

11209  
81

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA  
I. S. S. S. T. E.

HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS

TITULO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE ICTERICO  
EN CIRUGIA GENERAL.

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL DR.

NOMBRE: JOSE FILEMON SALOMON MORENO GONZALEZ.

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
ESPECIALIDAD EN CIRUGIA GENERAL.

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO  
Coordinador de Capacitación y  
Desarrollo e Investigación.

Profesor Titular del Curso  
DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA.

TESIS CON  
FALLA DE CALIDAD

Coordinador del Servicio  
DR. AMADO GOMEZ ANGELES.

30 OCT. 1992

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
★ OCT. 28. 1992  
COORDINACION DE  
CAPACITACION Y DESARROLLO  
INVESTIGACION



Subdirección General Médica  
Investigación

1  
2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

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

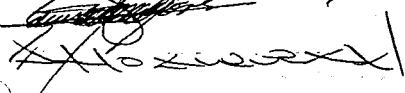
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


TITULO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL PACIENTE ICTERICO  
EN CIRUGIA GENERAL

INVESTIGADOR: JOSE FILEMON SALOMON MORENO GONZALEZ.


DOMICILIO: CALLE GUADALUPE VICTORIA No. 50.  
AMOZOC PUEBLA, PUE.

COAUTOR: DR. GUILLERMO MIJARES CRUZ 

ASESOR: DR. RAUL ALBARRAN CASTILLO. 

VOCAL DE INVESTIGACION: DR. AMADO GOMEZ ANGELES. 

  
DR. ENRIQUE GUERRERO PINEDA  
Jefe de Investigación.

  
DR. RAUL MACEDO CUE.  
Jefe de Capacitación y Desarrollo.

México, D. F. Septiembre 1992.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN.

I N D I C E

- R E S U M E N

- I N T R O D U C C I O N

- M A T E R I A L Y M E T O D O S

- R E S U L T A D O S

- D I S C U S I O N

- T A B L A S Y G R A F I C A S

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

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## RESUMEN

*La ictericia es la manifestación principal de las pato-  
lógicas de la vfa biliar. Hay tres principales causas de hi-  
perbilirrubinemia:*

*La hiperhemolisis, por conjugación defectuosa. Por de-  
fectos en la excreción, y por obstrucción intra o extrahepati-  
ca. Por patología binigna o maligna.*

*El presente estudio se lleva a cabo en el hospital re-  
gional Lic. Adolfo López Mateos del ISSSTE. Se incluyen 77 -  
pacientes de los cuales, 59 tenían patología quirúrgica, y --  
18 no la tenían de los pacientes con enfermedad quirúrgica --  
los más frecuentes en orden de presentación, fueron: coledo-  
colitiasis en 35%, colecistitis crónica agudizada y piocole-  
cisto en 20%, Ca. de vías biliares 10.3%, colangitis en 6.4%  
y apncreatitis aguda en 3.8%. De los pacientes con patología  
no quirúrgica fueron 16.8% con chan. y 6.4% con hepatitis.*

*De los pacientes operados de colecistectomía fueron en-  
viadas las muestras a estudio histopatológico definitivo, re-  
portando 8 casos con ca. de vías biliares y vesícula biliar.  
Predominando el adenocarcinoma en el 100% de ellos, de los 59  
pacientes que tenían patología quirúrgica, 43 fueron operados  
por urgencia (73%) y 16 fueron operados en forma electiva --*

(27%) 2 de estos últimos pacientes fueron operados por cirugía laparoscópica, y los otros, con el procedimiento habitual, en cuanto a la morbi-mortalidad, encontramos que de los 59 pacientes quirúrgicos, solo hubo una mortalidad del 5% y una -- mortalidad del 0%. Los pacientes de cancer de las vías biliares hubo una mortalidad del 25% antes de los 6 meses posteriores a su ingreso inicial, los pacientes de chan. tubieron una mortalidad de 30% en los primeros 6 meses posteriores a su primer ingreso. Estas estadísticas se encuentran en aproximación a las reportadas por la literatura.

## SUMMARY

Jaundice is the main picture in all pathologies of the biliary tree. There are three main causes of hyperbilirrubinemia: Hyperhemolysis, due to a defective conjugation; by failure in excretion, and, by intrahepatic or extrahepatic obstruction; by benign or malign pathology.

The current study was carried on in the Hospital Regional "Lic. A. López Mateos", I.S.S.S.T.E. 77 patients were included in the following order: 59 patients had surgical pathology, and 18 patients were free of such pathology. In the group of patients with surgical disease, the frequency was in the following order: Cholelithiasis, 25%; acute chronic cholecystitis and pyocholecyst, 20%; biliary tree cancer, 10.3%; Cholangitis, 6.4% and acute pancreatitis, 3.8%.

Patients without surgical pathology, 16.8% had alcoholic nutritional hepatic cirrhosis; and 6.4% had hepatitis. In the group of patients post-cholecystectomy, surgical samples were sent for definitive histopathology study, reporting 8 cases with biliary tree and gall bladder cancer, prevailing adenocarcinoma in 100% of them. In the group of 59 patients that had surgical pathology, 43 had emergency surgery (73%), and 16 had elective surgery (27%). Two patients in the last group had laparoscopic surgery; and the other group of patients with the customized procedure.

Respect morbidity and mortality, we found that in the group of 59 surgical patients there was 5% of morbidity and 0% in mortality. In the group with biliary tree cancer, there was about 25% of mortality before six months (after initial entry).

In the group of patients with alcoholic-nutritional hepatic cirrhosis, had a mortality rate about 30% in the first 6 months after their first entry.

These statistics approximated those reported in the literature.



## INTRODUCCION

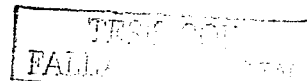
La ictericia es una de las principales manifestaciones de las patologías de hígado y vías biliares. En E.U. el 10% de la población es portadora de alguna patología de vía biliar, sin incluir los 800,00 casos que cada año se diagnostican y los 20,000.000 de personas ya diagnosticadas, aunque se sabe que esta patología tiene diversas estadísticas en varios países del mundo. Por ejemplo: en los países africanos, solamente el 5% de la población es portadora de alguna patología de vías biliares (2).

El término de ictericia, se refiere al aumento de bilirrubinas en sangre y en los tejidos, específicamente en aquellos que son ricos en elastina como son las conjuntivas.

Esta puede deberse teórica y prácticamente a 3 causas:

### I.- Formación excesiva de bilirrubinas:

- a) por destrucción de eritrocitos circulantes.
- b) procedente de los eritrocitos de la médula ósea y de sus precursores así como de las hemoproteínas diferentes a la hemoglobina.



