal en un paciente.

Dentro de los hallazgos transoperatorio se encontró en 37 pacientes la presencia de tumores mayor de 4cm.con presencia de ganglios positivos a malignidad con invasión a órganos vecinos y metástasis hepáticas, en 10 pacientes se reporta tumor menor de 4cm. con ganglios regionales positivos y sin invasión a órganos vecinos .

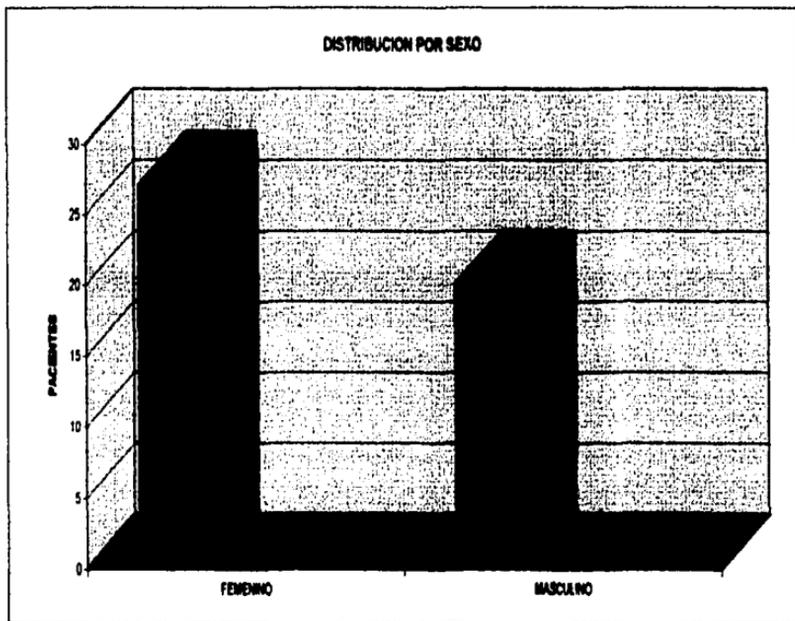
Desde el punto de vista histológico se reportó que en 15 pacientes se encontró adenocarcinoma bien diferenciado(31.91%), adenocarcinoma moderadamente diferenciado en 14(29.78%),adenocarcinoma poco diferenciado en 18(38.22%).

Las complicaciones que se presentaron fueron 2pacientes(4.2%) para fístula biliar, 3(6.30%) con oclusión intestinal, 1 paciente presentó sangrado de tubo digestivo alto, 3(6.30%) con sepsis y falla orgánica múltiple en 6 pacientes (12.76%).

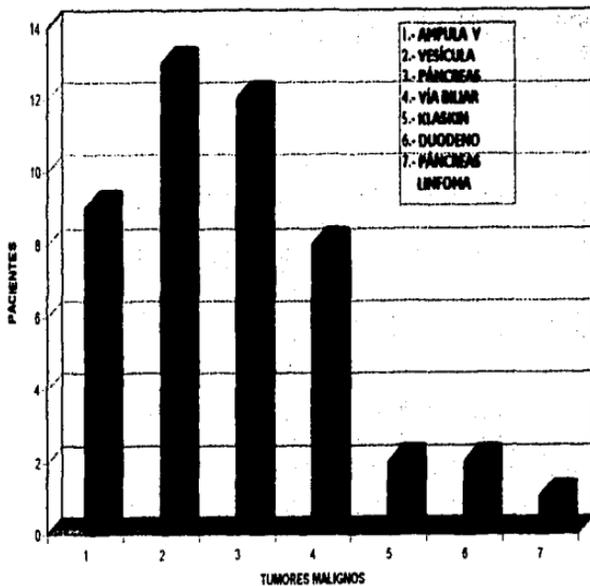
Los resultados de Bilirrubinas postoperatorio disminuyeron a la normalidad en 23 (48.93%) pacientes, en 6 (12.76%) pacientes disminuyeron sin llegar a la normalidad y 18(38.29%)no se observa disminución.

