



Universidad de Ciencias Médicas  
Facultad de Medicina no.1  
Santiago de Cuba  
Servicio de Cirugía General

## XXXIII Jornada Científica Estudiantil

# ÍCTERO OBSTRUCTIVO. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRURGICA Y EPIDEMIOLÓGICA. HOSPITAL PROVINCIAL SATURNINO LORA 2019-2020

#### **Autores:**

- 1- Christian Cascaret Cardona\*
- 2- Ariadna García Savigne\*\*
- 3- Annie Almeida García\*\*\*

#### **Tutore:**

- 1- Dr. MsC: Danilo Romaguera Barroso

\*Estudiante de 2do año de la carrera de medicina. Alumno ayudante de Cirugía general. [christian15092001@gmail.com](mailto:christian15092001@gmail.com)

\*\*Estudiante de 3er año de la carrera de medicina. Alumno ayudante de Cirugía general

\*\*\*Estudiante de 2do año de la carrera de medicina. Alumno Ayudante de Medicina Interna.

\*\*\*\*Especialista de 2º grado en Cirugía General, Profesor asistente, Jefe de Servicio del Departamento de Cirugía General del Hospital Provincial Docente Saturnino Lora

Año 2022  
Año 64 de la Revolución

## **RESUMEN:**

**Introducción:** el síndrome ictérico obstructivo es de etiología diversa, por ello plantar un adecuado diagnóstico diferencial es un tema donde surgen plantean constantes dudas, pues es necesario que se evalúe de forma holística tanto los síntomas manifestados por el paciente como los signos identificado por el médico al realizar la exploración física a nivel abdominal.

**Objetivo:** caracterizar clínico, quirúrgica y epidemiológicamente los pacientes con íctero obstructivo.

**Materiales y Métodos:** se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, con los pacientes que presentaron íctero obstructivo en el periodo del año 2019 al 2021 en el Hospital Provincial Saturnino Lora. Tomando como universo de 95 pacientes, analizándose 21 de estos. Entre las variables analizadas estuvieron los síntomas, signos y la técnica de resolución de esta patología

**Resultados:** los síntomas y signos los de mayor incidencia fueron: Coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico; Acolia; Abdomen doloroso a la palpación con un 100%, 76,2% y 61,9%; respectivamente. El proceder quirúrgico más usado es la gastroeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia o triple derivación como también es conocida, puesto que fue aplicada en el 42.8% de los casos.

**Conclusiones:** el íctero obstructivo es un síndrome de etiología diversa, esta orienta al médico sobre la vía de resolución. Es característico observar en los pacientes coloración amarillenta de piel y mucosa.

**Palabras clave:** Íctero obstructivo; Etiología del íctero obstructivo; Eratamiento del íctero obstructivo

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** obstructive jaundice syndrome has a diverse etiology, therefore planting an adequate differential diagnosis is an issue where constant doubts arise, since it is necessary to holistically evaluate both the symptoms manifested by the patient and the signs identified by the doctor. When performing the physical examination at the abdominal level.

**Objective:** to clinically, surgically and epidemiologically characterize patients with obstructive jaundice.

**Materials and Methods:** an observational, analytical and cross-sectional study was carried out with patients who presented obstructive icterus in the period from 2019 to 2021 at the Saturnino Lora Provincial Hospital. Taking 95 patients as a universe, analyzing 21 of these. Among the variables analyzed were the symptoms, signs and the technique for resolving this pathology.

**Results:** the symptoms and signs with the highest incidence were: Yellowing of the skin and mucosa with a green tint; Acholia; Painful abdomen on palpation with 100%, 76.2% and 61.9%; respectively. The most widely used surgical procedure is gastrojejunostomy + cholecystojejunostomy + jejunojejunostomy or triple shunt as it is also known, since it was applied in 42.8% of cases.

**Conclusions:** obstructive jaundice is a syndrome of diverse etiology, which guides the physician on the path of resolution. It is characteristic to observe in patients yellowish skin and mucosa.

**Keywords:** Obstructive jaundice; Etiology of obstructive jaundice; Treatment of obstructive jaundice

## INTRODUCCION:

La ictericia obstructiva es una de las formas más frecuentes y graves de enfermedad hepatobiliar, es causada por una interrupción mecánica del flujo a través del sistema biliar. La etiología se puede dividir en causas benignas y malignas: la colelitiasis y el cáncer de páncreas son las causas benignas y neoplásicas más comunes de ictericia, respectivamente, y comprenden el 40% del total de casos. Según el nivel donde se produce la alteración del flujo biliar, las estasis biliares se pueden clasificar en intrahepáticas o extrahepáticas.<sup>1</sup> Fue descrito por Jean Fannel en 1581, como la obstrucción que se halla en el conducto por el cual la bilis es transportada desde el hígado o es expulsada desde la vesícula al intestino. El origen puede ser congénito o adquirido; inflamatorio, tumoral, parasitario, iatrógeno o por cuerpos extraños que a su vez pueden causar obstrucción total o parcial, continua o intermitente del flujo biliar.<sup>2</sup> La primera anastomosis bilioentérica para el tratamiento de la obstrucción biliar fue realizada por Alexander Von Wimiwarter. En 1888 Riedel de Jena inició la nueva técnica de coledocoduodenostomía. Kehr a principios de 1900 diseñó el tubo en T, aceptado para el drenaje de la vía biliar.<sup>3</sup>

El manejo de estos pacientes generalmente está asociado con una mayor incidencia de complicaciones y mortalidad. Sin embargo, una evaluación y optimización preoperatoria adecuada puede contribuir en gran medida a un resultado favorable para los pacientes con ictericia.<sup>4</sup> Las pruebas bioquímicas y de imágenes son esenciales para determinar la etiología y nivel de obstrucción, los cuales son fundamentales para aquellos cirujanos que deben decidir cuál estrategia es la mejor para el paciente.<sup>5,6</sup> La ultrasonografía (US) o ecografía es el método auxiliar de imagen indicado con más frecuencia para el estudio de la ictericia obstructiva.<sup>7</sup> Mientras, la tomografía axial computarizada de doble contraste (oral y endovenoso), y la colangioresonancia magnética se reservan para mejor caracterización de las lesiones identificadas por la ecografía, éstas sirven de mayor resolución para la visualización de las vías biliares, páncreas, vesícula biliar, y también así otorgan un mejor panorama de los demás órganos.<sup>8</sup> Hoy la cirugía convencional ha recibido los beneficios de la cirugía videoasistida y procederes endoscópicos como la Colangiopancreatoduodenografía retrógrada endoscópica (CPRE) para el diagnóstico y tratamiento del íctero obstructivo extrahepático.<sup>9</sup>

