



www.elsevier.es/cirugia

P-282 - ¿Cuál es el tratamiento de elección en el ÍLEO biliar?

M. González Andaluz, J.C. Rodríguez Sanjuan, M. Riaño Molleda, C. Cagigas Fernández, R. Fernández Santiago, F. Castillo Suescun, L.A. Herrera Nordeña y M. Gómez Fleitas

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El íleo biliar representa entre el 1 y el 4% de las obstrucciones intestinales. El tratamiento suele ser quirúrgico, sin embargo, sigue existiendo controversia sobre que es mejor, sí realizar enterolitotomía o, si por el contrario, realizar enterolitotomía con colecistectomía y cierre de la fistula bilioentérica.

Objetivos: Analizar los resultados de enterotomía simple frente a enterotomía con colecistectomía y reparación de fistula bilioentérica en el mismo acto quirúrgico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los casos de íleo biliar entre 2001 y 2013. La población a estudio se dividió en dos grupos; Grupo 1 ($n = 20$), los casos en los que se realizó enterolitotomía, y Grupo 2 ($n = 5$), los casos en los que se realizó enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fistula bilioentérica. Los parámetros clave a evaluar fueron la morbi-mortalidad y la estancia hospitalaria.

Resultados: La localización más frecuente de enclavación del cálculo fue el yeyuno en 13 casos, seguido del ileon terminal, 9 casos, duodeno en 2 casos y en 1 caso el cálculo se enclavo en sigma. En el Grupo 1 la edad media fue de 77,3 años ($\pm 7,75$), mientras que en el Grupo 2 la edad media fue 69,6 ($\pm 12,5$). Entre las comorbilidades destaca HTA, DM, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal crónica y EPOC, sin diferencias entre grupos. En el Grupo 1, 4 pacientes tenían colelitiasis conocida, mientras que en el Grupo 2, 3 de los 5 pacientes tenían este antecedente. El tiempo medio de evolución de la clínica fue de 5,6 días ($\pm 6,3$). En el Grupo 1 se produjeron como complicaciones postoperatorias, 4 infecciones de herida quirúrgica, 1 evisceración, 1 fistula intestinal y un paciente presento un shock séptico grave, falleciendo. En el Grupo 2 se presentaron como complicaciones postoperatorias 2 fistulas biliares, 1 fistula intestinal, 1 fistula intestinal y fistula biliar y 1 infección de herida quirúrgica. Así, la morbilidad en el Grupo 1 fue del 30% y la mortalidad del 5%, mientras que en el Grupo 2 la morbilidad fue del 100% y la mortalidad del 0%. Un paciente fue tratado de forma conservadora con buena respuesta. La estancia hospitalaria media fue de 11,5 días ($\pm 6,4$) para el Grupo 1, y 24,5 días ($\pm 8,4$) para el Grupo 2.

Conclusiones: Dada nuestra experiencia el tratamiento de elección de entrada en el íleo biliar debería ser la enterolitotomía exclusivamente ya que es el procedimiento con menor tasa de complicaciones, y por tanto, más seguro y con menor tiempo de estancia hospitalaria.