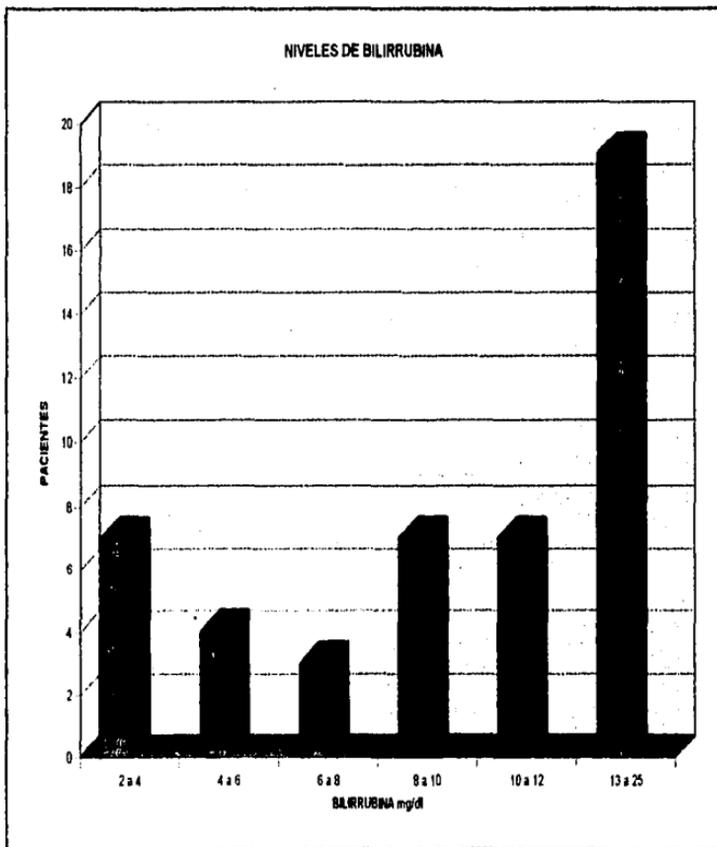
De acuerdo a la clasificación de la TNM se encontró a 6 pacientes (12.76%) en etapa II, en 6(12.76%) etapa III y 35(74.46%) pacientes con etapa IV. La mortalidad de los pacientes que no se sometieron a una derivación paliativa tuvieron una mortalidad al 100% a un mes esto sucedió en 17 pacientes (36.17%)y solo se realizó laparotomía exploradora y biopsia, en los paciente que se realizó drenaje externo con sonda en T la mortalidad fue a 4 meses y en aquellos que se realizó derivación biliodigestiva con o sin gastroyeyuno la mortalidad fue variable siendo a 6 meses,10 meses, 18 y hasta 24 meses en una paciente de 82 años con un colangiocarcinoma.

El tiempo de sobrevida mejoró para aquellos pacientes que se les realizó Whipple como tratamiento paliativo obtenido una sobrevida a 7 meses a 13 meses, 18 meses y hasta 29 meses. Por lo anterior se concluye que un tratamiento quirúrgico agresivo como el Whipple o una derivación biliodigestiva con o sin gastroyeyuno se obtiene mejores resultados en cuanto a la calidad de vida y sobrevida de los pacientes.