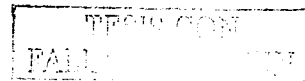
II.- *Conjugación defectuosa de bilirrubina:*

- a) *por deficiencia enzimática*
- b) *por defecto en el transporte de bilirrubina al interior de las células hepáticas.*

III.- *Excreción defectuosa de la bilirrubina:*

- a) *por defecto congénito en el transporte de bilirrubina al interior del canalículo biliar.*
- b) *por lesión hepatocelular*
- c) *por colestasis intrahepática*
- d) *por obstrucción de las vías biliares extrahepáticas*
  - *De naturaleza benigna (no neoplasias)*
  - *De naturaleza maligna (neoplasias) (1).*

*Existen otras clasificaciones, de las ictericias, pero no hay una que reúna todos los requisitos, ya que la clasificación ideal tendrá que esperar a que se resuelvan las incógnitas que aún existen acerca del metabolismo de las bilirrubinas.*



Las clasificaciones más satisfactorias y más difundidas en la actualidad son la clasificación de McNee. y la topográfica de Ducci.

A) Clasificación de McNee:

- 1.- Ictericia hemolítica
- 2.- " hepatoceleular
- 3.- " Pos obstrucción.

Ventajas:

- a) Es clínica; permite distinguir los 3 tipos principales de enfermos ictericos que se encuentran en la práctica clínica.
- b) Es práctica: permite al médico concentrar su atención en el transtorno patológico.

Desventajas:

- a) Es incompleta: no incluye los casos de ictericia que se deben a defectos en la conjugación de bilirrubina, ni los que se deben a colestasis intrahepática.

b) *No es fisiológica: ya que no permite visualizar - las semejanzas tan estrechas que existen, desde el punto de vista fisiopatológico, entre las interacciones hepátocelulares y las que se deben a obstrucción biliar.*

*B) Clasificación topográfica de Ducci.*

*1.- Ictericia prehepática.*

- No hemolítica*
- Hemolítica*

*2.- Ictericia hepática.*

- Hepátocelular*
- Hepátocanicular*

*3.- Ictericia poshepática.*

- Obstrucción incompleta*
- Obstrucción completa.*

*Ventajas:*

- a) Es muy didáctica*
- b) Es muy completa, más que las anteriores.*

*Desventajas:*

- a) *Incluye a las ictericias prehepáticas, con el nombre de no hemolíticas aquellas que se observan en la "colelémia familiar de Gilbert" En el RN. etc.*
- b) *No es fisiológica por no ser posible visualizar -- las estrechas semejanzas fisiopatológicas que existen entre las ictericias poshepáticas y la hepática, muy especialmente las hepátocanaliculares, en las cuales la ictericia se debe a colestasis intra hepática. (1)*

*Dentro de las causas más comunes de ictericia en la -- práctica de la cirugía general, se encuentran los cálculos -- en la vía biliar (coledocolitiasis). El origen de los cálculos biliares, ya fue aclarado desde 1968 por Admirandy Small. Los cuales grafican en un esquema tricoordinado las concentraciones de colesterol, sales biliares y fosfolípidos. (2)*

*Otras causas de ictericia en cirugía general incluyen: CA. de la bifurcación del conducto común (2) colangitis (2) - estenosis benignas de la vía biliar intra y extrahepática, -- CA. de hígado (3) Quiste del coledoco, y otras que aunque son muy raras pero se han descrito en la literatura, como son parasitosis de las vías biliares, quiste hidatídico, quiste hepático. Los cuales son capaces de obstruir la vía biliar y -*

*producir ictericia obstructiva.*

*Con respecto a las enfermedades congénitas, la más frecuente es el quiste del coledoco. El cual se presenta con -- una incidencia de IXI3,000, y generalmente se manifiesta en -- los niños, aunque a veces pasa desapercibido hasta la juven-- tud o edad adulta. Esta básicamente se clasifica en 3 tipos. Aunque en la última revisión de las clínicas quirúrgicas de -- 1990. Agregan otros 2 tipos y la clasificación de la forma -- que sigue.*

*Tipo I; Es una dilatación quística de conducto biliar común.*

*Tipo II; Es un divertículo del conducto biliar común.*

*Tipo III; Es una dilatación de la parte terminal del coledoco (Coledococèle).*

*Tipo IV; a) Quistes múltiples de los conductos intra y extrahepáticos.*

*b) Quistes múltiples de los conductos extra hepáticos.*

*Tipo V. Uno o múltiples quistes de la vía biliar intrahepática, con la vía biliar extrahepática normal (Enf. de Caroli) (4).*

*Con respecto a la coledocolitiasis, como causa más común de ictericia esta predispone a que en algunas ocasiones se complique con colangitis que llevan al paciente a un estado de sepsis, lo que requiere tratamiento médico y quirúrgico de urgencia, pero en muchas ocasiones las condiciones generales del paciente no permiten un tratamiento quirúrgico definitivo, y solo nos da tiempo de efectuar un procedimiento de drenaje, como es colecistostomía o drenaje de la vía biliar.*

(5)

*Se dice que cuando hay cálculos residuales en el coledoco, estos pueden ser expulsados en forma espontánea en un 10-20% en las primeras 4-6 semanas del posoperatorio.*

*Otra causa poco frecuente es el CA. hepático, con una incidencia de 19-44% esto es principalmente en fase terminal, su causa es; por obstrucción de la vía biliar, por cirrosis o por destrucción del parénquima hepático siendo el carcinoma hepátocelular el más frecuente, este se presenta con un promedio de edad a los 55 años, y sus manifestaciones son principalmente, hepátomegalia y dolor, pero en etapas finales, se presenta ictericia. (6)*

*En la práctica de cirugía general se han encontrado -- otras causas de ictericia muy raras de las cuales no se sabe a ciencia cierta cual sea la causa exacta, pero se ha presen-*

tado ictericia en resecciones esofagicas, gastricas, colecis-  
tectomias, se piensa que esta ictericia se presenta cuando --  
se hacen resecciones radicales, en las cuales se involucran --  
las vfas biliares, por la gran hemorragia y hemolisis conse--  
cuente, por sepsis posoperatoria o por los anestésicos hepá--  
totóxicos. (5-6-7).

También se ha encontrado que en los pacientes que ha -  
permanecido mucho tiempo con apoyo nutricional, puede haber -  
una infección de la vfa biliar por translocación bacteriana -  
a partir del intestino, lo que origina una colangitis (7).

En cuanto al diagnóstico, todo paciente que ingresa a  
los diferentes servicios médicos, con diagnósticos de patolo-  
gías de vfa biliar, debe ser protocolizado con los siguientes  
exámenes de laboratorio; BH, QS, TP, TPT, TGO, TGP. FA. Pro-  
teínas totales. Y si hay sospecha de malignidad, debiera to-  
marce antígeno carcinoembrionario y alfafetoproteína.