Investigaciones anteriores realizadas en el año 2013 abordan el tema “Exploración abierta de vías biliares indicaciones, hallazgos y post operatorio de los pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo”, para lo cual realizaron un estudio con los pacientes sometidos a exploración de vías biliares. Se encontró que las

principales manifestaciones clínicas fueron la presencia de dolor irradiado de hipogastrio hacia espalda e ictericia, en 94.6% y 87.4% respectivamente y que las principales alteraciones de las analíticas fueron el incremento de los niveles séricos de transaminasa, fosfatasa alcalina o bilirrubina. La principal indicación operatoria fue la identificación de colédoco dilatado en 79% e indicación de colangiografía operatoria en 8.1% de los pacientes. Estudios realizados en años posteriores a la primera década del 2000 arrojan sobre la enfermedad obstructiva del tracto biliar en pacientes colombianos con patología obstructiva en vías biliares, presento que la patología biliar obstructiva con presencia de colangitis incidía en menos del 40% mientras que en los que no presentaron colangitis, la presentación clínica más frecuente fue fiebre, ictericia, signo de Murphy, vómitos y cólico biliar, destaco además la elevación de los niveles séricos de bilirrubina. Las complicaciones se presentaron en 40.5% de los pacientes, encontrándose una relación directa entre esta y el grado de inflamación del paciente. Investigaciones más recientes, realizadas hace 5 años describen un caso de un "Síndrome de Lemmel" como una causa rara de obstrucción biliar no neoplásica de la vía biliar en una paciente de sexo femenino con 77 años de edad, que se presenta a consulta con síndrome ictérico obstructivo, que informa presencia de divertículo duodenal sin otra alteración o patología en vías biliares. Después de ser evaluada se realizó el diagnóstico de Síndrome de Lemmel, por lo que se le maneja mediante realización de esfinterotomía con colocación de stent por vía laparoscópica.<sup>10-12</sup>

A prevalencia a nivel mundial de esta patología se observa en un rango aproximado de un 2 a un 10%. En Estados Unidos el ictero obstructivo se presenta en 5 de cada 1000 personas, este representa el 50% aproximadamente de todas las estadísticas por ictericia, pudiendo llegar a la cuarta parte de los pacientes ingresados por ictericia en los hospitales generales. En Cuba realizó un estudio de trece años de pacientes con síndrome ictérico y la proporción de ictericias médicas y quirúrgicas resultó en 17:1.<sup>13-14</sup>

En función a lo anteriormente planteado, respecto a este síndrome y la importancia de conocer más sobre este se constituye como **objetivo** Caracterizar clínico, quirúrgica y epidemiológicamente a los pacientes con ictero obstructivo.

En base a lo antes expuesto, constituyó el **Problema científico** del presente estudio:

- ❖ Insuficiente conocimiento en lo referente a las características clínicas, quirúrgicas y epidemiológicas de los pacientes con ictero obstructivo y su resolución en el Hospital Provincial Saturnino Lora.

#### Justificación:

Las causas del síndrome icterico obstructivo son variadas, pero generalmente se debe a coledocolitiasis, neoplasias pancreaticobiliares y enfermedad metastásica. La presencia de ictericia, aunque su aparición es variable, es la manifestación más importante de las patologías hepáticas, cuyo diagnóstico es importante para el profesional de la salud que intenta brindar un tratamiento adecuado al paciente. Además, plantar un adecuado diagnóstico diferencial siempre ha sido un tema en el que se plantean constantes dudas y discusiones, ya que se debe identificar si es que la presentación de esta patología se origina debido a obstrucción a nivel hepático o alteraciones del parénquima. Esto toma mayor importancia, debido a que para llegar a un adecuado diagnóstico es necesario que se evalúe de forma holística tanto los síntomas manifestados por el paciente como los signos identificado por el profesional de salud al realizar la exploración física a nivel abdominal. Debido a lo expuesto, se debe considerar que el médico que recibe el paciente a nivel de atención primaria se encuentre capacitado para identificar a este tipo de pacientes y brindarles las opciones terapéuticas más adecuadas para el manejo de cada paciente. Es por ello, que se ha planteado el desarrollo del presente estudio

## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

### **A. Tipología del estudio:**

Estudio observacional, analítico y transversal, desarrollado con los pacientes que presentaron íctero obstructivo en el periodo del año 2019 al 2021 en el Hospital Provincial Saturnino Lora.

### **B. Población y muestra:**

Se definió como población, para los efectos de este estudio, a 95 pacientes del Hospital Provincial Docente Saturnino Lora que presentaron íctero obstructivo en el periodo del año 2019 al 2021. La muestra se conformó a través de un muestreo aleatorio simple, salvando la representatividad de la población por lo cual quedó formada por un grupo de 21 pacientes con estas características.

### **C. Variables de estudio:**

#### Variables primarias:

- Síntomas: **Clasificación:** cualitativa nominal, politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el cuadro sintomatológico que refiere el paciente. **Escala:** coloración amarillenta de piel; Malestar general y Astenia; Anorexia; Prurito; Náuseas y vómitos; Acolia; Orinas oscuras; Otros. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Signos: **Clasificación:** cualitativa nominal Politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre los signos positivos de una enfermedad que presenta el paciente al examen físico realizado por el médico. **Escala:** coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico; Abdomen doloroso a la palpación; Acolia; Orinas oscuras; Otros. **Indicador Estadístico:** porcentaje.
- Síndromes: **Clasificación:** cualitativa nominal politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el conjunto de síntomas y signos que son constatados en el paciente. **Escala:** síndrome ictérico, síndrome tumoral, síndrome doloroso abdominal, síndrome hemético, otros. **Indicador Estadístico:** porcentaje.
- Exámenes complementarios: **Clasificación:** cualitativa nominal politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el conjunto de exámenes complementarios que permiten al médico confirmar el diagnóstico. **Escala:** hematológicos, imagenológicos, perfil hepático. **Indicador Estadístico:** porcentaje.
- Diagnóstico definitivo: **Clasificación:** cualitativa nominal `politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica

individual sobre el diagnóstico definitivo que recibió el paciente al momento del egreso. **Escala:** neoplasia de cabeza de páncreas, Litiasis vesicular, Litiasis coledocisana, otro. **Indicador Estadístico:** porcentaje.

