

51
20

11209

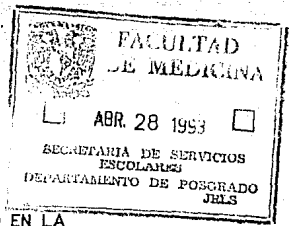
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL AL SERVICIO DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

FRECUENCIA, ETIOLOGIA Y TRATAMIENTO DE LA
ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

T E S I S



QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

MAURICIO MORENO VELAZQUEZ.

MEXICO, D.F. A OCTUBRE DE 19

1993

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 GENERAL

ABSTRACT	1
RESUMEN	2
INTRODUCCION	3
ICTERICIA	5
OBJETIVO	12
HIPOTESIS	12
MATERIAL Y METODOS	13
RESULTADOS	16
DISCUSION	34
CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	38

ABSTRACT

The incidence of obstructive jaundice is relatively frequent and it varies in accordance with etiology, the advances in diagnostic techniques by image had led to define precisely the cause and the surgical pathways. We have studied 72 patients with jaundice, 30 of which the possibility of etiology was mechanical obstruction. The age range was 19 to 83 years, with a medium of 51.7 years in a time included between January to September 1992.

The principal symptoms were jaundice of skin and mucous membrane, colic pain located in epigastrium of right upper quadrant, nausea, vomiting, coloric urine, weight loss, chilling and acolic feces. The basic studies for diagnosis were the liver and bile duct ultrasound and the endoscopic retrograde cholangiopancreatography (E.R.C.P.). The most benign cause of mechanic jaundice was represented by choledocolitiasis, followed by the distal benign esthenosis and hydrocholecist; while the cancer of gallblader and billiary ducts were for the malignancy, also followed by pancreas head cancer.

The surgery most performed was the cholecistectomy with extraction of calculus of choledoco, as well as the simple cholecistectomy and with less frequency billiodigestive derivations and the placing billiary endoprothesis. The jaundice decreased in the 66.6% of the cases, with levels of direct billirubins under 2.5 $\mu\text{g}/100 \text{ ml}$. (The highest).

RESUMEN

La incidencia de la ictericia obstructiva es relativamente frecuente y varía de acuerdo a la etiología; los avances en las técnicas de diagnóstico por imagen han permitido definir con precisión la causa y establecer la ruta quirúrgica. Se han estudiado 73 pacientes con ictericia de los cuales 30 correspondieron a la tipo mecánica, cuyas edades tuvieron el rango entre los 19 y 83 años, con edad media de 51.7 años y comprendió el lapso de tiempo de enero a septiembre de 1992.

Los síntomas principales incluyeron ictericia de piel y mucosas, dolor cólico en hipocondrio derecho y/o epigástrico, náusea, vómito, coluria, pérdida de peso, escalofríos y acolia. El ultrasonograma y la Colangiopancreatografía retrógrada transduodenoscópica (C.P.R.T.), representaron los estudios básicos de mejor valor diagnóstico. La coledocolitiasis representó la causa benigna más común de ictericia mecánica, seguida por la estenosis benigna distal del colédoco e hidrocolecisto, mientras que el cáncer de vesícula y vías biliares fue el más representativo de la etiología maligna, además del cáncer de cabeza de páncreas.

La colecistectomía con extracción de cálculos de colédoco fue la cirugía más realizada, además de la colecistectomía simple y en menor número de casos la terapéutica paliativa con derivaciones biliodigestivas y colocación de endoprótesis biliar. La ictericia se redujo en el 66.6% de los pacientes.

INTRODUCCION

La ictericia obstructiva representa una entidad relativamente frecuente y su incidencia varia, en razón directa de la diversidad de sus causas, ya que cada patología que la produce sea benigna o maligna tiene distinta frecuencia epidemiológica. El tratamiento cambia también de acuerdo al origen y a los criterios quirúrgicos de resolución o tratamiento paliativo en algunos casos. En el presente trabajo se hace un análisis prospectivo de 30 pacientes que ingresaron al servicio de Cirugía General con criterios diagnósticos de ictericia de tipo obstructivo en razón de las demás ictericias ingresadas en el mismo lapso de tiempo. Se investiga la patología que directamente la genera con apoyo de los auxiliares diagnósticos disponibles, así como se valora la respuesta al tratamiento quirúrgico o paliativo establecido, con la finalidad de conocer la incidencia de la ictericia obstructiva en el Hospital General "Dr Dario Fernández Fierro", así como conocer las causas más frecuentes y los tratamiento más adecuados según la etiopatogenia.

Los resultados obtenidos reflejan como causas de la ictericia obstructiva a la patología benigna como las más frecuentes y en segundo término a las causas de la patología maligna, siendo la coledocolitiasis la más representativa y el carcinoma de cabeza de páncreas respectivamente. Los métodos

terpeúticos más empleados fueron la extracción de cálculos de colédoco a través de una coledocotomía con exploración de vías biliares y la derivación paliativa biliar.

ICTERICIA

Los conocimientos iniciales sobre la ictericia se deben a Hipócrates quien la describió en el año 400 a.c.; a partir de esta fecha se han aparecido en la literatura mundial innumerables trabajos tendientes a precisar sus distintos aspectos y a pesar de ello en la actualidad aun existen algunos hechos imprecisos.² El término ictericia se deriva de la palabra que significa "amarillo", y alude al exceso de pigmentos biliares en los tejidos, en el plasma y constituye por demás un signo de diversas enfermedades hepáticas y no hepáticas. La presencia de ictericia nos traduce una anomalía en el metabolismo de los pigmentos biliares o su excreción, el éxito en el diagnóstico fisiopatogénico de la ictericia debe basarse en precisar dicha alteración y el tratamiento dependerá de considerar dichas variantes.¹

METABOLISMO NORMAL DEL PIGMENTO BILIAR.

El pigmento biliar bilirrubina es un tetrapirrol que se forma en su mayor parte por la degradación de la hemoglobina y en mayor parte de la mioglobina, y por la síntesis hepática propia. Cuando el eritrocito es destruido por el sistema retículo endotelial al final de su vida natural o en forma prematura, se liberan el hierro y la globina y el anillo hem se abre y se transforma en biliverdina, la cual es de color verde. Esta última se reduce y se transforma en bilirrubina, la cual es

amarilla. La bilirrubina se combina con la albúmina para formar un complejo de proteína-pigmento relativamente estable que es transportado al hepatocito. Este complejo, al cual se conoce como reacción indirecta, ya que sólo da la reacción de Vanden Bergh con diazoreactivo después de tratarse con alcohol y otras sustancias que desdoblan el enlace de proteínas, es poco soluble en agua y no se excreta en la orina."