Con respecto a los estudios de gabinete: Encontramos  
que mucho se ha avanzado, si partimos desde 1897. En que Wi-  
llians visualiza por primera vez la vesicula biliar, y en ---  
1921. B. Khorrdt. Efectua la primer colangiografía percu-  
tanéa transhepática. Y en 1970. En que Well. y Colz. visua-  
lizan la vesicula por USG. Hoy en día la mayor parte de es-  
tos estudios han sido desplazados gracias al advenimiento de



la endoscopia, con la realización de CPGRE. a partir de 1974, y otros estudios muy avanzados como lo es la TAC. simple y -- contrastada, la gamagrafía hepática, la colangiogramagrafía, - la cual es un estudio dinámico que nos permite visualizar la vía biliar en forma dinámica y estática, utilizando T.99 y Galio 44. o la resonancia magnética, la cual nos permite detectar tumores hasta de 5 mm. los cuales por otros métodos convencionales pasarían desapercibidos. (9)

En cuanto a la CPGRE. esta es una técnica que nos sirve de diagnóstico y de tratamiento. En la coledocolitiasis - primaria o por cálculo residual efectuando una esfinterotomía y extracción de los cálculos.

Algo que es muy indispensable en el diagnóstico definitivo de estas patologías es el estudio histopatológico, que - hoy en día gracias a los avances podemos conocer el Dx. En - unos cuantos minutos en el transoperatorio, gracias a los cortes por congelamiento, y a las tinciones con el método H-e.

Finalmente llegamos al tratamiento, del paciente icterico en cirugía, en cuanto a la patología más frecuentes que se resuelve quirúrgicamente encontramos a la coledocolitiasis, que habitualmente se resuelve con cirugía a cielo abierto con exploración de la vía biliar, en el caso de que sea - por cálculo residual, esta se puede resolver por 2 formas:

A) Por extracción percutánea.

B) Por CPGRE.

En cuanto a la extracción percutánea existen varias --  
formas.

I) Extracción percutánea a través de una trayectoria --  
creada quirúrgicamente.

a) por sonda en t.

b) por colecistostomía.

Por estas vías se extraen o se fragmentan los cálculos, por medio de sondas, canastillas, globos, pinzas endoscópicas, laser, sondas electrohidráulicas o ultrasonicas, estas técnicas aparecieron desde fines del decenio de 1960. Y logran -- aceptación generalizada después de la publicación de Mazzariele en 1975. de 220 casos.

A través de la sonda en T: Debe usarse una sonda de -- calibre mayor de 14 f. guiadas por fluoroscopia, se pasa a -- través de la sonda, la canastilla, la que más se utiliza es -- la de 4 alambres. Se pasa la canastilla más allá del cálcu-- lo, si este es muy grande primero se fragmenta, con movimien-- tos de rotación se atrapa el cálculo y se extrae, se toma una colangiografía a través de la sonda y a los 5 días se repite,

si no hay cálculos se retira la sonda. De la misma manera se hace con los otros instrumentos.

También se pueden pasar a través de la sonda, dispositivos para litotricia electrohidráulica o ultrasonica, así -- como laser. Para fragmentar los cálculos en visualización directa. También se pueden utilizar la litotricia extracorporeal por onda de choque, estas técnicas dan buenos resultados hasta en un 95%. Como lo han reportado muchos autores, entre los cuales se encuentran Mazzariello y Burhene.

A través de colecistostomía: Es el mismo mecanismo, -- ya que está la colecistostomía, se pasa las canastillas y --- alambres, hasta visualizar la vía biliar intra y extrahepática, todo esto se guía por fluoroscopia.

Acceso percutáneo en ausencia de trayecto creado quirúrgicamente: Esto se puede hacer por punción percutánea, -- la cual fue descrita desde 1974. En ocasiones es necesario -- utilizar el metil-ter-butyl, para disminuir el tamaño del cálculo.

Esta misma punción percutánea se puede utilizar cuando hay una derivación biliointestinal, se aborda por el asa aferente hasta llegar a la vía biliar y utilizando canastillas o -- globos se extraen los cálculos.

Estos métodos descritos, se han usado ya desde hace muchos años, los cuales tiene la ventaja de que evitan una cirugía de más a los pacientes, pero hoy en día han sido desplazados por la CPGRE. la cual como ya se dijo antes nos sirve de diagnóstico y tratamiento.

Otros procedimientos convencionales para cirugía de vías biliares, es la colecistectomía simple, la cual cada día es desplazada por procedimientos más avanzados como la colecistectomía por laparoscopia, que día a día cobra fuerza. (10-11).

La CPGRE. tiene sus indicaciones precisas que son:

Ictericia, antecedentes de pancreatitis, dilatación de conductos biliares fistula biliar, colico biliar, pseudoquistes colangitis, dilatación del conducto pancreático entre otras (12-13).

En cuanto al Tx. quirúrgico de las neoplasias, poco se ha avanzado, ya que se han hecho estudios los cuales demuestran que no hay variables significativas en cuanto al Tx. quirúrgico y el médico con radioterapia, (14) o algún otro tratamiento paliativo. Ya que la sobrevivencia de estos pacientes es menos del 10% a los 5 años. (15)

## MATERIAL Y METODOS:

De marzo de 1991 a marzo de 1992 se estudian un total de 77 pacientes ictericos que ingresan al servicio de urgencias adultos y consulta externa de cirugía general, del hospital regional Lic: Adolfo López Mateos. del ISSSTE. con un rango de edad de 16 a 84 años, con una edad media de 51 años. De los cuales ingresan 61 pacientes (78%) por el servicio de urgencias, con los diagnósticos de síndrome icterico en estudio (34) colecistitis aguda (2) piocolecisto (3) coledocolitiasis (5) pancreatitis aguda (2) cirrosis hepática alcoholo nutricional (chan) (5) hepatitis (2) y probable cancer de vías biliares y cabeza de pancreas (2) 16 pacientes (22%) -- ingresaron por consulta ext. de cirugía general.

A todos los pacientes se les realizo los exámenes básicos (BH. QS. TP. TPT. PFH) amilasa solo en 27.2% lipasa en -- 5.8%. Todos estos estudios se efectuaron en aparato (citometro) aca. II. Así mismo se realizaron estudios de gabinete como Rx. de torax. Y abdomen: en aparato de Rx. phillis, con mesa Dx. 100 con generador M-80 al 90.9% de los pacientes se les efectua USG. de hígado y vías biliares, con ultrasonografo gener. electric. Y al 7.7% de los pacientes se les efectua tac. (tomografía computarizada) con tomografo. Oct-1000 - general electric. Se efectua colangiopancreatografía con teginésion 99 a 27.7% y colangiogramografía a 2.5% también con teg

nesión 99. Biopsia hepático, con tinción con el método de H-E. Y visualización con fotomicroscopio zeiss a 2.5% de los pacientes con Dx. de chan. Los 77 pacientes fueron valorados por el servicio de cirugía general. Y a los que no se les en contro patología quirúrgica fueron canalizados a otros servicios, como medicina interna y gastroenterología se presentan los resultados en las gráficas y tablas.