- Tratamiento: **Clasificación:** cualitativa nominal tricotómica. **Descripción:** referida a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el tipo de tratamiento aplicado al paciente. **Escala:** tratamiento médico, quirúrgico o médico-quirúrgico. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Técnica quirúrgica: **Clasificación:** cualitativa nominal politómica. **Descripción:** referida a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el tipo de cirugía realizada al paciente. **Escala:** Triple derivación: gastroyeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia; Colecistectomia + coledocoduodenostomia; Coledocopancreatografiaretrogradaendoscopia (CPRE); Gastroyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia + hepaticoyeyunostomia; Colecistectomía + coledocolitotomía + coledocoyeyunostomia; Colecistectomía + Exploración de VB + Coledocolitotomia + Coledocoduodenostomia + Toellete + Drenaje; Colecistectomía + Coledocolitotomia + Implantacion de sonda en T. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Complicaciones post-operatorias: **Clasificación:** cualitativa nominal dicotómica. **Descripción:** referida a datos reflejados en la historia clínica individual sobre si el paciente presento o no complicaciones después de la intervención quirúrgica. **Escala:** si o no. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Evolución: **Clasificación:** cualitativa nominal dicotómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre cómo fue la evolución del paciente. **Escala:** favorable o no. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.

#### Variables secundarias:

- Motivo de ingreso: **Clasificación:** cualitativa nominal Politómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el motivo por el cual se decidió el ingreso del paciente. **Escala:** dolor abdominal; coloración amarillenta de la piel; náuseas; decaimiento; otro. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Hábitos tóxicos: **Clasificación:** cualitativa nominal tricotómica. **Descripción:** hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre si el paciente presenta alguno hábito tóxico. **Escala:** alcohol, tabaco o café. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.
- Antecedentes: **Clasificación:** cualitativa nominal politómica. **Descripción:** referida a datos reflejados en la historia clínica individual sobre la presencia

de antecedentes patológicos personales. **Escala:** Hipertensión arterial; Diabetes; cardiopatía isquémica; cardiopatía hipertensiva; hipertiroidismo; insuficiencia renal. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.

- Tipo de egreso: **Clasificación:** cualitativa nominal politómica. **Descripción:** referida a datos reflejados en la historia clínica individual sobre como fue el egreso del paciente. **Escala:** alta o fallecido. **Indicador Estadístico:** Porcentaje.

#### Variables de control:

- Edad. **Calcificación:** Cuantitativa discreta politómica. **Descripción:** Hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre los años cumplidos por el sujeto **Escala:** 40-49; 50-59; 60-69; 70-79. **Indicador Estadístico:** media y porcentaje.
- Sexo. **Calcificación:** Cualitativa nominal dicotómica. **Descripción:** Hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre el sexo biológico del sujeto. **Escala:** femenino o masculino. **Indicador Estadístico:** porcentaje
- Color de la Piel. **Calcificación:** Cualitativa nominal, tricotómica. **Descripción:** Hace referencia a datos reflejados en la historia clínica individual sobre la coloración de la piel que tenga el sujeto. **Escala:** blanco, mulato o negro. **Indicador Estadístico:** porcentaje.

#### **D .Búsqueda de la Información:**

Partiendo de una profunda revisión de la literatura, se procedió al diseño general del protocolo del estudio, para lo cual se estructuró un instrumento para la recogida de datos. Después de la recolecta del dato primario por medio de la revisión de las historias clínicas de estos pacientes, se procedió a realizar el análisis y discusión de los resultados para así arribar a las conclusiones.

#### **E. Aspectos del análisis estadístico:**

Los datos fueron vertidos en una base de datos digital creada en el software Excel de la plataforma Microsoft office 2010, en un ordenador portátil de la empresa Hewlett-Packard. El procesamiento de los datos se realizó en la misma plataforma tecnológica. En el análisis estadístico descriptivo se emplearon como parámetros de síntesis medidas de tendencia central (media aritmética y mediana), de dispersión (desviación típica, coeficiente de apertura y coeficiente de variación de Pearson) y porcentajes, así como el coeficiente de  $\chi^2$  de Pearson con la correspondiente corrección de Yates (según fuere necesario), en la fase de procesamiento analítico de las posibles relaciones estadísticas entre las variables de interés. Con la finalidad ilustrar los principales resultados obtenidos se

utilizaron gráficos de pastel, graficas, dispersión de puntos y diagrama de cajas, acompañados de tablas para la exposición con trasparencia de los datos sobre los cuales se delimitaron los resultados del estudio.

**F. Ética de la investigación:**

El presente estudio, se diseñó y ejecuto en una rigurosa observación de los principios éticos que rigen las investigaciones. Se veló por el cumplimiento de los artículos 5, 20, 21, 22 y 25 de la Declaración de Helsinki, asumiendo todos los miembros del equipo de investigación la letra y el espíritu de la Declaración de Ginebra, referente a los principios de no maleficencia y respeto de la autonómica. Se solicitó autorización al Jefe de Servicio de Cirugía General, para la revisión de las historias clínicas y para destinar tiempo en la elaboración del presente trabajo monográfico. La confidencialidad de los datos de las fichas se resguardó con la utilización de un código numérico que representó la identificación de cada paciente. El nombre bajo cada código fue conocido solo por la investigadora principal.

## RESULTADOS:

La tabla arroja que el icterio obstructivo predominó en hombres representado un 57,1 % y que el rango etario más afectado fue de 50 a 59 años de edad. En las mujeres afectó con mayor frecuencia al rango de 70 a 79 años de edad con un 14,2 %.

