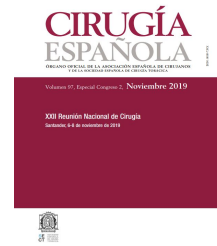




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-672 - OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR ÍLEO BILIAR COLÓNICO, UNA RARA ETIOLOGÍA A TENER EN CUENTA EN URGENCIAS

del Castillo Cuesta, Ana; Sánchez Relinque, David; Gómez Modet, Susana; Lara Palmero, Carolina; Ojea Ruiz-Yerla, Lucas; Tejedor Cabrera, Luis; Rodríguez Ramos, Manuel

Hospital del S.A.S. Punta de Europa, Algeciras.

Resumen

Introducción: Toda obstrucción a nivel intestinal provocada por una litiasis biliar se conoce con el nombre de íleo biliar. El 98% se produce a nivel de intestino delgado, y tan solo un 2% a nivel de colon, lo que se conoce como íleo biliar colónico. Este es más frecuente en mujeres de edad avanzada y con historias previas de colecistitis, teniendo una importante morbilidad especialmente debido al retraso diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 76 años, DM2, DLP, trastorno depresivo. IQ: apendicectomía, cesárea. Acudió al Servicio de Urgencias por segunda vez con clínica de estreñimiento de varios días de evolución junto con distensión abdominal, náuseas y vómitos. 13.300 leucocitos (78,8%N), 3 de K+, resto sin hallazgos. Rx abdomen: importante distensión de asas. TAC abdominal: fístula colecistoentérica con dilatación de todo el marco cólico hasta sigma secundario a litiasis biliar. Se realiza endoscopia urgente: litiasis a unos 35-40 cm del margen anal. Tras varios intentos fallidos se decide intervención quirúrgica urgente realizándose colecistectomía y extracción de litiasis de unos 5 cm a través del orificio fistuloso con cierre del defecto con GIA-80. Tras superar un íleo postoperatorio y corrección hidroelectrolítica se da el alta a los 14 días sin más complicaciones en la actualidad.

Discusión: El manejo del íleo biliar colónico puede variar en función de las características y situación de cada paciente, siendo siempre el principal objetivo resolver la obstrucción, ya sea mediante una enterotomía y resolución de la fístula en un segundo tiempo, o bien con la eliminación de la fístula junto a la colecistectomía en el mismo acto quirúrgico. Esta segunda opción se acompaña de mayor dificultad y morbilidad, por lo que debe ser realizada por manos expertas. La colonoscopia en pacientes estables descarta patología subyacente y en ocasiones puede ser resolutoria. La vía laparoscópica no se debe descartar, si bien en el colon es más difícil la identificación de la litiasis, lo que puede aumentar el tiempo quirúrgico.