NEOPLASIAS EN LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA

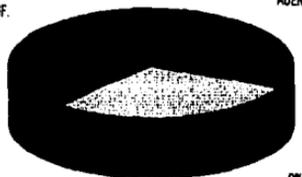




### CLASIFICACION HISTOLOGICA

ADENOCARCINOMA POCO DIF.  
38%

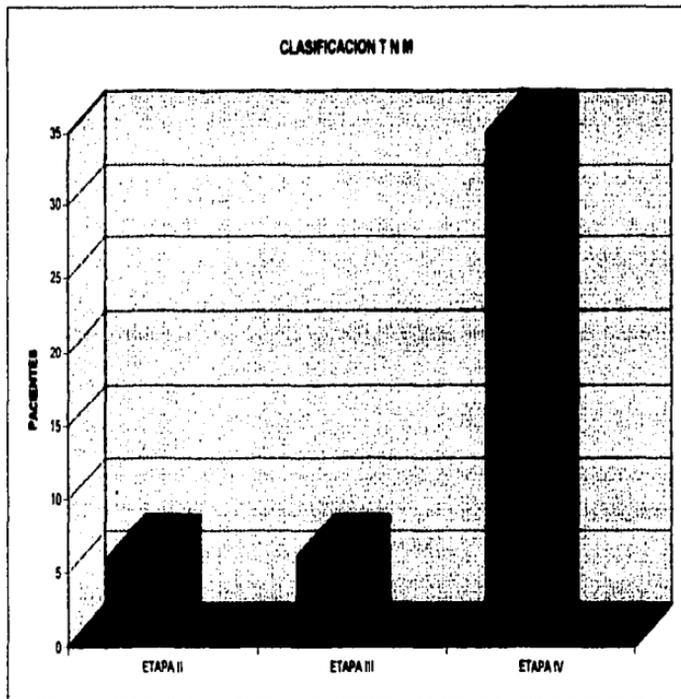
ADENOCARCINOMA BIEN DIF.  
32%



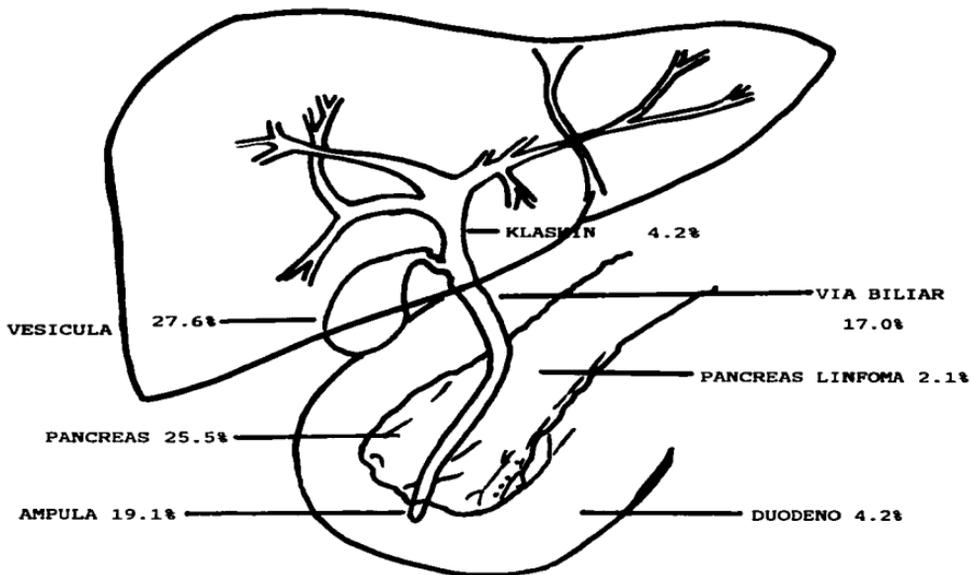
0%

ADENOCARCINOMA MOD. DIF.  
30%

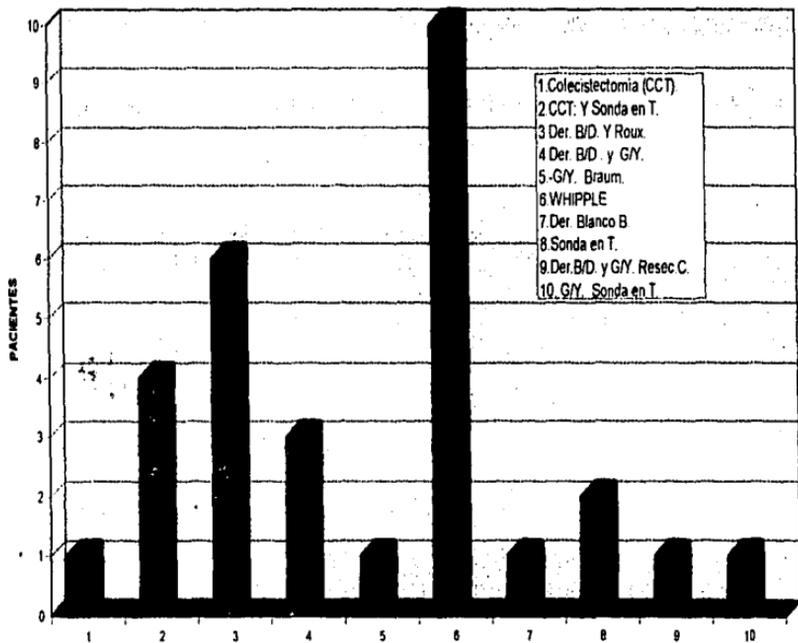
0%



NEOPLASIAS EN LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA MALIGNA



### CIRUGIA PALIATIVA EFECTUADA

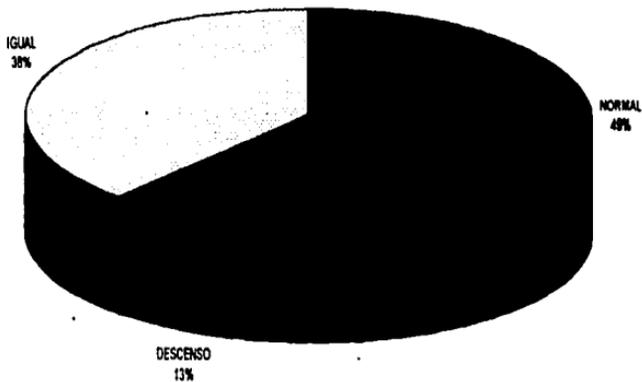


### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

COMPLICACIÓN	PORCENTAJE
Fístula Biliar	4.20%
Oclusión Intestinal	6.30%
STDA	2.10%
Sepsis	6.30%
Falla Orgánica	12.77%

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### NIVELES DE BILIRRUBINA EN EL POSTOPERATORIO



## **CONCLUSIONES.**

De los 47 pacientes con ictericia obstructiva maligna 27 fueron del sexo femenino y 20 fueron del sexo masculino donde se encontraron las siguientes neoplasias como causa de ictericia: Linfoma de pancreas, tumor de duodeno, tumor de Klaskin, colangiocarcinoma, tumor de ampula de vater, tumor de páncreas y tumor de vesícula siendo estos últimos cuatro los que causan el 90 % de la ictericia obstructiva en nuestro hospital.

De estos 47 pacientes el 100% se sometió a cirugía, al (36%) solamente se le realizó Laparotomía exploradora y biopsia con una mortalidad del 100% a un mes. El resto de los pacientes (64%) se sometieron a un manejo de tipo paliativo observándose que los pacientes donde se realizó una derivación biliodigestiva con o sin gastroyeyuno anastomosis y a los que se sometieron a Whipple la sobrevida aumentó así como la calidad de vida.