En el hepatocito la albúmina es extraída y la bilirrubina se conjuga con ácido glucorónico, para formar un diglucorónico el cual es hidrosoluble y se excreta hacia los canaliculos biliares. Esta sustancia produce una diazorreacción inmediata, y fácilmente es excretada hacia la orina. En condiciones normales hay menos de 1.2 mg de bilirrubina directa y menos de 0.3mg de bilirrubina indirecta por 100 ml de suero.

La bilirrubina conjugada es excretada a través de la bilis hacia el intestino, sufre la influencia de bacterias y experimenta una serie de reacciones reductivas que dan lugar a la formación de 2 grupos de compuestos, los urobilinógenos incoloros, y la urobilina de color. La excreción fecal normal de urobilinógeno oscila entre 40 y 300 mg al día con un promedio de 100 a 200 mg. En los niños los valores son más bajos y en los recién nacidos que no tienen flora bacteriana puede no encontrarse urobilinógeno. Una reacción en las bacterias entéricas también disminuye la excreción de pigmento como ocurre en pacientes que reciben antibióticos de acción intestinal.

Parte del urobilinogeno es resorbido por medio del sistema de la vena porta y regresa al hígado, donde es depurado y excretado en menor medida hacia la orina.⁽¹⁾

METABOLISMO ANORMAL DEL PIGMENTO BILIAR.

Ninguna clasificación de la ictericia es por completo satisfactoria. De acuerdo con la que más se utiliza la ictericia se divide en hemolítica, obstructiva y hepatocelular y que corresponde a la clasificación propuesta por Ducci.⁽²⁾

1. Prehepáticas	Hemolíticas
	No hemolíticas
2. Intrahepáticas	Hepatocelulares
	Hepatocanaliculares
3. Poshepáticas	Benigna (incompleta)
	Maligna (completa)

Sin embargo, para Schwartz es más razonable la clasificación en dos grupos:

1. Estados patológicos en los cuales no se altera el flujo biliar.
2. Los que se asocian a una alteración en el flujo biliar.

EXCRECION NORMAL DE BILIS.

La producción excesiva de pigmento biliar por una hemólisis acentuada da lugar a una situación en la cual el hígado normal tiene una mayor carga de pigmento que la que puede depurar. Esto ocurre en la ictericia fisiológica de los lactantes y en todos los estados hemolíticos patológicos. Sin embargo, la capacidad de reserva del hígado es enorme y aunque aumente la producción de bilirrubina 6 veces, sólo se incrementa 2-3 mg, las concentraciones séricas de bilirrubina por decilitro. En esta situación aumenta la bilirrubina sérica indirecta o no conjugada y no aparece bilirrubina en la orina pero hay aumento en el urobilinógeno fecal y urinario. También se produce un exceso de bilirrubina en la hiperbilirrubinemia derivativa en la cual se acumula bilirrubina indirecta sin que haya alguna reducción en el tiempo de vida del eritrocito. "4"

Los defectos de la función hepática también origina hiperbilirrubinemia sin que se altere el flujo biliar. En la enfermedad de Gilbert hay una anomalía en el transporte de la bilirrubina en el hepatocito, en tanto que en el síndrome de Crigler-Najjar, el defecto consiste en una incapacidad del hígado para conjugar la bilirrubina con el ácido glucorónico. En estos estados, se eleva la fracción indirecta del pigmento biliar, todas las demás pruebas de funcionamiento hepático son normales, no se observan anomalías histológicas y la bilirrubina esta unida a la albúmina y no puede ser excretada

por el riñón; de ahí que se les denomine con el término de ictericia acolúrica.

Alteración en la excreción de la bilis: todas las otras lesiones se asocian a una acumulación de la bilirrubina conjugada en la sangre y excreción alterada. El pigmento de bilirrubina que es hidrosoluble fácilmente es excretado hacia la orina, la cual adopta un color pardo. la ictericia obstructiva puede ser intrahepática o extrahepática.

En este caso nos ocuparemos de la ictericia obstructiva pura y que en forma secundaria produce un cuadro de colestasis extrahepática debido a un obstáculo anatómico a flujo de bilis que incluye los conductos hepáticos derecho e izquierdo, el colédoco y la encrucijada biliopancreática y que va desde el hígado hasta desembocar en el duodeno, siendo posible el nivel de la obstrucción en cualquier sitio de esta vía.⁴¹

Se han implicado causas benignas y malignas como productoras de obstrucción de la vía biliar extrahepática, dentro de las causas benignas se han descrito patologías comunes como cálculos biliares libre en colédoco y procedentes de la vesícula biliar o bien primarios de colédoco o conductos intrahepáticos; así como estenosis de la vía biliar por lo regular consecutiva a coledocolitiasis o traumatismo postquirúrgico o biengección accidental del colédoco o del hepático común. Más raramente puede deberse la obstrucción a procesos inflamatorios de órganos vecinos como pancreatitis.⁽⁴⁻⁷⁾

o úlcera duodenal.⁽⁸⁾ Los parásitos en vías biliares *Ascaris* o *Faciola hepática* también son causa de obstrucción.⁽⁵⁾ Los tumores benignos como quistes, o adenomas de conducto biliar son causas menos frecuentes.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾ Y se han reportado en la literatura mundial casos raros de obstrucción del conducto biliar común secundarios a divertículo duodenal periampular⁽⁹⁾; o bien, secundarios a hernia hiatal con vólvulus gástrico intratorácico como causa de obstrucción biliar.⁽¹⁰⁾ Algunos casos de procesos inflamatorios de la propia vesícula biliar condicionan obstrucción transitoria con hiperbilirrubinemia e ictericia. Entre las causas malignas se contemplan el carcinoma de vesícula y vías biliares, o del ampulla de Vater donde la obstrucción puede ser progresiva o completa, o bien intermitente por esfacelación del tumor secundario a necrosis, lo que se asocia a melena o sangre oculta en heces. El tumor de la cabeza del páncreas cursa con obstrucción progresiva que posteriormente se vuelve completa. Algunas neoplasias de órganos vecinos que en fases avanzadas comprimen la vía biliar, ya sea de estómago, hígado o colon. Y por último las metástasis a los ganglios del pedículo hepático.⁽⁵⁾