**Tabla 1: Distribución según edad y sexo de los pacientes. Hospital Provincial Saturnino Lora. Año 2019 a 2021.**

| Rango        | Sexo      |             |          |             | Total     |            |
|--------------|-----------|-------------|----------|-------------|-----------|------------|
|              | Masculino |             | Femenino |             |           |            |
|              | #         | %           | #        | %           | #         | %          |
| 40-49        | 2         | 9,5         | 2        | 9,5         | 4         | 19,2       |
| 50-59        | 6         | 28,6        | 2        | 9,5         | 8         | 38         |
| 60-69        | 1         | 4,7         | 1        | 4,7         | 2         | 9,5        |
| 70-79        | 3         | 14,3        | 4        | 19,2        | 7         | 33,3       |
| <b>Total</b> | <b>12</b> | <b>57,1</b> | <b>9</b> | <b>42,9</b> | <b>21</b> | <b>100</b> |

**Fuente:** Historias clínicas.

La tabla Nº 2 refleja la amplia gama de síntomas y signos que pudieran presentar un paciente con este cuadro sindrómico. En este caso se vio que los de mayor incidencia fueron: Coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico; Acolia; Abdomen doloroso a la palpación; Malestar general y decaimiento; y prurito; en una repercusión de: 100%, 76,2%; 61,9%; 52,4% y 38% respectivamente. Además se corroboró que el síntoma de menor incidencia fue el Pico febril con un 9.5%.

**Tabla 2: Síntomas y signos más frecuentes en el cuadro sindrómico de los pacientes. Hospital Provincial Saturnino Lora. Año 2019 a 2021.**

| Síntomas y signos                                       | Cantidad | %    |
|---|----------|------|
| Coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico | 21       | 100  |
| Malestar general y                                      | 11       | 52,4 |

|  |           |             |
|--|-----------|-------------|
| Astenia                                |           |             |
| Anorexia                               | <b>4</b>  | <b>19</b>   |
| Dolor abdominal en hipocondrio derecho | <b>8</b>  | <b>38</b>   |
| Acolia                                 | <b>16</b> | <b>76,2</b> |
| Dolor abdominal difuso                 | <b>5</b>  | <b>23,8</b> |
| Abdomen doloroso a la palpación        | <b>13</b> | <b>61,9</b> |
| Prurito                                | <b>8</b>  | <b>36</b>   |
| Náuseas y vómitos                      | <b>5</b>  | <b>22,7</b> |
| Pérdida de peso considerable           | <b>4</b>  | <b>19</b>   |
| Orinas oscuras                         | <b>5</b>  | <b>22,7</b> |
| Pico febril                            | <b>2</b>  | <b>9.5</b>  |

**Fuente:** Historias clínicas.

**Nota:** Los % están basados en la distribución de los síntomas en la muestra (n=21).

La tabla Nº 3 refleja la interpretación de los exámenes complementarios realizados a los pacientes. Partiendo de los hematológicos el Coagulograma vario del rango norma en el 71,4% de los casos. Además evidencia que dentro del perfil hepático los exámenes más alterados fueron la bilirrubina directa, CGO, GGT y el colesterol con 81%; 76,2%; 71,4%, 44%, respectivamente. También se observó que el 100% de los ultrasonidos (USD) estuvieron alterados y que este medio era más confiable que el RX, además para la confirmación de los diagnóstico se aplicó la TAC en el 52,4% de los casos.

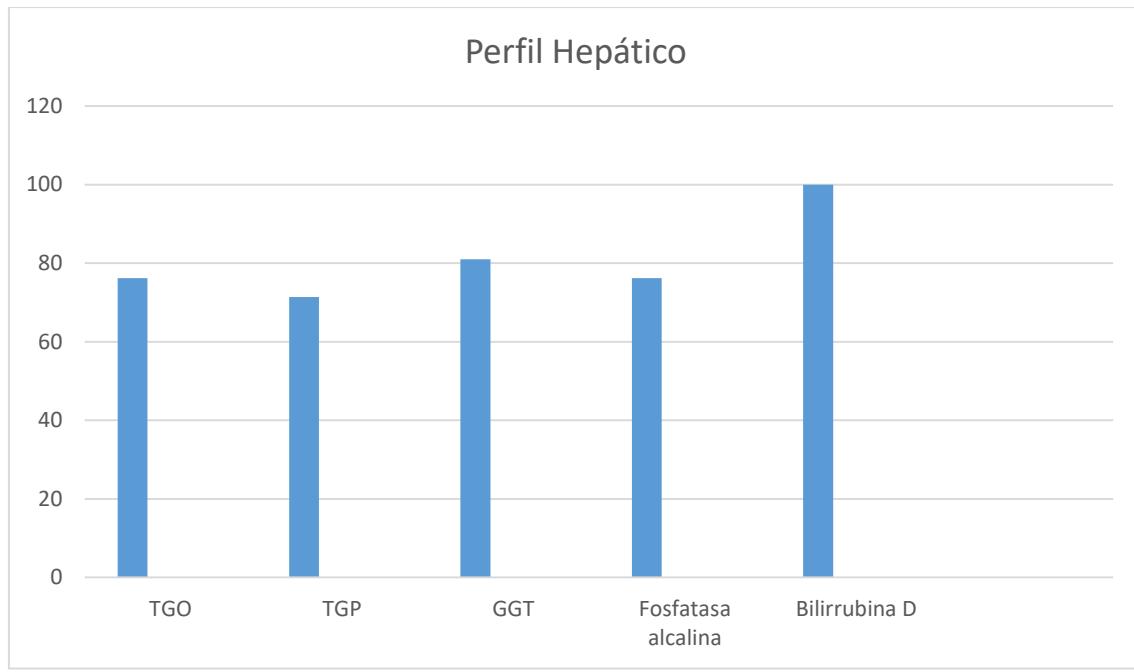
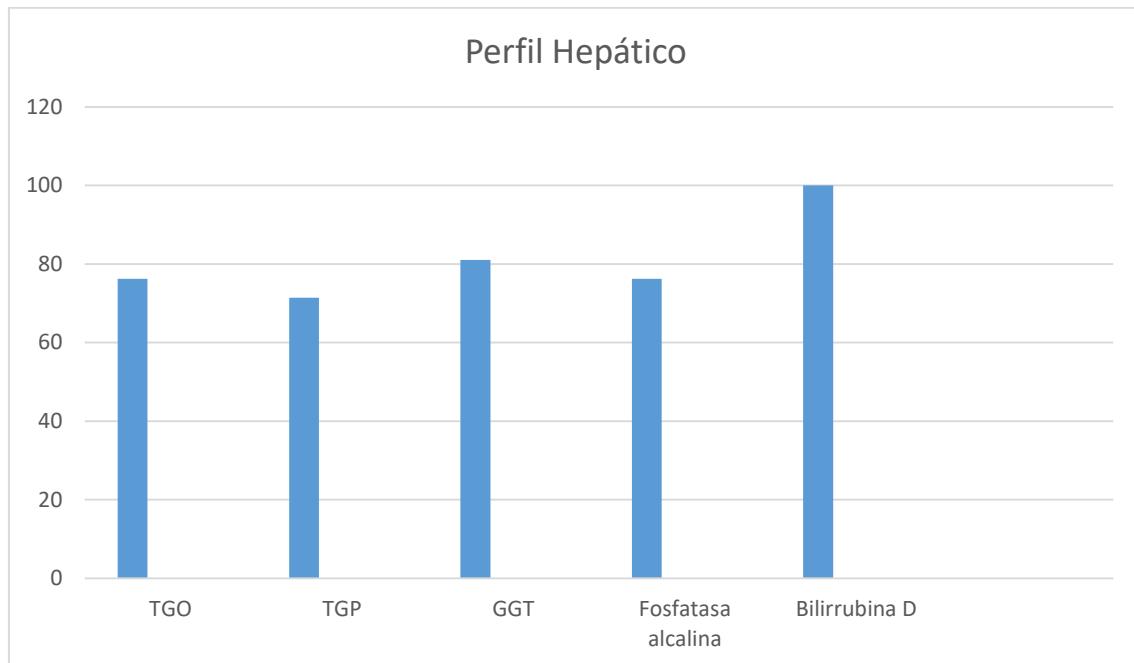
**Tabla 3: Exámenes complementarios aplicados a los pacientes. Hospital Provincial Saturnino Lora. Año 2019 a 2021.**

