



P-354 - ÍLEO BILIAR RECURRENTE EN EL MISMO INGRESO HOSPITALARIO

J.M. Peraza Casajús, I. Bodega Quiroga, M.E. García Sepúlveda, S. Maestro Prieto, M.I. Sánchez-Seco Peña, A. García Benavente, F. Fernández Bueno y A. Serrano Muñoz

Hospital Militar Central Gómez Ulla, Madrid.

Resumen

Introducción: El íleo biliar es una rara complicación de la colelitiasis, que consiste en una obstrucción mecánica del intestino delgado debida a la impactación de uno o más cálculos dentro del tracto gastrointestinal. Todavía es más infrecuente la aparición de dos episodios de íleo biliar en el curso del mismo ingreso hospitalario, siendo pocos los casos descritos en la literatura. Describimos el caso de una paciente que presentó una recurrencia de un íleo biliar en el mismo ingreso hospitalario y plantear las diferentes opciones terapéuticas.

Caso clínico: Mujer de 95 años que acude a Urgencias por dolor abdominal de dos días de evolución, acompañado de vómitos biliosos. Antecedentes personales: hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, diverticulosis colónica, fibrilación auricular paroxística y hemorragia digestiva alta. Exploración abdominal: dolor a la palpación en fosa ilíaca y flanco izquierdos, sin signos de irritación. Afebril y hemodinámicamente estable. Se realizan: analítica, serie radiológica abdominal y TAC abdominopélvica. Analítica: leucocitos, 15.000/ul (N 98%); hemoglobina, 11,9 g/dl; bilirrubina total, 0,26 mg/dl; creatinina, 2,49 mg/dl; urea, 93 mg/dl; y PCR 4,2 mg/L. Serie abdominal: distensión de asas de intestino delgado sin evidencias de neumoperitoneo. TAC abdominopélvica: gran dilatación de estómago, duodeno y yeyuno, hasta un asa localizada en fosa ilíaca izquierda con una imagen litiásica en su interior; vesícula no distendida, en contacto con la segunda porción del duodeno y con imagen litiásica de 2 cm; vía biliar intra y extrahepática con burbujas de aire en su interior. Obstrucción mecánica a nivel de yeyuno por íleo biliar, secundario a fístula bilioentérica. La paciente es intervenida mediante laparotomía exploradora infraumbilical, observándose dilatación de asas de intestino delgado desde el ángulo de Treitz hasta unos 30 cm en sentido distal, donde se aprecia impactación pétrea. Se practica enterotomía y extracción del cálculo. Cuatro días después de la segunda intervención, la paciente comenzó con clínica compatible con cuadro obstructivo, solicitándose TAC abdominal urgente, que mostró migración del cálculo visualizado en el estudio previo a un asa de íleon, siendo el cuadro compatible con obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Se interviene a la paciente, practicando nueva enterotomía con extracción del cálculo y retirada de la malla de polipropileno por infección de la misma. Presentó una evolución postoperatoria satisfactoria y fue dada de alta a los nueve días después de la intervención.

Discusión: El manejo quirúrgico del íleo biliar, actualmente, es motivo de controversia. Las opciones terapéuticas quirúrgicas de estos pacientes son la enterotomía con extracción del cálculo aislada o la reparación de la fístula bilioentérica en un primer o segundo tiempo, teniendo en cuenta la mayor mortalidad que llevan asociados. Aunque son pocos los casos de recidiva de íleo biliar descritos en la literatura, el aumento de la esperanza de vida de la población y la elevada morbilidad del cuadro, deben hacernos

reflexionar sobre la posibilidad de reparar la fístula biliodigestiva y practicar una colecistectomía en un primer tiempo, siempre y cuando la situación clínica del paciente lo permita.