Resulta imprescindible plantear un algoritmo de estudio para el diagnóstico de la ictericia obstructiva por lo que Schwartz propone que en todo paciente con altas posibilidades de que su ictericia se deba a obstrucción extrahepática, el procedimiento inicial debe ser la ultrasonografía en virtud de sus resultados y de su bajo costo. Este estudio determinará si

hay dilatación de conductos intrahepáticos y de la vesícula biliar. Una vez que se define la dilatación de los conductos, se realiza una C.T.P. para localizar el nivel de la obstrucción. Si ésta se encuentra en la confluencia de los conductos hepáticos, el conducto hepático común o la parte proximal del colédoco no será necesario algún otro procedimiento diagnóstico. Si la obstrucción está localizada en la parte distal del colédoco está indicada una T.A.C. para definir una masa en la cabeza del páncreas y su resecabilidad. Cuando no hay una masa, se efectúa una C.P.R.T. para determinar si hay una lesión en el ímpula. La S.E.G.D. y la gamagrafía hepatoesplénica son de poca ayuda.

OBJETIVO

Valorar los tratamientos quirúrgicos más adecuados de la ictericia mecánica, según su etiología y acorde con los recursos disponibles.

HIPOTESIS

La ictericia obstructiva es relativamente menos frecuente a las demás ictericias, las causas son variables y el tratamiento quirúrgico curativo o paliativo resuelve el cuadro icterico en el 80 % de los ca-sos.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el cual se seleccionó un total de 30 pacientes con Dx de ictericia obstructiva admitidos en el servicio de Cirugía General del Hospital General "Dr. Dario Fernández y Fierro" con una edad media de 51.7 años y con un rango de edad de 19 a 83 años, de los cuales 10 pacientes pertenecían al sexo masculino y 20 al sexo femenino, en un periodo de 9 meses, que comprendió de inicio de enero de 1992 al 30 de septiembre de 1992.

Los criterios diagnósticos para establecer el ingreso a Cirugía General fueron: Ictericia conjuntival, ictericia completa o incompleta, súbita, progresiva o intermitente, que se apreció con datos de hipocólia, acólia y coluria, así como la presencia de hiperbilirrubinemia conjugada, sin elevación significativa de la bilirrubina indirecta y con elevación o no de la fosfatasa alcalina y la Transaminasa oxalacética y/o pirúvica. Durante su ingreso se inicia protocolo de manejo mediante placas simple de abdomen de pie y decúbito, seguido en un ultrasonograma de hígado y vías biliares principalmente, para posteriormente solicitar de acuerdo a las características y la evolución S.E.G.D., colangiografía percutánea transhepática, colangiopancreatografía retrograda transduodenoscópica o tomografía computadorizada.

Se consideraron los síntomas concomitantes para tener una impresión clínica inicial, tales como: Cólico en epigastrio e

Hipocondrio derecho, escalofrío, fiebre, estado general, pérdida de peso, náusea o vómito, así como algunos signos físicos: vesícula palpable, hepatomegalia, hematoquecisia, melena, Murphy, hipotensión, alteraciones neurológicas y datos de irritación peritoneal.

Se excluyeron aquellos pacientes con Sx icterico que presentaron hiperbilirrubinemia mixta o con elevación sólo de la bilirrubina indirecta, así como aquellos con Dx clínicos de cirrosis de Laenec, hepatitis viral, etc.... y aquellos que no presentaron hiperbilirrubinemia conjugada y el ultrasonograma no evidenció alteraciones de las vías biliares.

Se eliminaron aquellos pacientes que durante su protocolo de estudio se integró otro diagnóstico que no correspondiera a ictericia obstructiva.

Se utilizó una clasificación de la ictericia obstructiva sencilla, que divide a la misma en obstrucción de patología benigna y maligna. Así mismo la ictericia de acuerdo a su instalación, tiempo de evolución, recurrencia y sintomatología concomitante, se diferenció semiológicamente en ictericia completa cuando hubo ictericia conjuntival, ictericia cutanea y otras mucosas, acolia y coluria, en incompleta cuando hubo tinte icterico de piel y mucosa con hipocolia; en intermitente cuando una vez instalada la ictericia completa o incompleta se acompañó de ictericia incompleta o periodos anictéricos para volverse a instalar nuevamente, en progresiva si el inició

fue lento y gradual, y en súbita cuando la instalación se reporta como espontánea.

RESULTADOS

En el grupo de estudio, el total de pacientes resultó ser residente del Distrito Federal, 16 de los 30 pacientes originarios del mismo lugar, 4 de ellos del Estado de México, y 3 de Hidalgo principalmente el resto procedía de otros estados como Guanajuato, Mérida, Tamaulipas, Chiapas, Michoacán y Oaxaca.

De los 53 pacientes admitidos en el Hospital General "Dr. dario Fernandez con Dx de ictericia, 30 de ellos se diagnosticaron como ictericia obstructiva, de los cuales 6 de ellos contaban con antecedentes heredofamiliares de cáncer (20 %), 5 con antecedentes de diabetes en su familia (17 %) y 3 con Hipertensión arterial sistemática.

Las enfermedades que coexistieron principalmente con la patología de ictericia obstructiva fueron Diabetes Mellitus (6%), con antecedentes con otro tipo de cáncer (6 %) y en casos aislados existió cirrosis hepática, Enfermedad de Parkinson, hipotiroidismo, fibroma uterino, hipertensión arterial sistémica y un paciente resultó ser alérgico a la penicilina.

Los síntomas clínicos principales se encontró cólico en epigastrio y/o hipocondrio derecho en 24 pacientes (80 %), náusea y vómito en 22 pacientes (73 %), coluria en 16 pacientes (53 %), pérdida de peso en 11 pacientes (36 %), mal estado general en 11 pacientes (36 %), seguidos en una forma menos

frecuente de fiebre en 9 pacientes (30 %), escalofríos y acolia en 7 pacientes (23 %) respectivamente, así como hipocolia en 5 pacientes (16 %).

