Cir Esp. 2014;92(Espec Congr):665

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-292 - CIRUGÍA URGENTE EN EL ÍLEO BILIAR: NUESTRA EXPERIENCIA EN 16 PACIENTES

D. Pastor Morate, C.C. González-Gómez, J. Torres Villachica, A. Acevedo Tizón y J. Díaz Domínguez

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: El íleo biliar supone una causa infrecuente de obstrucción intestinal, originada por el paso de un cálculo biliar a la luz intestinal. La impactación del mismo suele producirse generalmente a nivel de íleon, en pacientes añosos y pluripatológicos tras un episodio de colecistitis aguda. El tratamiento de la fístula continúa siendo controvertido en nuestro medio y por lo general no está indicado en el episodio agudo dada la elevada morbimortalidad.

Objetivos: Revisar las características demográficas, el tratamiento, la estancia media y las complicaciones en 16 pacientes diagnosticados de íleo biliar entre los años 2008 y 2013 en el Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Métodos: Se incluyen en el estudio 16 pacientes diagnosticados de abdomen agudo secundario a íleo biliar, 3 hombres y 15 mujeres. Analizamos edad media, sexo, comorbilidad, estancia media, así como la técnica quirúrgica llevada a cabo y complicaciones derivadas.

Resultados: El paciente arquetípico sería una mujer de 85 años, con una media de 3,56 comorbilidades. De los 16 pacientes, en 8 la radiología simple orientó un diagnóstico de sospecha, en 3 la ecografía y en uno la realización de gastroscopia, se confirmó el diagnóstico mediante TAC en 13 pacientes. Se realizó cirugía urgente en 15 de 16 pacientes, dado que en se produjo resolución de un cuadro de forma espontánea. Hubo un diagnóstico intraoperatorio. De los 15 intervenidos, en 11 se realizó enterotomía y extracción del cálculo, en 2 pacientes se realizó antrectomía y resección de primera porción duodenal tras el diagnóstico de síndrome de Bouveret, en uno fragmentación digital y otro paciente precisó resección intestinal y anastomosis por decúbito del cálculo. En 3 pacientes se realizó colecistectomía. De los 12 restantes en uno se programó colecistectomía posterior, siendo desestimado el resto por elevado riesgo quirúrgico. Los 15 pacientes intervenidos presentaron una estancia media de 18 días. El retraso diagnóstico fue de 0,875 días. El paciente con resolución espontánea del cuadro fue programado para intervención quirúrgica que finalmente no se realizó, falleciendo mientras se encontraba en lista de espera a consecuencia de complicaciones médicas de su patología de base.

Conclusiones: Todos los pacientes fueron diagnosticados tras presentar un episodio de dolor abdominal y/o sintomatología obstructiva. La necesidad o no de realizar tratamiento sobre la fístula, así como la posibilidad de hacerlo de forma urgente vienen condicionados por la frecuente comorbilidad y la edad de este tipo de pacientes. El tratamiento en un segundo tiempo continúa siendo controvertido en la mayoría de los casos por el frecuente elevado riesgo quirúrgico. El íleo biliar es una patología de baja incidencia y elevada

morbimortalidad. El retraso diagnóstico se asocia a un aumento de las complicaciones, derivadas de edad y fragilidad de estos pacientes, abocados a ingresos prolongados o exitus. La TAC puede ser útil en la orientación diagnóstica siendo mandatoria la resolución urgente del cuadro obstructivo, mientras que el tratamiento de la fístula puede o no realizarse en el mismo acto quirúrgico.

See front matter © 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados