



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-248 - FÍSTULA BILIOENTÉRICA: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA EN 4 AÑOS

Roldan Ortiz, Susana; Fornell Ariza, Mercedes; Bengoechea Trujillo, Ander; Pérez Gomar, Daniel; Bazán Hinojo, Carmen; Ayllón Gámez, Saray; Castro Santiago, María Jesús; Fernández Serrano, José Luis

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz.

Resumen

Introducción: De los pacientes con diagnóstico de fístula colecistoentérica únicamente del 1 al 15% desarrollan íleo biliar. La presentación clínica más habitual es la obstrucción intestinal que generalmente va precedida por un episodio de cólico biliar. El íleo biliar es una complicación poco común de la patología litiasica vesicular presentándose en 1 al 3% de obstrucciones intestinales.

Métodos: Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de íleo biliar desde marzo 2011 hasta marzo 2015 en UGC C. General y Ap. Digestivo en Hospital Puerta del Mar de Cádiz.

Resultados: Presentamos 13 pacientes con íleo biliar, de los cuales 11 son mujeres (84,6%) y 2 son varones (15,38%). La edad media es de 76,9 (rango de edad de 31-91 años). Presentan obesidad en 53%, DM 46%, colelitiasis previa en 100% y episodio de colecistitis previa en 46% de los pacientes. En estimación de riesgo quirúrgico 3 pacientes son ASA II, 5 ASA III y 5 ASA IV. La presentación clínica fue de HDA en 1 paciente, 6 presentaron dolor abdominal y vómitos, y 6 obstrucción intestinal. En analítica urgente 69% tenían leucocitosis. La radiografía de abdomen se realizó en 100% de los casos, ecografía en 38% y Tc en 76,9%. De esta serie a 4 pacientes se les realizó EDA, siendo terapéutica en 1 caso. Tratamiento quirúrgico se realizó en 12 pacientes, en todos se realizó enterotomía asociando en un caso colecistectomía y reparación de fístula bilio-entérica. La localización fue 49,85% en íleon, 28,57% yeyuno y 21,42% en duodeno. Estancia media de 10 días (rango 3 a 30 días), complicaciones en 30,76% y 1 exitus por TEP masivo.

Conclusiones: El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin, supone 1-4% del total de oclusiones intestinales en el adulto y 25% de I. delgado, por paso de uno o varios cálculos a través de fístula biliodigestiva. En 70% de ocasiones es fístula colecisto-duodenal, 5% colecisto-gástrica, rara es fístula colecistocolociana. Es una patología que afecta más a mujeres (3:1), más frecuente en mayores de 65 años, con comorbilidades asociadas y patología biliar previa. La clínica depende del lugar de impactación del cálculo, generalmente presentan dolor abdominal, náuseas, vómitos y distensión abdominal, y en raras ocasiones hemorragia digestiva o peritonitis. Muy importante la sospecha ante obstrucción intestinal en paciente anciano con antecedentes de patología biliar sin cirugía abdominal previa ni hernias. En analítica destaca leucocitosis y radiografía de abdomen es una herramienta básica, presentando Tc abdomen una sensibilidad de hasta 93%. Existen varios signos radiológicos característicos como triada de Rigler patognomónica de íleo biliar (oclusión intestinal, aerobilia y cálculo ectópico) o signo de Balthazar (dos niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho). El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico mediante enterotomía con objetivo de resolver oclusión intestinal. La localización más frecuente de impactación es en

íleon terminal (60%), yeyuno (9%), colon sigmoide (4%) y duodeno (2%). Un tipo especial de íleo biliar es síndrome de Bouveret por impactación en duodeno. La morbilidad depende de demora en diagnóstico y tratamiento realizado.