| Exámenes complementarios | Resultados |          |
|--------------------------|------------|----------|
|                          | Normal     | Alterado |
|                          |            |          |

|                        |                           | #                | %    | #    | %    |
|------------------------|---------------------------|------------------|------|------|------|
| <b>Hematológicos</b>   | <b>Hemograma</b>          | 7                | 33,3 | 14   | 66,7 |
|                        | <b>Leucograma</b>         | 13               | 61,9 | 8    | 8,1  |
|                        | <b>Coagulograma</b>       | 6                | 28,6 | 15   | 71,4 |
| <b>Perfil Hepático</b> | <b>Glicemia</b>           | 16               | 76,2 | 5    | 23,8 |
|                        | <b>Creatinina</b>         | 19               | 90,5 | 2    | 9,5  |
|                        | <b>TGO</b>                | 5                | 23,8 | 16   | 76,2 |
|                        | <b>TGP</b>                | 6                | 28,6 | 15   | 71,4 |
|                        | <b>GGT</b>                | 4                | 19   | 17   | 81   |
|                        | <b>Albumina</b>           | 13               | 61,9 | 8    | 38,1 |
|                        | <b>Fosfatasa alcalina</b> | 5                | 23,8 | 16   | 76,2 |
|                        | <b>Colesterol</b>         | 15               | 71,4 | 6    | 28,6 |
|                        | <b>Bilirrubina</b>        | <b>Directa</b>   | 0    | 0    | 21   |
|                        |                           | <b>Indirecta</b> | 13   | 61,9 | 8    |
|                        |                           | <b>Total</b>     | 0    | 0    | 21   |
| <b>Imagenológicos</b>  | <b>USD</b>                | -                | 0    | 21   | 100  |
|                        | <b>TAC</b>                | 0                | 0    | 11   | 52,4 |

Fuente: Historias clínicas.

**Grafico 1: Distribución de los resultados del Perfil Hepático.**



**Fuente:** Tabla N°3

La tabla N°4 arroja como resultado que la causa más frecuente del síndrome ictérico obstructivo en los pacientes estudiados fue la neoplasia de cabeza de páncreas con una incidencia del 52,4% seguida de la litiasis coledosiana con un 43,05. Así mismomuestra que la menos frecuente fue la litiasis vesicular con un 4,55% de incidencia cada una.

**Tabla 4: Etiología del íctero obstructivo. Hospital Provincial Saturnino Lora. Año 2019 a 2021.**

| Etiología                              | Cantidad | %     |
|--|----------|-------|
| <b>Litiasis vesicular</b>              | 1        | 4,55  |
| <b>Neoplasia de cabeza de páncreas</b> | 11       | 52,4  |
| <b>Litiasis coledocisana</b>           | 9        | 43,05 |

**Fuente:** Historias clínicas.

La tabla Nº 5 refleja la diversidad de procederes quirúrgicos empleados en función de las particularidades de los pacientes. Se constató que la más usada es la gastroyeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia o triple derivación como también es conocida, puesto que fue aplicada en el 42.8% de los casos. Además se vio que es frecuente el uso de la CPRE en un 9,5% de los casos. También se aprecia que en la exploración de las vías biliares se practicó una Coledocolitotomia + Coledocoduodenostomia al 14,35 % de los casos y se realizó la Implantación de sonda en T solo a un 4.75% de los pacientes.

**Tabla 5: Tratamiento quirúrgica aplicado a los pacientes. Hospital Provincial Saturnino Lora. Año 2019 a 2021.**

| Técnica  | Cantidad | %            |
|--|----------|--------------|
| Triple derivación: gastroyeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia | <b>9</b> | <b>42.8</b>  |
| Colecistectomia + coledocoduodenostomia  | <b>2</b> | <b>9.5</b>   |
| Coledocopancreatografiaretrogradaendoscopia (CPRE)                                 | <b>2</b> | <b>9.5</b>   |
| Gastroyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia + hepaticoyeyunostomia                     | <b>3</b> | <b>14.35</b> |
| Colecistectomía + coledocolitotomía + coledocoyeyunostomia                         | <b>1</b> | <b>4.75</b>  |
| Colecistectomía + Exploracion de VB + Coledocolitotomia + Coledocoduodenostomia    | <b>3</b> | <b>14.35</b> |

|   |           |             |
|---|-----------|-------------|
| + Toellete + Drenaje  |           |             |
| Colecistectomía + Coledocolitotomia +<br>Implantacion de sonda en T | <b>1</b>  | <b>4.75</b> |
| <b>Total</b>  | <b>21</b> | <b>100</b>  |

**Fuente:** Historias clínicas.

## DISCUSIÓN:

El estudio tomó una muestra de 21 pacientes del Hospital Provincial Saturnino Lora, en esta se constató que el síndrome de íctero obstructivo afecta con mayor frecuencia a los hombres, puesto que por cada mujer afectada hay 1,3 hombres afectados. En particular la mayor incidencia en los hombres fue entre los 50 y 59 años de edad. Las mujeres afectadas representan el 42,9% del total y en ellas el rango etario de mayor afectación fue de 70 a 79 años de edad. Un estudio realizado en la provincia de Cienfuegos por González-García J<sup>15</sup> y colaboradores sobre la patología concluyó que el sexo de mayor incidencia de este síndrome en dicha provincia era el femenino, criterio que no coincide con los resultados de nuestro estudio, puesto que las características de la población santiaguera difieren de los cienfuegueros. En cambio ambos estudios coinciden en que a partir de los 40 años hasta los 70 años de edad es el rango etario donde aparece con mayor frecuencia la ictericia obstructiva.

La gama de síntomas y signos que conforman el síndrome ictérico obstructivo es diversa, Supun et al<sup>15</sup> y colaboradores, evaluaron en su estudio los síntomas asociados a la ictericia obstructiva por coledocolitiasis, con reporte de dolor abdominal como principal síntoma relacionado en 85% de frecuencia. Por otro lado, en una revisión realizada por Blechacz<sup>16</sup>, establece que al momento del diagnóstico de los colangiocarcinomas extrahepáticos, la principal característica, hasta en 90% de los casos, es la presencia de ictericia sin dolor, y el 10% restante, debutó con colangitis ascendente. Márquez, L<sup>17</sup> y colaboradores determinaron que los principales signos y síntomas relacionados con la ictericia obstructiva en su estudio fueron el dolor abdominal y la presencia de coluria en 83,3% y 81,7%, respectivamente. En la presente investigación, los principales signos y síntomas relacionados con la ictericia obstructiva fueron: Coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico; Acolia; Abdomen doloroso a la palpación; Malestar general y astenia; y prurito; en una repercusión de: 100%, 76,2; 61,9; 52,4 y 38 respectivamente. Los autores de los estudios citados mencionan algunos de estos síntomas, pero el cuadro sintomatológico de nuestro estudio es más amplio, por lo cual nos permite caracterizar a mayor certeza la este síndrome.

Para una mayor precisión y seguridad en el diagnóstico, toman relevancia los estudios paraclínicos bioquímicos e imagenológicos. En un primer momento, la paraclínica sanguínea orienta al clínico en el planteamiento de diagnósticos diferenciales en cuanto al origen de la ictericia (pre hepática, hepática o post hepática), la presencia de complicaciones derivadas de la ictericia obstructiva (colangitis ascendente, pancreatitis aguda), o establecer la sospecha diagnóstica con uso del marcador tumoral<sup>18,19</sup>. En un estudio realizado en el Estado Táchira-

Venezuela por Calderón y Guerrero<sup>20</sup> establecieron el uso del ultrasonido abdominal en el 100% de la muestra, complementado con el uso de la CPRE (72%) antes de llevar al paciente a la intervención quirúrgica, obteniendo resultados satisfactorios en la resolución del íctero obstructivo. En nuestro estudio se le practico RX de tórax al 100% de los casos pero este estudio no dreno datos relevantes en cambio los USD abdominales realizados igualmente al 100% de la muestra arrojaron datos muy valiosos para la formulación del diagnóstico. Además para la confirmación los diagnosticos se le realizo TAC al 52,4% de los pacientes.

Por otro lado al contemplar la química sanguínea vemos que un estudio de provincia de Holguín realizado por Santiesteban Collado<sup>21</sup> y colaboradores plantearon en su estudio que aquellos pacientes a los que se les realizó estudios de laboratorio, la función hepática estaba alterada en el 65%; la Fosfatasa alcalina en más del 90%; la bilirrubina en más del 80% y la Eritrosedimentación en más del 70%. En la presente investigación el Coagulograma vario del rango norma en el 71,4% de los casos y el Leucograma se alteo en el 8,1% de los casos; por otro lado la función hepática se alteró como promedio en el 72,5% de los casos tomando relevancia la Bilirrubina directa, GGT, Fosfatasa alcalina, TGO y la TGP que se alteraron en un 100%; 81%; 76,2%; 76,2% y 71,4% respectivamente.

Este síndrome presenta una etiología diversa y realizar un diagnóstico diferencial adecuado permite obtener resultados satisfactorios en la evolución del paciente. Santiesteban Collado<sup>21</sup> y colaboradores plantearon en su estudio como etiología a la litiasis y los procesos malignos de la encrucijada bilio-pancreática, las primeras causas con más del 75% de los casos. A los efectos de este estudio la etiología más frecuente en nuestro centro es la neoplasia de cabeza de páncreas en el 52,4% de los casos pero esta seguida de la litiasis coledosiana con un 43,05%.