Actualmente se reporta en otros hospitales un manejo más agresivo para este tipo de neoplasias reportándose una disminución en la morbimortalidad y obteniéndose una mejor calidad de vida.

Considero que se debe continuar con este manejo quirúrgico ya que los resultados fueron favorables y se debe considerar que la operación Whipple tiene mejor pronóstico aun como manejo paliativo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Klempa I. y Arnold W. Palliative surgical and endoscopy therapy malignant bile duct occlusion. *Ann. Surgery* Octubre 1994. 65(10) : 836-848.
- 2.- Cucchiara G. , Gandini G. , Simonetti G. y et. al. Palliative treatment of extrahepatic bile duct tumor. *Journal surgery oncology supplements*. 199 3.3: 154-157.
- 3.- Lamaris J. S. , Stoker J. , Zonderlan H. y et. al. Malignant biliary obstruction: Percutaneo use of self expandable stens interventional. *Radiology*. Junio 1991. 179(3): 703-707.
- 4.- Kuoji M. , Mutsio S. , Shirakawa T., y et. al. Biliary obstruction: Evaluation with Three dimensional M. R. Cholangiography. *Radiology*. Mayo 1992. 183 (2): 578-580.
- 5.- Reding R., Buard J.L., Lebeau G. y Launois B: Surgical Management of 552 Carcinoma of The extrahepatic bile duct (Gallblader and periampullary tumor.) *Annal surgery*. Marzo. 1991. 213(3): 236-241.
- 6.- Hurtado H., Tonimoto M., Manzano S.B., et. al. Estudio multicentrico de 77 enfermos con ictericia obstructiva . *Cirugía y Cirujano*. Mayo-Junio. 1989.56(3): 114-118.
- 7.- Launois B. , Guy J. y at. al. Intrahepatic Anastomoses for Malignat and Benign Biliary Obstruction. *Archive Surgery* .Febrero 1995.130.137-142.