

# Íctero obstructivo extrahepático

## Extrahepatic obstructive icterus

**Gilberto Pardo Gómez**<sup>1</sup>

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

---

### 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 idiomática 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 postoperatorias.
- 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. Ulcera 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.
  - 1.13.2. Malignos.

De cualquier segmento de las vías biliares desde los conductos intrahepáticos, hasta el ámpula de Vater. Debe de individualizarse el del confluente hepático (tumor de Klatskin) y el del ámpula (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. Colecistostomía: 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 (Klatsbin) 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.
- Paliativo: derivación: Colecisto yeyunostomías.

d) En ámpula 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 sitio más declive.

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

3.2.8. Colangitis Esclerosantes.

3.2.9. Pancreatitis: agudas y crónicas.

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 se estrecha, 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 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 ictero.

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 de la laparoscopia, se pueden hacer por esa vía.

---

\* La presente es una reproducción actualizada de los temas que integran el *Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía*, de la autoría del Grupo Nacional de Cirugía del Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP), el cual fue reimpreso por última vez en 1994. La *Revista Cubana de Cirugía* lo pone a disposición de los cirujanos cubanos y de todos los interesados, para que puedan utilizarlos en su trabajo diario y en beneficio de los pacientes.

Comité Editorial  
*Revista Cubana de Cirugía*