#### RESULTADOS:

De los 77 pacientes valorados por cirugía general, se encontro unicamente que 59 eran quirúrgicos (76.6%) (22 masculinos y 37 femeninos) y 18 (23.4%) con patología no quirúrgica (9 masculinos y 9 femeninos) 13 con chan (16.8%) (7 masculinos y 6 femeninos) 5 con hepatitis (6.4%) (2 masculinos y 3 femeninos) el diagnóstico final de los pacientes con enfermedad quirúrgica fue: 16 con colecistitis aguda y piocolecisto (20%) (5 masculinos y 11 femeninos) 27 con coledocolitiasis (35%) (11 masculinos y 16 femeninos) 5 con colangitis -- (6.4) (1 masculino y 4 femeninos) 3 con pancreatitis aguda -- (3.8%) (1 masculino y 2 femeninos) 8 con cancer (Ca) de vesícula y vías biliares (10.3%) (4 femeninas y 4 masculinos) los sintomas predominantes a su ingreso fueron: dolor en 68 ---- (88.5%) vomito en 65 (84.4%), ictericia en 77 (100%) y fiebre en 26 (33.7%) otros sintomas poco frecuentes como anorexia, -astenia, adinamia (AAA) en 34 (44.1%) coloria y acolia en 35

(45.4%) hepatomegalia en (19.4) y hepatalgia en (7.7%) el 82% tenían antecedentes de intolerancia a colecistoquineticos, -- dentro de otros antecedentes de importancia estan: tabaquismo en 46.7% y alcoholismo en 58.4%. De los pacientes que fueron operados de colecistectomia, ya sea por urgencias o programada, el 100% de piezas quirúrgicas fueron mandadas a patolo--- gfa para estudio definitivo, el estudio histopatológico, fue el que dio el diagnóstico definitivo. En cuanto al egreso -- del hospital. 57 (64%) con mejoría, 14 (18%) con curación y - 6 (7.7%) por muerte. Esto nos da una mortalidad global de - 7.7% (30% de los pacientes con chan. y 25% para los pacientes con Ca.) Los otros grupos no tuvieron mortalidad y solo una mortalidad del 5%.

#### DISCUSION:

Actualmente con el avance de la cirugía moderna, así - como con los nuevos métodos diagnósticos y terapeuticos, se - ha enriquecido y actualizado nuestro manejo de los pacientes ictericos. Sin embargo en diversas publicaciones se ha señá- lado que no existe un metodo clínico, laboratorial, y radio-- lógico que precice la condición de malignidad o benignidad -- del paciente con patologfa de la vfa biliar, ya que hoy en -- día se sigue sometiendo a pacientes con ictericia a cirugía - en calidad de urgencia, y es hasta el transoperatorio, en que por los hallasgos macroscopicos sospechamos de alguna enferme

dad maligna, la cual comprobamos hasta el reporte definitivo de patología.

En nuestra serie de 77 pies, con ictericia encontramos que hemos obtenido cifras que se aproximan a las reportadas en la literatura internacional y nacional, en la que encontramos que las patologías mas frecuentes de la vía biliar que no sean malignas tal es el caso de la colecistitis litiasica aun sigue predominando en la mujer. Con una relación de 3/1. No así para la cirrosis hepática en la cual encontramos que predomina en el sexo masculino, con relación 1/1.1. cifra que se encuentra distante a la reportada, por otros autores, sin embargo en la patología maligna de las vías biliares, encontramos que la relación es de 1/1. y que predomina en la 4a. y 5a. década de la vida, y que más aun cuando se descubre es tarde, ya que en esta etapa se encuentra muy avanzada, y en el 25% de estos pacientes se presento la muerte antes de los 6 meses de haber sido diagnosticados, y el resto de pacientes continuan viviendo pero en muy malas condiciones, por el tratamiento de radioterapia y quimioterapia otro aspecto importante, es la baja morbilidad, que se encontro en nuestros pacientes operados de colecistectomia, ya sea simple o con exploración de vías biliares que tan solo fue del 5% así mismo la mortalidad fue del 0%. Hoy en día con el auge que tiene los procedimientos quirúrgicos, tal es el caso de la cirugía laparoscópica, que cada vez desplaza más y más a la cirugía a cielo --



abierto, así como con los avances en la endoscopia, y el perfeccionamiento de la colangiografía retrógrada, y procedimientos quirúrgicos y diagnósticos que por ella se hacen, se tiene calculado que para fines del decenio de los noventa, un gran porcentaje de pacientes, se diagnostiquen en etapas iniciales, de su patología, con esto disminuya el porcentaje de neoplasia intratables, se mejore la calidad de los procedimientos quirúrgicos y disminuya aun más la morbi-mortalidad - que se tiene hoy en día.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

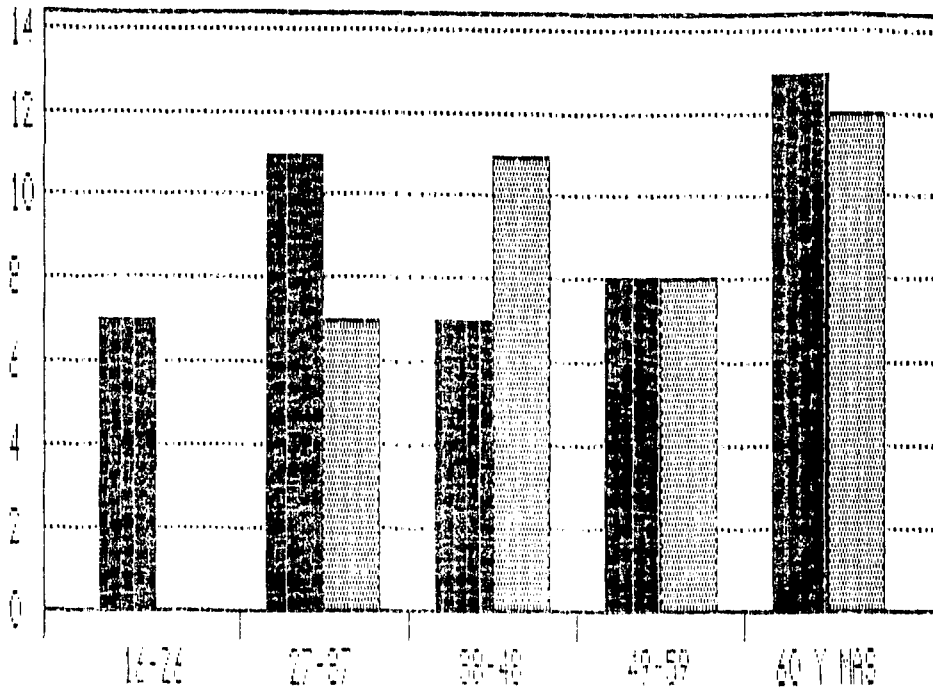
**POBLACION ESTUDIADA POR  
EDAD Y SEXO**

EDAD	MASCULINO	FEM.	TOTAL	%
16 - 26		7	7	9
27 - 37	4	7	11	14.2
38 -- 48	7	11	18	23.3
49 - 59	8	8	16	20.7
60 Y MAS	13	12	25	32.4