En los hallazgos encontrados en la exploración física se encontró que 17 pacientes (56 %) tuvieron signo de Murphy positivo presente; vesícula palpable y hepatomegalia se presentó en 7 pacientes (23 %) respectivamente y la hematoquecia en sólo 2 pacientes (6.6 %).

El cuadro de ictericia más frecuente fue la ictericia incompleta (76 %), seguida de la ictericia intermitente en el 43 %, la ictericia progresiva (40 %), la ictericia súbita (40 %) y la ictericia completa en sólo 23 %.

En el momento de ingreso de los pacientes se presentó leucocitosis en 15 pacientes, mientras que la hiperbilirrubinemia conjugada se presentó en el 100 % del grupo de estudio, esto es, 30 pacientes, la bilirrubina indirecta se elevó en tan sólo 10 casos por cifras encima de 2mg/100ml y de estos en un caso con bilirrubina indirecta mayor de 4mg/100ml, lo cual nos refleja un daño hepatocelular leve secundario a la colestasis intrahepática. La T.F.G. se elevó concomitantemente en 21 pacientes (70 %) por encima de 36 mg, la T.G.O. se elevó en 20 pacientes (66.6 %) por encima de 31 mg, y la fosfatasa alcalina resultó aumentar en 11 pacientes por encima de 70.

Las placas simples de abdomen arrojaron datos positivos en 4 casos que manifestaron en un caso dilatación de asas de

delgado en C.S.D. y que correspondió a un hidrocolecisto, otra con dilatación de asas en el C.I.I. pero con Dx de colecistitis aguda litiásica y que posteriormente peristió con ictericia por cálculo enclavado en colédoco no extraíble durante la cirugía; también en un caso se reportó con imagen en vidrio despuilido en C.S.D. en pacientes con vesícula dilatada y coledocolitiasis y Dx PO de colecistitis aguda y en otro reporte se reveló la presencia de cálculo vesicular grande y con Dx po de colecistitis litiásica y coledocolitiasis.

En tanto que el ultrasonograma reportó litiasis vesicular en 17 casos (56.6 %); dilatación de vías biliares en 11 casos (36 %), vesícula aumentada de tamaño y engrosamiento de la pared vesicular en 3 casos (10 %) respectivamente, en dos casos se reportó como lodo biliar (6.6 %) y 1 caso con enfermedad hepática difusa y otro con coledocolitiasis (3.3 %). La colangiografía retrógrada de transduodenoscópica se registró obstrucción distal del colédoco en forma completa en 4 casos que correspondieron a adenoma de vesícula, duodenitis, y 2 casos de coledocolitiasis, mientras existió estenosis del colédoco en casos que se diagnosticaron 1 como Ca de cabeza de páncreas y coledocolitiasis, se registró también estenosis del tercio medio en 2 casos uno por Ca de vesícula y el otro por Ca de cabeza de páncreas. La dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas se reportó en 4 casos solamente, así como se reportó el espasmo del esfínter de O.D.I. con coledocolitiasis

en un sólo caso . La C.P.R.T. fue realizada en 12 casos que representa el 40 % del total, y no fue posible realizarse en el resto de la población debido a la urgencia de algunos casos para tratamiento quirúrgico yb en otros 3 casos que fueron deceso durante su estancia hospitalaria. La T.A.C. en 1 caso reportó lito de colédoco y 2 S.E.G.B. resultaron con duodenitis.

En cuanto a la etiología de la ictericia obstructiva se arrojaron los siguientes resultados: 19 casos de obstrucción benigna (63.3 %) en donde hubo 1 por colecistitis crónica litiásica debido a la compresión extrínseca sobre las vías biliares, 1 caso de hiperplasia folicular en tercio distal que comprimía el mismo a la vía biliar, 1 caso de duodenitis con inflamación periampular con obstrucción del paso de la bilis, 1 caso de espasmo del esfínter de Odi por no haberse encontrado evidencia en la C.P.R.T. de litiasis en colédoco y si evidencia del cierre del esfínter de Odi sin proceso inflamatorio. 2 casos de hidrocolecisto importante, 1 caso de plicolecisto, 2 casos de estenosis del colédoco secundario a coledocolitiasis en los tres casos y 10 casos con coledocolitiasis (33.3 %); mientras que de obstrucción maligna resultaron 11 casos que correspondió al (36.6 %) de donde la etiología correspondió en 4 casos a cáncer de cabeza de páncreas (13.3 %), 5 a cáncer de vías biliares y vesícula (16.6 %) y cáncer metastásico a vesícula y duodeno en 2 casos.

Una vez que se integró el diagnóstico de ictericia obstructiva y su etiología, se procedió a realizar el tratamiento quirúrgico realizándose colecistectomía simple en 6 pacientes (20.0 %), colecistectomía con Exploración de vías biliares en 9 casos con extracción de cálculos en 6 casos, esfinterotomía transduodenoscópica en dos casos para extracción de cálculos en colédoco. Colocación de endoprótesis biliar en 1 caso . Laparatomía exploradora en dos casos por Ca de cabeza de páncreas y Ca vesicular con coledocolitiasis y para toma de biopsia; en 2 casos se realizó colodocoduodenoanastomosis + colecistectomía por coledocolitiasis y estenosis distal del colédoco, y en 1 caso se practicó hepatoyeyunoanastomosis + colecistectomía para derivación biliar por carcinoma de la vía biliar . Y a 1 paciente se le realizó histerectomía total abdominal + salpingooforectomía bilateral, apendicectomía y omentectomía secundario a Cáncer de ovario metastásico a vesícula, y enviándose a quimioterapia.

El tratamiento fue conservador en tres casos ya que dos de ellos contaban con diagnóstico de carcinoma (adenocarcinoma) de vesícula y vías biliares. Así como a 3 pacientes no se realizó ningún procedimiento por sus malas condiciones, y en 1 caso de duodenitis moderada se manejó como tal.

La evolución de los pacientes fue favorable en 20 de ellos, que representa el (66.6 %) en donde la bilirrubina directa descendió en forma considerable hasta cifras inferiores a

2.5 mg/100ml, mientras que en el resto (7 pacientes persistió la ictericia, sobre todo en aquellos con Dx de Adenocarcinoma de páncreas y vías biliares). Y la mortalidad fue del 10 % durante el estudio, y la cual fue ocasionada por causas inherentes al cuadro icteríco.