La selección del proceder quirúrgico a aplicar va en consonancia con las características y especificidades de cada paciente, pues así se maximiza la probabilidad de una evolución satisfactoria. En el estudio realizado por Santiesteban Collado<sup>21</sup> y colaboradores reflejan en su que en las enfermedades benignas predominó la colédoco-duodeno-anastomosis con 44,8% y la litotomía con sonda T. En otras instituciones, debido al desarrollo tecnológico y sobre todo por contar con CPRE, el índice de colédoco duodeno anastomosis es mucho menor, así como el empleo de sonda T(1,3,9) En los procesos malignos, por ser casi siempre de diagnóstico tardío, predominaron las derivaciones bilio-digestivas en 14 casos. En la investigación realizada en nuestro centro se evidencio el predominio de la gastroyeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia en un 42,8% de los casos, con una baja tasa de complicaciones. Además se constató la práctica de Colecistectomía + Exploracion de VB + Coledocolitotomia + Coledocoduodenostomia + Toellete + Drenaje; y

Colecistectomía + Coledocolitotomía + Implantacion de sonda en T; en un 14,35% y 4,75% respectivamente para el tratamiento de las vías biliares. También se vio el empleo de técnicas de avanzada como la Coledocopancreatografiaretrogradaendoscopica en el 9,5% de los casos tratados. Por otro lado el nivel de complicaciones fue bajo ya que de los 22 casos tratados solo 1 de cada 4,2 pacientes manifestó complicaciones, ninguna de las cuales representó riesgo para su vida.

## **CONCLUSIONES:**

El síndrome icterico-obstructivo posee síntomas y signos que le caracterizan como la presencia de coloración amarillenta de piel y mucosa, dolor abdominal, acolia y astenia. Estos contribuyen al reconocimiento de su etiología, imprescindible para la elección del proceder quirúrgico a aplicar. En nuestro centro la gastroyeyunostomia + colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia ha sido muy eficiente en la resolución de esta patología, pero el desarrollostecnológico brinda nuevas herramientas como la Coledocopancreatografiaretrogradaendoscopica para la resolución de este síndrome, motivo por el cual se aplica en nuestro centro.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:**

- 1- Fargo M V., Grogan SP, Saguil A. Evaluation of jaundice in adults. PubMed. Internet :Julio 2022; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28145671/>
- 2- Strasberg S, Gao F, Sanford D, Linehan D, Hawkins W, Fields R, et al. Jaundice: an important, poorly recognized risk factor for diminished survival in patients with adenocarcinoma of the head of the pancreas. PubMed. Internet: Julio 2022. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23600768/>
- 3- Socorras Cortada Y, Vera López F, Vera Mosqueda D. Comportamiento del íctero obstructivo extrahepático en los hospitales “V. I. Lenin” y “Lucía Iñiguez Landín”. Hoguín. Julio 2022. Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no102/no102 ori4.hmn>.
- 4- Tokoe M, Takada T, Steven S, Solomkin J, Mayumi T, Gomi H, et al. Diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis. En linea.julio 2022. Disponible en<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23340953/>
- 5- Pekolj J. Introducción. En: Complicaciones de la cirugía abdominal: cómo manejarlas. Buenos Aires: Delhospital ediciones; julio 2022. Disponible en [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_archivos/13/Notas\\_PDF/13\\_Complic\\_cirugia\\_corte.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_archivos/13/Notas_PDF/13_Complic_cirugia_corte.pdf)
- 6- Modha K. Clinical Approach to Patients with Obstructive Jaundice. PubMed. Internet: Julio 2022. Disponible en<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26615159/>
- 7- Saeura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral J. Ecografía de la vesícula y la vía biliar.Medes. julio2022. Disponible en: <https://medes.com/publication/107184>
- 8- Gordo AMJ, Gómez ML, Casado E, Molina R. Actualización en cáncer de páncreas y de vías biliares. Medicine. Julio 2022:12(32) disponible en: <https://www.medicineonline.es/es>
- 9- J.! RESTREPO, MD; J.P. VELEZ, MD; L.F. LINCE, MD; N. RAMIREZ. Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. Litiasis del hepatocoléodo. Hospital General de Medellín: julio del 2022. Disponible en:<https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/download/1772/1395/9489>

- 10-Rodríguez R. Síndrome de Lemmel: una causa rara de obstrucción biliar no neoplásica de la vía biliar. Presentación de un caso. Scielo Bogotá: Interet: julio 2022 vol.32 no.1 .Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-99572017000100009](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-99572017000100009)
- 11-Rojas O, González A, Salazar J. Enfermedad obstructiva del tracto biliar. Colombia MéDica [internet].julio 2022 15(2): Disponible en: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/2485>
- 12-Salazar D. Exploración abierta de vías biliares indicaciones, hallazgos y post operatorio de los pacientes atendidos en el Hospital Belén de Trujillo. [tesis de grado]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; julio 2022. Disponible en:<https://1library.co/document/myj1ow5y-exploracion-biliares-indicaciones-hallazgos-operatorio-pacientes-atendidos-hospital.html>
- 13-Bockus Hernry L. Gastroenterology, Salvat. Barcelona; 1980. (julio2022).Disponible en:[https://books.google.com.cu/books/about/Bockus\\_Gastroenterology.html?id=IPgSAQAAMAAJ&hl=es-419&output=html\\_text](https://books.google.com.cu/books/about/Bockus_Gastroenterology.html?id=IPgSAQAAMAAJ&hl=es-419&output=html_text)
- 14-González-García J, Barrios-Romero B, Acea-Paredes Y, Molina-Macias D. Características de pacientes con ictericia obstructiva extrahepática atendidos en el hospital provincial de Cienfuegos. InfoMED: Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta [Internet]. 2022 [citado 8 Sep 2022]; 47 (3) Disponible en: <http://www.revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/3105/pdf>
- 15-Supun W, Silva L De, Pathirana AA, Wijerathne TK, Gamage BD, Dassanayake BK, et al. Epidemiology and disease characteristics of symptomatic choledocholithiasis in Sri Lanka. PubMed. (julio2022).Disponible en:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30863806/>
- 16-Blechacz B. Cholangiocarcinoma: Current knowledge and new developments. PubMed Julio 2022. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928095/>
- 17-Márquez, L., Castro, D., Vivas, J., & Centro, A. (2021). Síndrome icterico obstructivo: frecuencia, epidemiología, etiología, métodos diagnósticos-

terapéuticos en pacientes de consulta de vías biliares GEN. Julio 2022, vol 75 no. 3. Disponible en [http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_gen/article/view/23110](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gen/article/view/23110)

