

ÍCTERO OBSTRUCTIVO EXTRAHEPÁTICO.

Dr. Gilberto Pardo Gómez (1)

1. Clasificación.

- 1.1. Lesiones congénitas.
 - 1.1.1. Atresias.
 - 1.1.1.1. Compatibles con la vida.
 - 1.1.1.2. No compatibles con la vida.
 - 1.1.2. Dilatación congénita idiopática del colédoco.
- 1.2. Litiasis Coledociana.
- 1.3. Lesiones post-operatorias de la vía biliar principal.
 - 1.3.1. Sección o ligadura de colédoco o de los conductos hepáticos.
 - 1.3.2. Estenosis post- operatorias.
- 1.4. Papilitis u odditis estenosantes.
 - 1.4.1. Primitivas.
 - 1.4.2. Secundarias.
- 1.5. Linfadenopatías en hilio hepático.
- 1.6. Colangitis Esclerosantes.
- 1.7. Adherencias postoperatorias masivas.
- 1.8. Diverticulitis yuxtapapilar del duodeno.
- 1.9. Úlcera duodenal cicatrizada que toma la papila.
- 1.10. Pancreatitis.
- 1.11. Cuerpos extraños.
- 1.12. Parásitos.
 - 1.12.1. Áscaris.
 - 1.12.2. Fasciolas.
- 1.13. Tumores.
 - 1.13.1. Benignos.
 - 1.13.1.1. De las Vías Biliares.
 - 1.13.1.2. De la Papila.

(1) Profesor de Mérito (ISCM- H), Prof. Titular de Cirugía (Consultante),
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán, Especialista de 2º Grado en
Cirugía General, Secretario del Grupo Nacional de Cirugía del MINSAP.

1.13.2. Malignos.

De cualquier segmento de las vías biliares desde los conductos intrahepáticos, hasta el ampulla de Vater. Debe de individualizarse el del confluente hepático (tumor de Klatskin) y el del ampulla (periampulas).

2. Diagnóstico.

Se tendrán en cuenta los antecedentes, síntomas y signos de modo primordial.

2.1. Exámenes complementarios.

2.1.1. Laboratorio.

- 2.1.1.1. Pigmentos biliares en orina.
- 2.1.1.2. Bilirrubina total y fraccionada.
- 2.1.1.3. TGP y TGO.
- 2.1.1.4. Fosfata Alcalina.
- 2.1.1.5. Coagulograma.
- 2.1.1.6. Proteínas totales y fraccionales.

2.1.2. Imagenológicos.

- 2.1.2.1. Ultrasonido de abdomen superior, buscando dilatación de vías biliares Intrahepáticas.
 - a) Dilatadas.
Colangio pancreatografía retrograda Endoscópica C.P.R.E.
Colangiografía Percutánea transhepática C.P.H.
 - b) No dilatadas.
C.P.R.E.
- 2.1.2.2. Tomografía Axial o helicoidal.
- 2.1.2.3. Resonancia Magnética nuclear con o sin contraste.
- 2.1.2.4. Gammagrafía hepática.
- 2.1.2.5. Arteriografía selectiva (tronco celíaco).

3. Tratamiento.

3.1. Preoperatorio.

- 3.1.1. Mejorar el estado nutricional.
- 3.1.2. Vitamina K controlándola con tiempo de protrombina.
- 3.1.3. Si existiera infección sobre añadida. Antibióticos de amplio espectro (ver antibióticos).

3.2. Operatorio.

3.2.1. En Colangitis supuradas:

- 3.2.1.1. C.P.R.E. Esfinterotomía dejando prótesis.
- 3.2.1.2. Catéter nasobiliar transitorio.
- 3.2.1.3. Colecostomía y sonda en T (puede hacerse por mínimo acceso si se tiene experiencia).
- 3.2.1.4. Colectostomía: puede hacerse por mínimo acceso o abierta.
- 3.2.1.5. Antibiotecoterapia (ver antibióticos).
- 3.2.1.6. Después de eliminada la sepsis se tratará la causa de la infección: cálculos, estenosis, tumores, etc.

3.2.2. Tumores.

3.2.2.1. Benignos. Se extirparán, restableciendo la continuidad de la vía biliar.

3.2.2.2. Malignos

- a) En rama del conducto hepático.
 - Lobectomía. Intento curativa.
 - Derivación. Paliativa. Tipo Longmire.
- b) En la bifurcación (Klatskin) o inmediatamente debajo.
Resección y hepaticoyeyunostomía izquierda (Hepp) o cualquiera de las variantes de esta operación.
- c) En el hepático común o debajo del hepatocístico.
 - Curativo: resección y anastomosis bilio-digestiva.
 - Paliativo: derivación: Colecisto yeyunostomías.
- d) En ampulla de Vater.
 - Pancreato duodenectomía en cualquiera de sus variantes (curativo).
 - Paliativo: Derivaciones. Si se emplea vesícula, recordar comprobar permeabilidad del cístico.

3.2.3. Estenosis Cicatriciales: Derivaciones dependiendo de la localización de la misma. Si son altas preferir la de Hepp.

3.2.4. Litiasis Coledociana (ver capítulo anterior).

3.2.5. Atresia de las vías biliares: ver Cirugía Pediátrica.

3.2.6. Quiste del Colédoco: colédoco duodenostomía latero - lateral o Colédoco yeyunostomía en Y de Ronx en el sitio más declive.

3.2.7. Cuerpos extraños: Coledocotomía y extracción de los mismos. Puede hacerse por C.P.R.E., mediante Esfinterotomía. Si parásitos tratamiento del mismo. Siempre que se abra colédoco, dejar sonda en T.

3.2.8. Colangitis Esclerosantes. (ver este manual)

3.2.9. Pancreatitis: agudas y crónicas. (ver estas afecciones)

3.2.10. Divertículo yuxtapapilar del duodeno:

- a) Antes de actuar sobre el divertículo, se identificarán sus relaciones topográficas por una Colangiografía o Coledocotomía y se coloca una sonda intracoledociana como férula.
- b) Si el divertículo desemboca cerca de la papila, se colocará un drenaje transpapilar multiperforado. Si los conductos desembocan en el divertículo no debe practicarse su extirpación. Si este no se ve ni se palpa, se realizará la maniobra de Mahorner: Pinzamiento duodenal supra diverticular e infradiverticular, inyectando a presión gas o líquido en el duodeno.
- c) Si el cuello es estrecho, se cierra por medio de ligaduras.

- d) Si es ancho se escinde por su base.
- e) Se pasa sonda nasogástrica al duodeno, manteniendo presión negativa durante 48 horas. Se drena la región. El drenaje transpapilar debe utilizarse en todos los casos y se puede retirar a los 8 días de colocado.

3.3. Cuidados Post- Operatorios.

3.3.1. Cuidar tubo de drenaje biliar.

3.3.2. Vitamina K hasta que desaparezca el íctero.

3.3.3. Antibióticos, además de la profilaxis, seguir durante 3 días (ver antibióticos).

Todas estas intervenciones hasta ahora son abiertas; pero a medida que se adiestran en el método laparoscópico, se pueden hacer por esta vía.