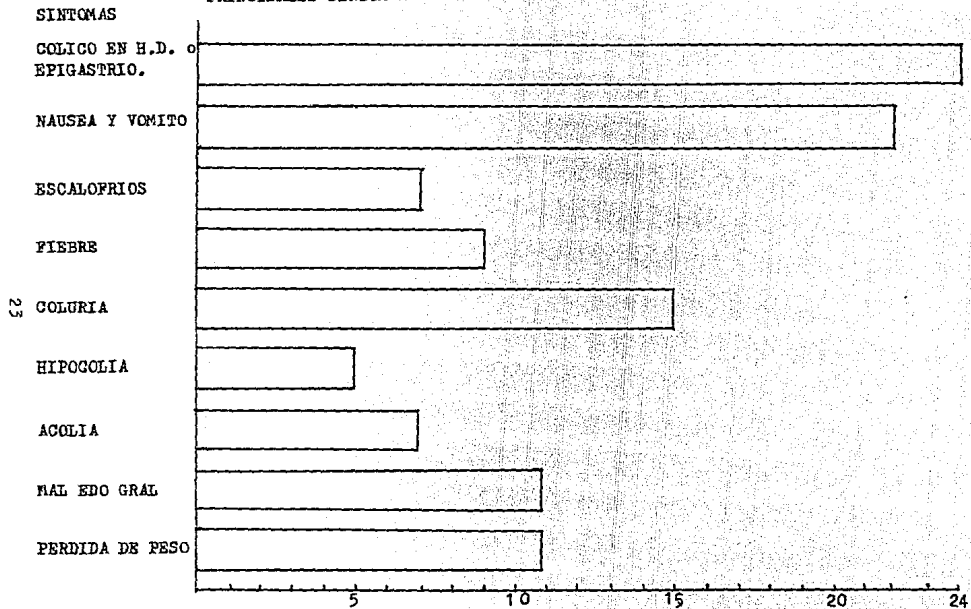
PRINCIPALES SINTOMAS ASOCIADOS A LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA EN LOS
 PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1192.

SINTOMAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
COLICO EN H.D. Y/O EPIGASTRIO	24	80 %
NAUSEA Y VOMITO	22	73 %
ESCALOFRIOS	7	23 %
FIEBRE	9	30 %
COLURIA	16	53 %
HIPOCOLIA	5	16 %
ACOLIA	7	23 %
MAL ESTADO GENERAL	11	36 %
PERDIDA DE PESO	11	36 %

FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia
 obstructiva ingresados en el servicio de Cirugía General

PRINCIPALES SINTOMAS

GRAFICA No 1



TIPOS DE ICTERIA EN LOS PACIENTES INGRESADOS AL HOSPITAL DE
ENERO A SEPTIEMBRE DE 1992.

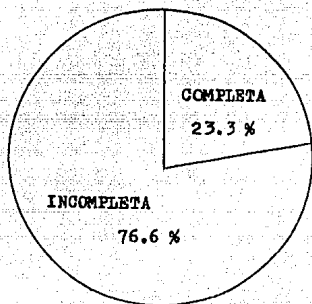
TIPO DE ICTERICIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
INCOMPLETA	23	76.6 %
COMPLETA	7	23.3 %
TOTAL	30	100.0 %

TIPO DE OBSTRUCCION	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
BENIGNA	19	63.3 %
MALIGNA	11	36.6 %
TOTAL	30	100.0 %

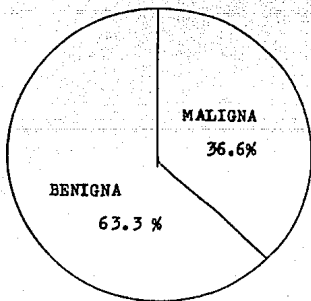
FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia
obstruccioniva ingresados en el servicio de Cirugia General

TIPO DE ICTERICIA

GRAFICA No. 2



TIPO DE OBSTRUCCION



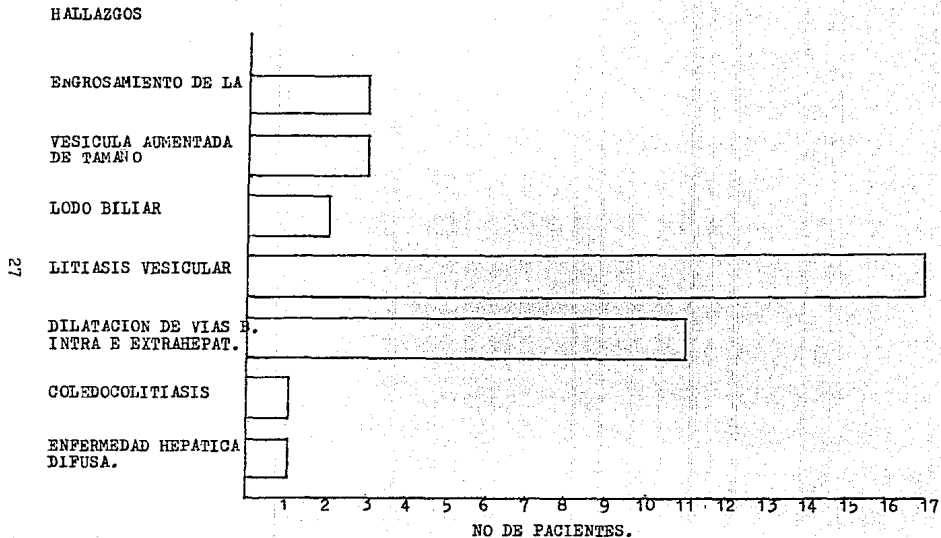
**RESULTADO DEL ULTRASONOGRAMA DE VIAS BILIARES EN PACIENTES
INGRESADOS AL HOSPITAL DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1992.**

HALLAZGOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
ENGROSAMIENTO DE LA PARED VESICULAR	3	10.0 %
VESICULA AUMENTADA DE TAMANO	3	10.0 %
LODO BILIAR	2	6.6 %
LITIASIS VESICULAR	17	56.6 %
DIL. DE VIAS BILIARES INTRA Y EXTRAHEPATICAS	11	36.6 %
COLEDOCOLITIASIS	1	3.3 %
ENFERMEDAD HEPATICA DIFUSA	1	3.3 %

FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia obstructiva ingresados en el servicio de Cirugía General

RESULTADOS DEL ULTRASONOGRAMA DE VIAS BILIARES

GRAFICA No. 3



**RESULTADOS DE LA C. P. R. T. EN LOS PACIENTES CON ICTERICIA
OBSTRUCTIVA DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 1992.**

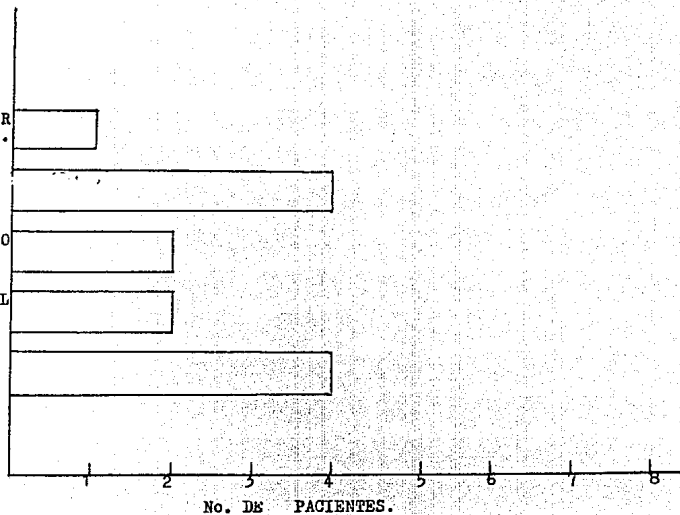
HALLAZGOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Espasmo del esfínter de ODI y litos en el coledoco	1	3.3 %
Obstrucción distal del coledoco	4	13.3 %
Estenosis del tercio medio del coledoco	2	6.6 %
Estenosis distal del coledoco	2	6.6 %
Dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas	4	13.3 %

FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia
obstructiva ingresados en el servicio de Cirugía General

RESULTADOS DE LA C.P.R.T.

HALLAZGOS

29

ESPASMO DEL ESFINTER
DE ODI Y LITIASIS C.OBSTRUCCION DISTAL
DEL COLEDOCO.ESTENOSIS DEL TERCIO
MEDIO DEL COLEDOCO.ESTENOSIS DISTAL DEL
COLEDOCO.DILATACION DE VIAS
BILIARES I y E.

ETIOLOGIA DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA DE ENERO A SEPTIEMBRE DE

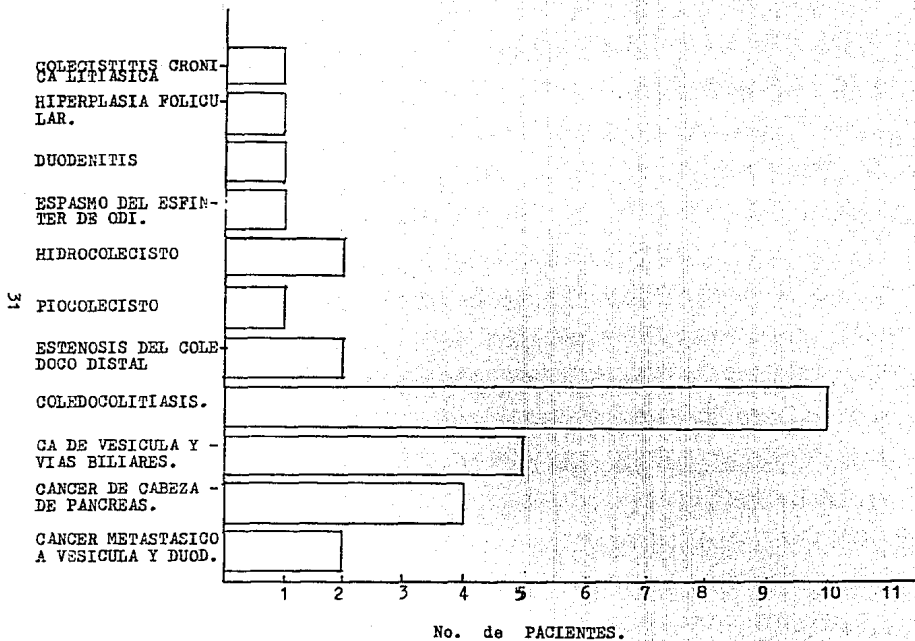
1992

FATOLOGIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Celecistitis crónica litiásica	1	3.3 %
Hiperplasia folicular	1	3.3 %
Duodenitis	1	3.3 %
Espasmo del esfínter de odi	1	3.3 %
Hidrocolecisto	2	6.6 %
Piocoolecisto	1	3.3 %
Estenosis del colédoco distal	2	6.6 %
Coledocolitriasis	10	33.3 %
Ca de vesícula y vias biliares	5	16.6 %
Cáncer de cabeza de pancreas	4	13.3 %
Cáncer metastásico a vesícula y duodeno	2	6.6 %
TOTAL	30	100.0 %

FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia obstructiva ingresados en el servicio de Cirugía General

PATOLOGIA

ETIOLOGIA DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA



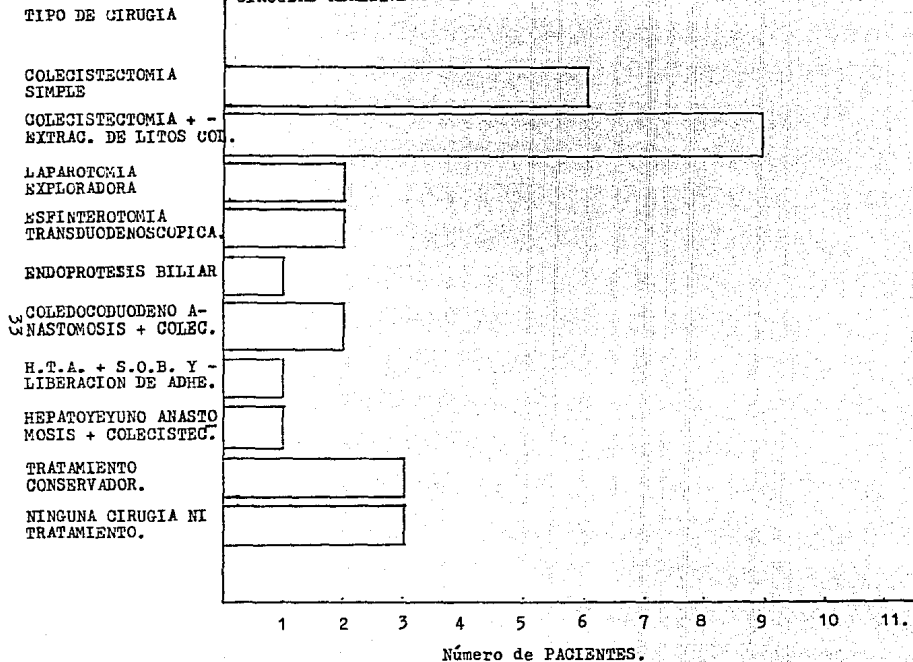
CIRUGIAS REALIZADAS PARA LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA.