18-Chung AY, Duke MC. Acute Biliary Disease. PubMed [Internet]. julio 2022. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30243451/>

19-Gracanin AG, Kujundžić M, Petrovecki M, Romić Z, Rahelić D. Etiology and epidemiology of obstructive jaundice in Continental Croatia. PubMed [Internet]. Julio 2022: Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23697262/>

20-Calderón, L; Guerrero M. Características Clínicas Y Quirúrgicas De Los Pacientes Con Diagnóstico De Síndrome Íctero-Obstructivo. Servicio De Cirugía General. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. Boletín Médico De Postgrado. 2014;Xxx(2) julio 2022. Disponible en [http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm\\_ucla/edocs/bm/BM3002/BM300207.pdf](http://bibvirtual.ucla.edu.ve/db/psm_ucla/edocs/bm/BM3002/BM300207.pdf)

21-Santiesteban Collado, Neyla, Díaz, José Lorenzo, Íctero obstructivo: Resultados de su tratamiento quirúrgico. Hospital "Lucía Iñiguez Landín". Ciencias Holguín [Internet]. 2006; XII (2):1-10. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181515838005>

#### **Anexo 1: Planilla de recogida de datos**

Nombre y Apellidos: I \_\_\_\_\_ I Edad: \_\_\_\_\_

|  |   |
|--|---|
| <br><b>Universidad de Ciencias Médicas Facultad de Medicina no.1 Santiago de Cuba</b> | <b>ÍCTERO OBSTRUCTIVO. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA EPIDEMIOLÓGICA</b> |
| <b>Planilla de Recogida de Datos</b>   |   |

I \_\_\_ I Sexo:  F  M Color de Piel:  B  N  M Peso: I \_\_\_ I Kg

C.I: I \_\_\_ I

Motivo de ingreso: I \_\_\_ I dolor abdominal I \_\_\_ I coloración amarillenta de la piel I \_\_\_ I náuseas I \_\_\_ I decaimiento I \_\_\_ I otro

Diagnóstico definitivo al egreso: I \_\_\_ I neoplasia de cabeza de páncreas. I \_\_\_ I. Litiasis vesicular. I \_\_\_ I. Litiasis coledocisana. I \_\_\_ I. Otro. \_\_\_\_\_

Antecedentes patológicos: I \_\_\_ I HTA I \_\_\_ I Diabetes I \_\_\_ I cardiopatía isquémica I \_\_\_ I cardiopatía hipertensiva I \_\_\_ I hipertiroidismo I \_\_\_ I insuficiencia renal

Hábitos tóxicos:  Si  No ( Alcoholismo. Cant. I \_\_\_\_\_ I  Tabaquismo. Cant. I \_\_\_\_\_ I  Café. Cant. I \_\_\_\_\_ I)

Síntomas y signos:

|   |                                 |                |
|---|---------------------------------|----------------|
| Coloración amarillenta de piel y mucosa tinte verdínico | Abdomen doloroso a la palpación | Acolia         |
| Malestar general y Astenia                              | Prurito                         | Orinas oscuras |
| Anorexia  | Náuseas y vómitos               | Otros          |

Síndrome presente:

---síndrome icterico

---síndrome doloroso abdominal

--otros

---síndrome tumoral

---síndrome hemético

Exámenes complementarios:

| Hematológicos         | Imagenológicos | Perfil hepático          |
|-----------------------|----------------|--------------------------|
| Hemograma:            |                | TGO                      |
| Hb                    |                | TGP                      |
| Hto                   | USD            | GGT                      |
| Coagulograma:         |                |                          |
| C                     |                | Fosfatasa alcalina       |
| Cp                    | Tac            |                          |
| Leucograma diferencia |                | Bilirrubina T D<br>I     |
|                       |                | Albumina                 |
|                       |                | Tiempo de protrombina PT |
|                       |                | Glicemia                 |
|                       |                | Creatinina               |

Tratamiento aplicado:

médico  quirúrgico  médico-quirúrgico

Tipo de cirugía practicada:

|                                       |   |                 |   |
|---------------------------------------|---|-----------------|---|
| Triple derivación: gastroyeyunostomia | + | Colecistectomía | + |
|---------------------------------------|---|-----------------|---|

|   |   |
|---|---|
| colecistoyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia                        | coledocolitotomía +<br>coledocoyeyunostomia   |
| Colecistectomia + coledocoduodenostomia                           | Colecistectomía + Exploracion<br>de VB + Coledocolitotomia +<br>Coledocoduodenostomia +<br>Toellete + Drenaje |
| Coledocopancreatografiaretrogradaendoscopia<br>(CPRE              | Colecistectomía +<br>Coledocolitotomia +<br>Implantacion de sonda en T  |
| Gastroyeyunostomia + yeyunoyeyunostomia +<br>hepaticoyeyunostomia | Otra  |

Complicaciones de la cirugía:  Si  No

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Evolución:  favorable  No favorable

\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Egreso:  Alta  Fallecido

## Anexo 2: Aval del Tutor

**Hospital Provincial Saturnino Lora**

**Santiago de Cuba**

**Servicio de Cirugía General**

**A.** Comité Organizador de la  
Jornada Científica Estudiantil

**De:** Dr. MsC: Danilo Romaguera Barroso

Por medio de la presente, emitimos el presente **AVAL**, con la finalidad de dar fe respecto a la participación protagónica de los estudiantes de medicina de segundo año *Christian Cascaret Cardona, Annie Almeida Garcia* y la estudiante de 3 año *Ariadna García Savigne* en la realización de la investigación:

---

### **ÍCTERO OBSTRUCTIVO. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, QUIRURGICA Y EPIDEMIOLÓGICA. HOSPITAL PROVINCIAL SATURNINO LORA 2019-2020**

---

La misma se realizó en las instalaciones de nuestro centro por medio de las revisiones de las diferentes historias clínicas y tuvo como objetivo caracterizar clínico y epidemiológicamente el íctero obstructivo y su resolución

Sin otro

motivo. Revolucion

ariamente:



Especialista de 2º grado en Cirugía General,  
Profesor asistente, Jefe de Servicio del  
Departamento de Cirugía General del  
Hospital Provincial Docente Saturnino Lora