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: HRLALM

Nº. CASOS



POBLACION ESTUDIADA POR EDAD Y SEXO

GRAFICA No. 1

FUENTE: HRLALM

Dx. DE INGRESO SEGUN SEXO

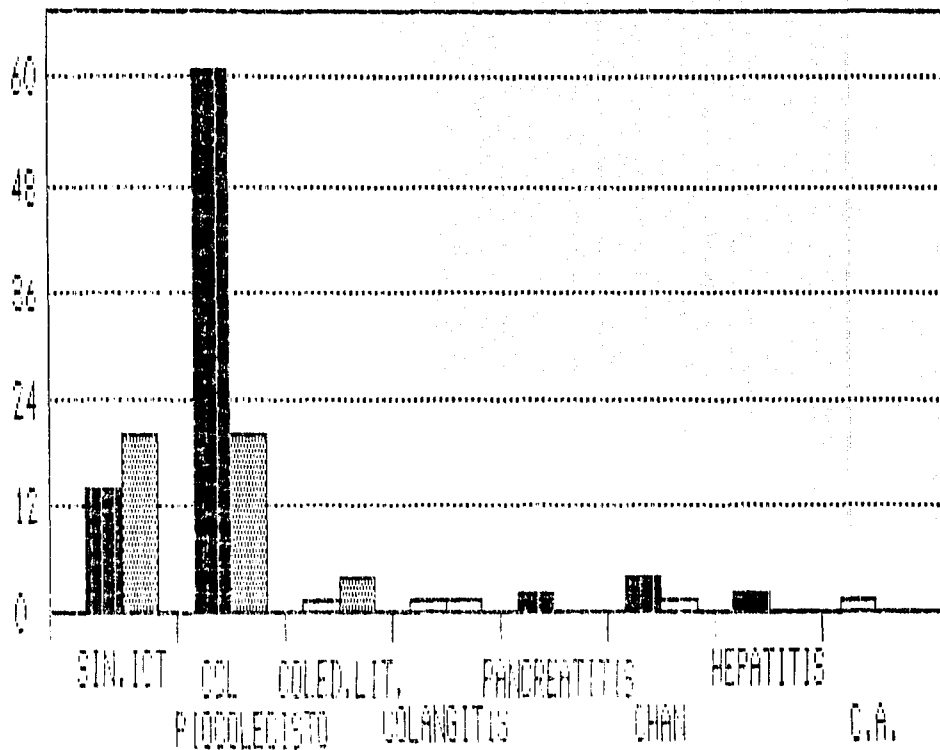
TABLA No. 2

Dx	MAS	FEM	TOTAL	%
SIND. ICTERICO	14	20	34	44
CCL PICOLECOSTO	6	20	26	33
COLEDOCOLITIASIS	1	5	5	6.4
COLANGITIS	1	2	2	2.5
PANCREATITIS	2	2	2	2.5
CHAN	4	5	5	6.4
HEPATITIS	2	2	2	2.5
C.A.		1	1	1.2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: EXPEDIENTES DE LOS PACIENTES VALORADOS POR CIRUGIA GENERAL.