TIPO DE CIRUGIA	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
Colecistectomía simple	6	20.0 %
Colecistectomía más extracción de litos	9	30.0 %
Laparotomía exploradora	2	6.6 %
Esfinterotomía transduodenoscópica	2	6.6 %
Endoprótesis biliar	1	3.3 %
Coledocoduodeno anastomosis + Colesistectomía	2	6.6 %
H.T.A. + S.O.B. + liberación de adherencias duodenales	1	3.3 %
Hepatoyeyuno anastomosis + colesistectomía	1	3.3 %
Tratamiento conservador	3	10.0 %
Ninguna cirugía y tratamiento	3	10.0 %
TOTAL	30	100.0 %

FUENTE: Cédulas aplicadas a 30 pacientes con ictericia obstructiva ingresados en el servicio de Cirugía General

CIRUGIAS REALIZADAS DE LA ICTERICIA OBSTRUCTIVA

GRAFICA 6



DISCUSION

Los síntomas que se reportan como principales en el presente estudio, se correlacionan con los referidos en otras fuentes⁽⁵⁾ siendo en orden de importancia: ictericia, náusea, vómito y coluria. El tipo de ictericia guarda relación directa con el origen de la obstrucción, así bien la ictericia incompleta correspondió al 76.6 %, en tanto que la obstrucción benigna fue del 63.3 %. La ultrasonografía de hígado y vías biliares y la C.P.R.T. fueron los estudios por imagen principalmente para el estudio de la ictericia, obstructiva, tal y como lo afirman otras series.⁽⁴⁾ La T.A.C. se realizó en sólo un caso tal vez debido a la gran demanda que tiene dicho estudio y al costo elevado del mismo, además de que la unidad hospitalaria no cuenta con él, por lo que se tuvo que solicitar por interconsulta a otra unidad y esperar programación que era tardía.

La población estudiada presentó morbilidad semejante a la reportada en otras series⁽⁹⁾ contemplando a la coledocolitiasis como la causa más frecuente de ictericia obstructiva benigna, la colecistectomía acompañada de C.T.O. y de exploración de vías biliares fue auxiliar invaluable, ya que a través de esta se detectó transoperatoriamente los cálculos presentes en el colédoco, así como permitió también apreciar la integridad de la vía biliar, así como su permeabilidad procediendo de esta manera

a la extracción de los cálculos a través de una coledocostomía y con ayuda de la infusión de solución fisiológica con sonda de Nelaton orientados hacia el ampulla así como la exploración armada con pinzas de Randall y dilatadores de Beicks, colocándose sonda en "T" y y repitiendo la colangiografía por la misma sonda para corroborar la permeabilidad. En la mayor parte la mayor parte de los pacientes no fue posible completar los estudios diagnósticos debido al tratamiento quirúrgico de urgencia.

La colecistectomía simple también favoreció el cuadro de ictericia mecánica al retirar la compresión extrínseca que ocasionaba el piocolecisto, el hidrocolecisto o el mismo proceso inflamatorio que también ejerce presión considerable. La esfinteroplastia se realizó por vía endoscópica en dos casos, uno por espasmo del esfínter de Odi y el otro por litiasis residual que no fue posible extraer por los procedimientos convencionales durante la cirugía.

Las dos derivaciones biliodigestivas así como la colocación de la endoprótesis biliar y la liberación de adherencias por invasión de cáncer metastásico de ovario fue benéfico para mejorar el cuadro icterico en forma paliativa.

24 pacientes se sometieron a cirugía, en tanto que 6 de ellos no se realizó cirugía alguna, y de los 24 pacientes operados, 20 de ellos tuvieron evolución satisfactoria en los que descendió la bilirrubina directa por debajo de 2.5 mg/100 ml en el control posoperatorio, lo que representa el 83 % de las 24 cirugías realizadas.

CONCLUSIONES

- 1.- La ictericia obstructiva tiene una causística significativa en la unidad hospitalaria .
- 2.- La coledocolitiasis representó la etiología más frecuente de obstrucción benigna y que corresponde a la de la literatura.
- 3.- La ictericia benigna resultó ser la más frecuente alcanzado el 63.3 % en relación a la maligna que fue del 36.6 % .
- 4.- El protocolo de estudio para la ictericia no fue posible llevarlo en la totalidad de los pacientes debido a que algunos ameritaban tratamiento quirúrgico de urgencias y otro evolucionó hacia la desmejoría.
- 5.- Los síntomas principales presentados en la ictericia obstructiva fueron acordes a los presentados en cuadros ya descritos.
- 6.- De la ictericia maligna, el cáncer de vesícula y vías biliares fue la causa más frecuente (consideradas conjuntamente), en 5 casos seguida de tumor de cabeza de páncreas en 4 casos.
- 7.- La colecistectomía y la extracción de cálculos en colédoco fue la cirugía más realizada y con resultados satisfactorios.
- 8.- El tratamiento paliativo para los casos de ictericia obstructiva maligna ofreció disminución de la ictericia.
- 9.- En el 66.6 % de los casos el tratamiento instaurado mejoró los niveles de hiperbilirrubinemia y por tanto de ictericia.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA
CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

NOMBRE _____ EXPEDIENTE _____ FECHA _____ No. _____
 EDAD: _____ SEXO: _____ OCUPACION _____ ORIGEN _____
 F de I: _____ F de E: _____ F de Qx _____ D de E: _____ CARACTER: U P
 ANTECEDENTES: _____ OTRAS ENF: _____

ICTERICIA	
COMPLETA	
INCOMPLETA	
INTERMITENTE	
PROGRESIVA	
SUBITA	
P.O.	ICT.CON

CUADRO CLINICO	
COLICO EN H.D.	
ESCALOFRID	
FIEBRE	
HIPOCOLIA	
ACOLIA	
COLURIA	
MAL EDO GRAL	
PERDIDA DE PESO	
NAUSEA O VOMITO	

EXPLORACION	
VESICULA PALPABLE	
HEPATOMEGALIA	
HEMATOQUECISIA	
MURPHY	
HIPOTENSION	
ALT. NEUROLOGIAS	

LABORATORIO	
LEUCOCITOSIS	
B. DIRECTA	
T.G.P.	T.G.O.
FOSFATASA A.	