No. CASOS



GRAFICA No. 2

DI. DE INGRESO

FUENTE: HRLALM

TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN

# TOXICOMANIAS

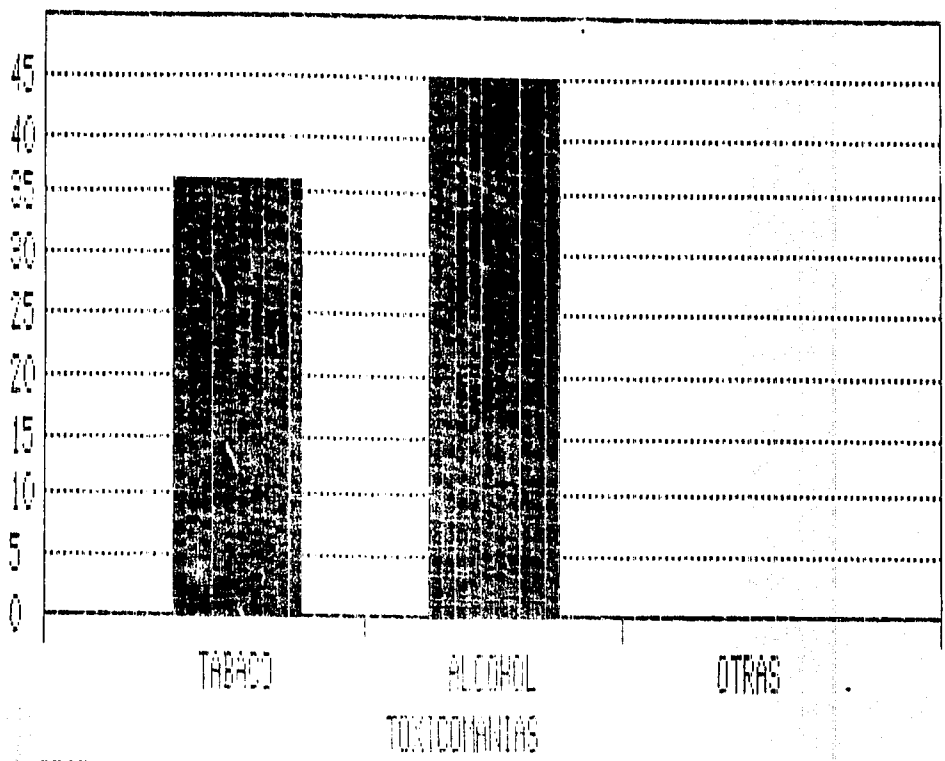
## TABLA No. 3

	TABAQUISMO	ALCOHOL.	OTROS
+	12	22	-
++	15	11	-
+++	7	11	-
++++	2	1	-
TOTAL	36	45	8

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: HISTORIA CLINICA

No. CASOS



GRAFICA No. 3

FUENTE: HRLAM

**SIGNOS Y SINTOMAS**  
**TABLA No. 4**

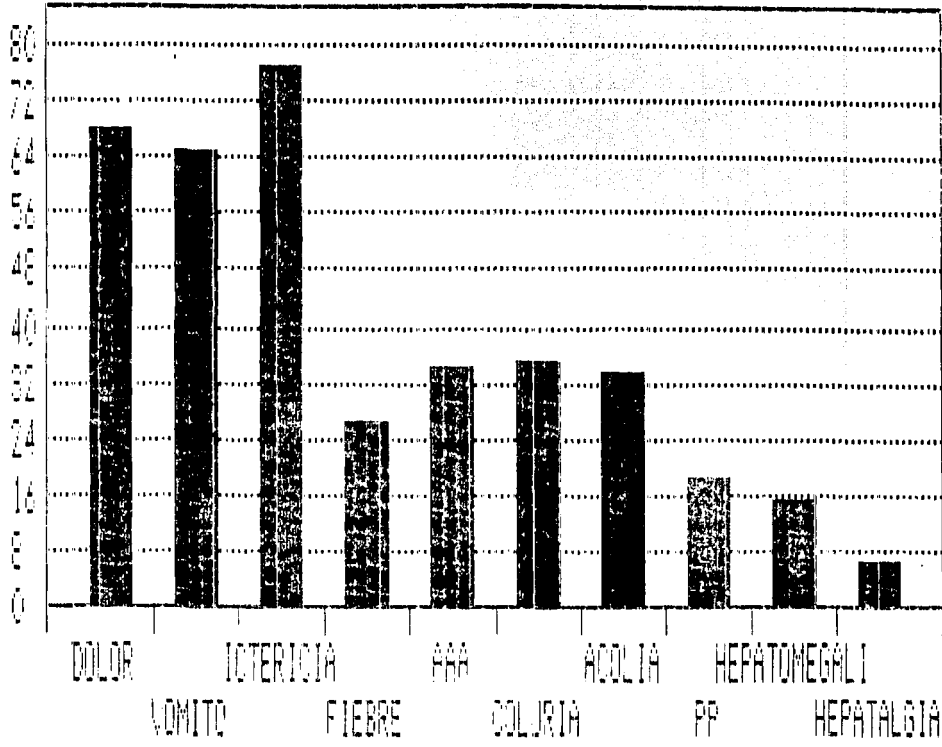
	DOLOR	VOMITO	ICIE RÍCIA	FIE BRE	AAA	COLU RIA <sup>u</sup>	ACO LIA	PP	HE PATO MEG.	HE PATO LIT.
CCL COLEDO COLIT.	58	48	51	15	13	19	17	4	2	1
CHAN	8	8	13	6	9	8	8	6	6	2
HEPATITIS	4	3	5	2	4	3	3	2	4	2
C.A.	6	6	8	3	8	5	5	6	3	1
TOTAL	68	65	77	26	34	35	33	18	15	6
%	88.3	84.4	100	33.7	44.1	45.4	44.8	23.3	19.4	7.7

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: HRLALM



No. CASOS



GRAFICA No. 4

SIGNOS Y SINTOMAS

FUENTE: HRLALM

# I C T E R I C I A

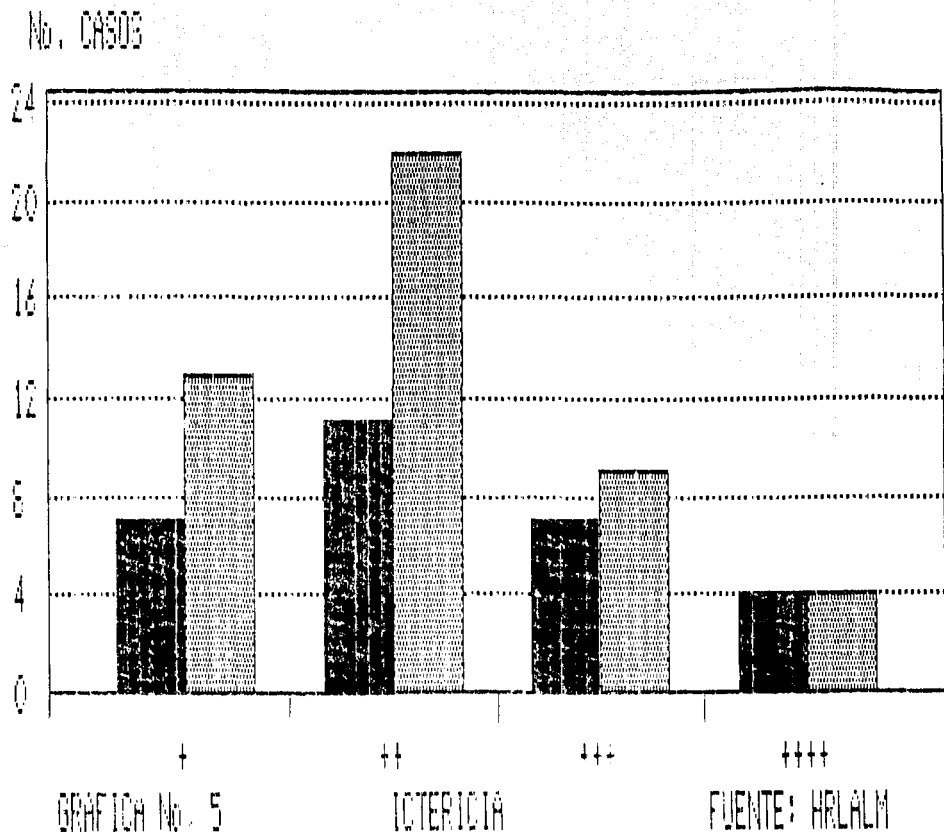
## TABLA No. 5

	MASCULINO	FEM	TOTAL	%
+	7	13	20	25.9
++	11	22	33	42.8
+++	7	9	16	20.7
++++	4	4	8	10.3

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: NOTA DE INGRESO

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
MATERIA DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS



LABORATORIOS  
TABLA No. 6

	BT	BD	BI	TGO	TGP	FA	AMILP SA	DHL	PT
SCC COLEDOCOLIT.	51	51	51	44	42	35	18	11	29
CHAN	13	13	13	13	13	11	1	7	9
HEPATITIS	5	5	5	5	5	4	-	2	2
C.A.	8	8	8	8	8	5	2	3	4
TOTAL	77	77	77	70	68	55	21	23	44
%	100	100	100	90	88.3	71.4	27.2	29.8	57

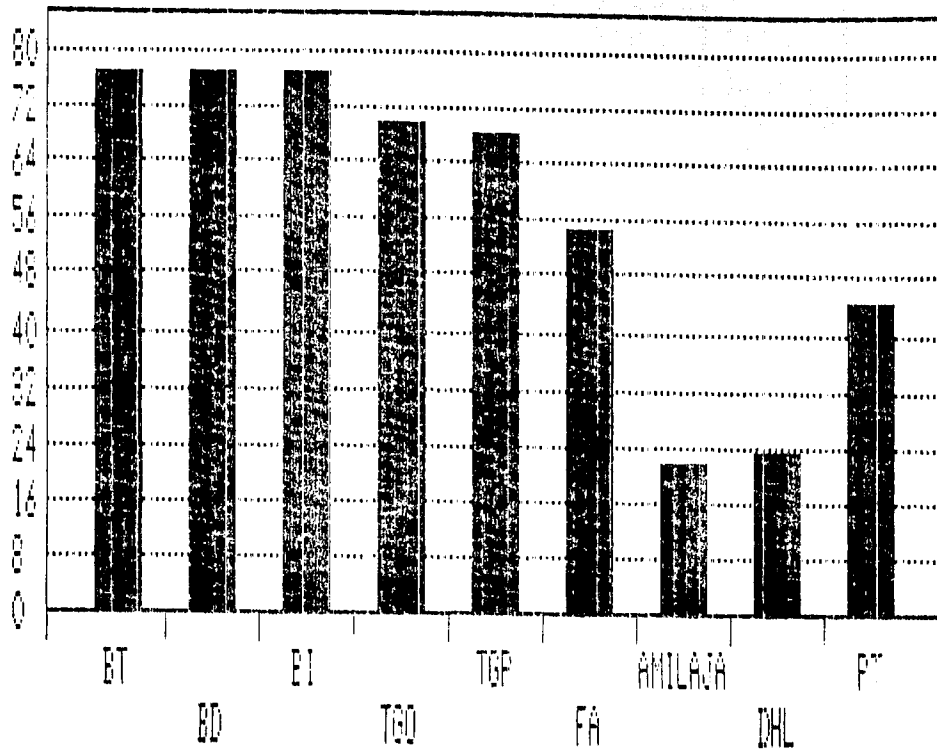
REGISTRO  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: HRLALM

ESTA TERCERA  
DE LA BIBLIOTECA

RECIBIDO EN  
EL INSTITUTO VENEZOLANO  
DE INVESTIGACIONES  
CIENTÍFICAS

Nº. CASOS



GRÁFICA No. 6

LABORATORIOS

FUENTE: HRLALM

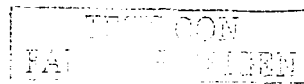
23

# ESTUDIO DE GABINETE Y PATOLOGIA

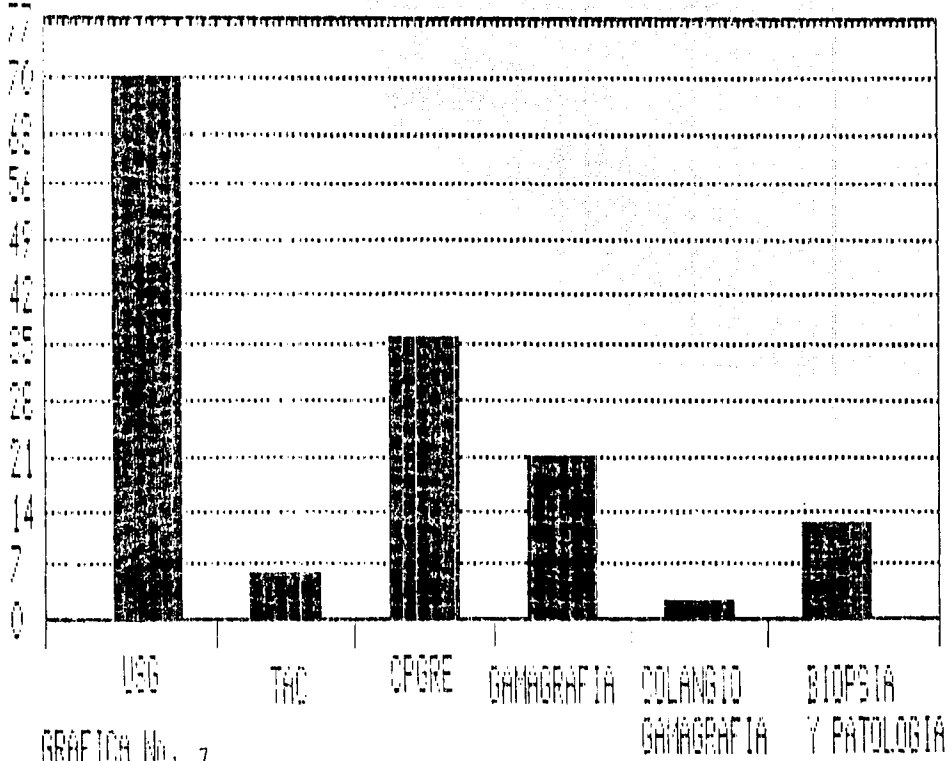
## TABLA No. 7

	USG	IAC	CPGRE	GAMAGRAFIA	COLANGIOGAMAGRAFIA	BIOPSIA
CCL COLECOLECISTITIS PICOLECISTO	58	1	23	-	1	
CHAN	9	-	7	11	-	2
HEPATITIS	4	1	1	5	-	2
C.A.	7	4	5	5	1	8
TOTAL	78	6	36	21	2	12
%	98.9	7.7	46.7	27.2	2.5	15.5

FUENTE: HRLALM



Nº. CASOS



GRAFICA No. 7  
FUENTE: HRLALM

DIAGNOSTICO  
FINAL

TABLA No. 8

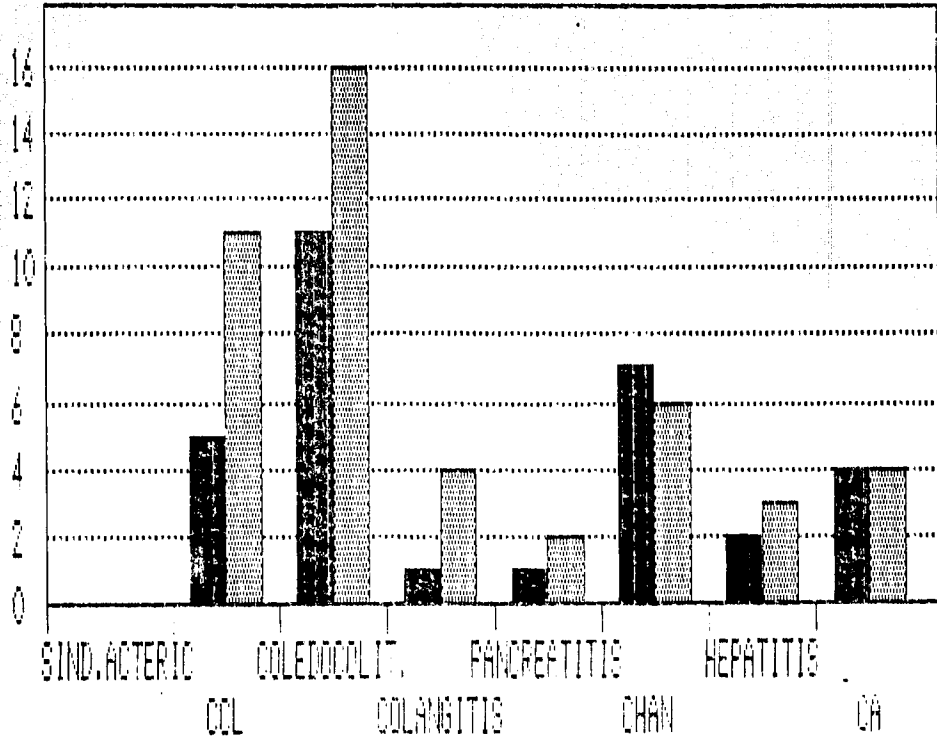
Dx.	MAS	FEM	TOTAL	%
SIND. ICTERICO	-	-	-	-
CCL PIROCOLECISTO	5	11	16	28
COLEDOCOLITIASIS	11	16	27	35
COLANGITIS	1	4	5	6.4
PANCREATITIS	1	2	3	3.8
CHAN	7	6	13	16.8
HEPATITIS	2	3	5	6.4
C.A.	4	4	8	10.3

TESTS CON  
EVALUACION DE ORIGEN

FUENTE: HRLALM



Nº. CASOS



GRAFICA No. 8

Dr. FINAL

FUENTE: HRLALM

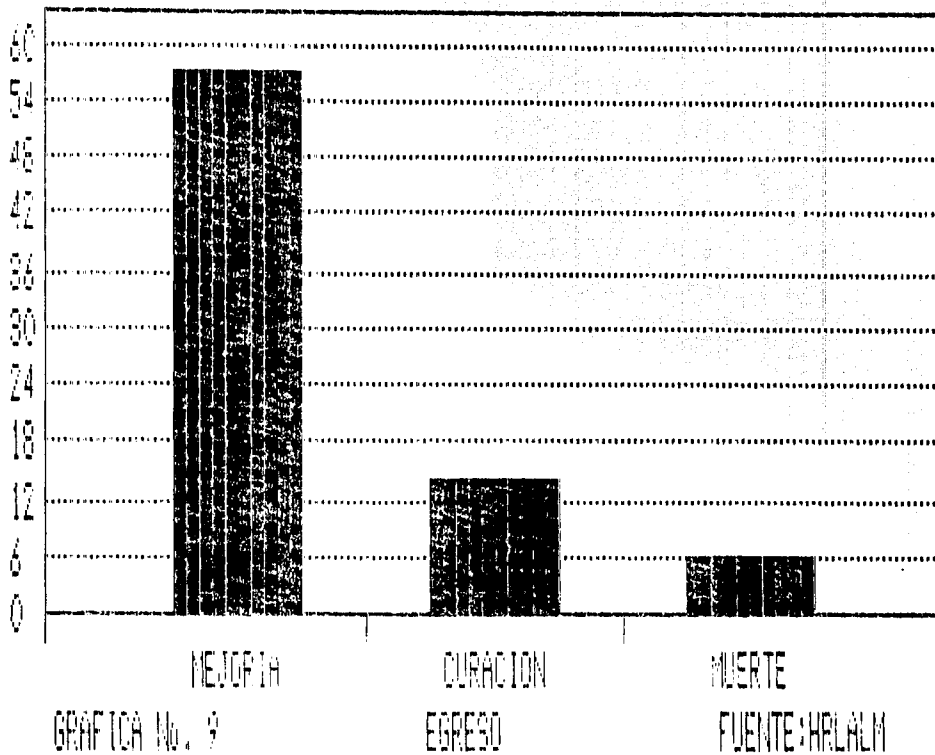
# E G R E S O

## TABLA No. 9

	MEJORIA	CURACION	MUERTE	MORTALIDAD POR PATOLOG
CCL. PIROCOLECISTO COLEDOCOLIT. COLANG.	37	14	-	-
CHAN	9	-	4	38%
HEPATITIS	5	-	-	-
C.A.	6	-	2	25%
TOTAL	57	14	6	-
%	74	18	7.7	--

FUENTE: HRLALM

Nº. CASOS



REPRODUCCION  
PROHIBIDA

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

- 1.- O. Jinic. EN ENFERMO ICTERICO. *Interam.* 1982. 12-42.
- 2.- Edward C.S. Lai, FRCS, FRACS, Iain A. Peterson y col.s. COLANGITIS AGUDA SEVERA. *Surg. March.* 1990. 107. 3. --- 268-272.
- 3.- Kinberly D. Saunders, MD, Joe A. Cates MD, Joel J. Roslyn MD. PATOGENIA DE LOS CALCULOS BILIARES. *Clin. Quir. De Norte. am.* 1990. 6. 1205-1225.
- 4.- David Vanderpool, MD, B. Ward Lane, MD, John W. Winter, MD, y col.s. QUISTE DE COLEDOCO. *Surg. Gynecol. Obst.* -- Novem. 1988. 167. 447-451.
- 5.- Toshimasa Tsujinaka, MD, Yoshihiro Kido, MD, Michio Oga-  
wa, MD, y col.s. HIPERBILIRRUBINEMIA SECUNDARIA Y RECE-  
CION TRANSTORACICA DE CANCER ESOFAGICO. *The am.jour.of.*  
*gastroent. Jun. 9.1990. 85. II. 1473-1479.*
- 6.- Nicholas S. Hadjis, MD, J.Ian Blenkhart, MSC. Gregory --  
Hatzis, MD, y col.s. PATOLOGIA Y SECUENCIAS HEMODINAMI-  
CAS DE LA OBSTRUCCION BILIAR UNILOBAR ASOCIADA A ATROFIA  
DEL HIGADO. *Surgery. May. 1991. 109. 5. 671-676.*

- 7.- Edwin A. Deitch. MD. Kevin Sittig MD, Ma. Li. MD, y col.  
s. ICTERICIA OBSTRUCTIVA PROMOVIDA POR TRASLOCACION BAC-  
TERIANA DEL INTESTINO. *The am. jour. of. surg. Jun. --*  
*1990. 159. 79-83.*
- 8.- J. Kill, MD, PhD. A. Kruse, D, and. M. Rokkjaer, MD, Ar-  
thus, Dermark. TRATAMIENTO DE LOS CALCULOS EN UN CONDUCC-  
TO BILIAR LARGO, CON DRENAJE BILIAR ENDOSCOPICO. *Surge-*  
*ry. January. 1989. 105. I. 51-55.*
- 9.- Rick Feld. Alfred B. Kurtz, and Robert K. Zeman. IMAGEN  
DE LA VESICULA UNA PERSPECTIVA HISTORICA. *AJR. April --*  
*1991. 156. 737-740.*
- 10.- DAVID, E. Sheeres, MD. Irwin Simon M.D. Jeffrey L. Pons-  
ky M.D. F.A.C. COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGADA ENDOS-  
COPICA, EN LA PRACTICA DE CIRUGIA GENERAL. *The Am. Sur-*  
*geon. March. 1990. 53. 3. 185-191.*
- 11.- Toshihara Tsuzuki. MD, Shigeru Kuramoch. MD, Atsushi Su-  
gioka, MD. y col.s. HALLASGOS DE AUTOPSIA, POSRECECCION  
EN PACIENTES CON CANCER DE LA BIFURCACION DEL CONDUCTO -  
COMUN. *Cancer. Jun. 15, 1991. 67. 12. 3010-3013.*
- 12.- By Kennetch R. Hande, Steven N. Wolff, F. Anthony Greco  
y col.s. CINETICA DEL ETOPOSIDE, EN PACIENTES CON ICTERI-  
CIA OBSTRUCTIVA. *Jornal of. cl. Oncol. June. 1990, 8. 6.*  
*1101-1107.*

- 13.- M. Cainzos, J. Potel, y J.L. Puente. ANERGIA EN PACIEN--  
TES CON LITIASIS BILIAR. Br. J. Surg. 1989. 1. 5, Februa  
ry. 453-456.
- 14.- John C. Flickinger, MD, Alan H. Epstein, MD, Shunzaburo  
Iwatsuki MD, y col.s. RADIOTERAPIA PARA EL CARCINOMA PRI  
MARIO DE LA VIA BILIAR EXTRAHEPATICA. Cancer. July. --  
1991. 68. 289-393.
- 15.- Wan-yea Lau, FRCS (Ed) Fracs, Facs. Joseph W.C. Leung, -  
MD, y col.s. MANEJO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR, CON PRE  
SENCIA DE ICTERICIA OBSTRUTIVA. The am. Jour. of. surg.  
Sep. 1990. 160. 280-282.

TELE CON  
FALLA DE ORIGEN