BILIRRUBINAS	D	I
AL INGRESO		
PREOPERATORIA		
POSOPERATORIA		

TIPO DE OBST.	
BENIGNA	
MALIGNA	

SIMPLE DE ABDOMEN _____ S.E.G.D. _____
 U.S.G. _____ C.P.T. _____
 C.P.R.T. _____ TAE _____
 OX PREOPERATORIO: _____
 OX POSOPERATORIO: _____ C.T.O. _____
 OPERACION REALIZADA: _____ E.V.B. _____
 HALLAZGOS: _____ DX.HISTOLOGICO: _____
 EVOLUCION: _____
 OBSERVACIONES: _____

- 10.-En un caso de ictericia obstructiva, no habiendo litiasis en vias biliares y reportándose una endoscopia con duodenitis se consideró a esta como probable causante de la ictericia.
- 11.-La hipótesis planteada en el estudio reúne los escritorios en base a los datos encontrados donde en menor porcentaje se presenta la ictericia obstructiva en relación a la ictericia prehepática, e intrahepática. Así como la cirugía se resolvió en el 83 % de los casos operados, el cuadro ictérico.
- 12.-El estudio más accesible y confiable para el diagnóstico fue el ultrasonograma así como la C.P.R.T. a pesar de no contar con esta última en la unidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Schwartz, Shires and Spencer. Principios de Cirugía. Ed. Interamericana 5a. Edición, México, 1991 p.p. 969 - 979. Vol. 1
- 2.- Baez, Bravo , Chávez , Espino, Jinich, Ocaranza and Ocegüera. Nosología Básica Integral. Mendez Oteo editores. 5ta ed. Vol. 1. México 1975 p.p 223-258.
- 3.- Herman RE., Tompkins R. MD Cirugía de Vías Biliares. CGN. Ed Interamericana. 1990 Vol 6 México. p.p 1277-1310. 1347-58
- 4.- Meingot, E. Harold, Ellis. Operaciones Abdominales. Ed Panamericana, México 1990, Vol II p.p 1817-1840.
- 5.- Pérez CF, Gutiérrez SC: Ictericia Obstructiva. Fisiopatología (del Aparato) quirúrgica del Aparato Digestivo: 246-256, 1990.
- 6.- Stapel A, Putski H, Brunner G. Obstructive Jaundice in proximal pancreatitis after sclerosing of a bleeding duodenal ulcer. Gastroenterology 1991; 29(7): P 353-4.
- 7.- Huizinga WK, Thomson SR, Spitaels JM, Simjee AE. Chronic pancrea titis with biliary obstruction. Ann-R-Coll-Surg-Engl 74:119 23, 1992.
- 8.- Kim CH, Farrugia G, Farnell MB: High-grade obstructio of the proximal extrahepatic bile duct: an unusual complication of duodenal ulcer disease. Am-J-Gastroenterology 86(12) :1826-8, 1991.

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

- 9.- Buse PE, Edmundowicz Sa: Proximal common bileobsteruccion secondary to a periampullary duodenaldiverticulum. Gastrointestinal Endoscopy 37(6): 635-7, 1991.
- 10.-Lamoillatte H, BERNARD PH, Laferbvre P, Bouliard A,A.-rrnalJC, Saric J, Quinton A.:Hiatal hernia With intrathoracic gastric volvulus as a rare cause of biliary obstruction. Gastreterol-Clin-Biol 16(1):89-91, 1992.
- 11.-Younes RN,Vydelingum NA;Derooij P ,Scognaniglio F,AndradeL, Posner MC, Brennan MF:Metabolic alterations in obstructive jaundice. HPB-Surg X(1) :F35-48, 1991.
- 12.-Salm R, Hauastein KH, Ssonteimer J, Ruckawer K:Percutaneous Transhepatic cholangioscopy for gallstone therapan tumor diagnosis. Langenbecks-Arch-Chir-Suppl-K P402-7, 1991.
- 13.-Desa LA, Akosa AB, Lazzara S, Domizio P,Krauz T,Benjamin IS: Cytodiagnosis in the management of extrahepaticbiliary estriicture.Gut 32(10):P 1188-91, 1991.
- 14.-Szanto I, Banai J, Szeleczyk M, Bozalyi I: Gallstone ileus after endoscopic sphincterotomy. Orv-Hetil 133(6): F363-5, 1992.
- 15.-Omokawa S, Hashizume T, Ohsato M, Nanjo H, Asanuma Y,Koyoma K: Diseminacion of bile duct carcinoma to the liver after insertion of percutaneous biliary endoprothesis. Gastroenterology-Jpn 26(5): P 678-82, 1991.
- 16.-Watanapa P, Williamson RC: Surgical Palliation for pancreatic cancer . British Journal of S. 79(1):P 8-20, 1992.
- 17.-Batvinkov Ni, Garelik Pv: Surgical Interventions for obstruction of the extrahepatic bile ductal. Klin-Khir 9 :P40-1, 1991.
- 18.-Ivy Ej, Sarr MG, Reiman HM: Nonendocrine cancer of the pancreas in patients under age forty years. Suýgery 108: P 481 7, 1990.
- 19.-Escudero FA Aldrate JS:Cáncer de pancreas.Cirujano General 13(3): P 134-137, 1991.

- 20.-Warshaw AL, Fdez CC: Pancreatic carcinoma. The NewEngland Journal of Medicine 26 (7): P 155-157, 1991.
- 21.-Mc Gregor MJ, Lambert ME, Tweedle DE. Perfusión sin disolventes atravésdeuncateter trasnasal después de la esfinterotomía endoscópica para la eliminación de los cálculos coledocianos: Br J Surg. 2 (1): P 93-100, 1989.