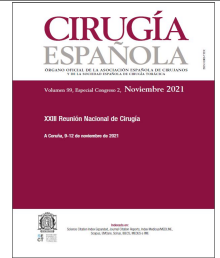




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-634 - OBSTRUCCIÓN COLÓNICA DE ORIGEN BILIAR: CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL

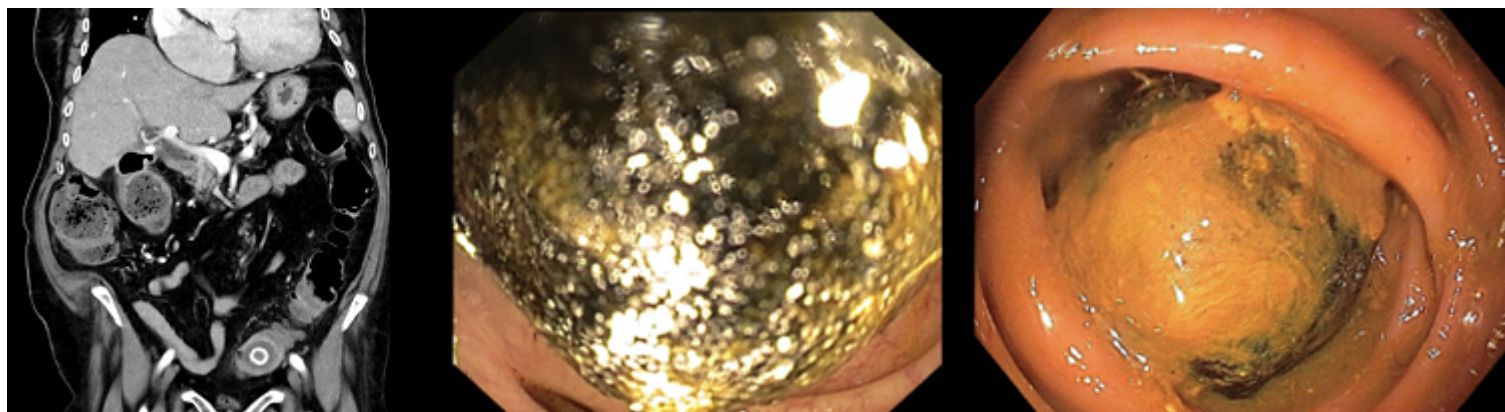
Lucas Guerrero, Victoria; Lobato Gil, Raquel; Cidoncha Secilla, Ariadna; Pallisera Lloveras, Anna; Medarde Ferrer, Meritxell; Gràcia Roman, Raquel; García Nalda, Albert; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción:** El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, representando el 1-4% de los casos. Es más frecuente en población de edad avanzada y con comorbilidades. Normalmente la obstrucción se produce a nivel del íleon distal o válvula ileocecal, ya que es el punto de menor calibre. La fístula colecistoentérica más frecuente es la colecistoduodenal. Más infrecuentemente (en el 4%) se puede producir una obstrucción de colon secundaria a una litiasis que haya migrado a través de una fístula colecistocólica. Su diagnóstico es difícil dada la rareza del cuadro y los síntomas inespecíficos. La presencia de aerobilia, signos de obstrucción intestinal y una piedra ectópica (tríada de Rigler) es patognomónica. También puede presentarse como perforación intestinal.

**Caso clínico:** Paciente de 83 años, testigo de Jehová, con antecedente de dislipemia, cardiopatía isquémica, fibrilación auricular en tratamiento con dabigatrán y dos episodios de colecistitis aguda en diciembre de 2019 y en noviembre de 2020 tratadas de manera conservadora por haber presentado anemia importante y rechazar transfusiones. Consulta a urgencias por dolor abdominal difuso, vómitos y ausencia de deposiciones de 48h de evolución. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y afebril, y en la exploración física destaca distensión abdominal y dolor difuso, de predominio en fosa ilíaca derecha, sin defensa. Se realiza una analítica, sin hallazgos destacables. La radiografía simple de abdomen muestra aerocolia y asas de intestino delgado aireadas. Se realiza una TC abdominal evidenciando oclusión de sigma secundaria a un cálculo biliar con imagen de fístula colecistocólica en colon transversal, con válvula ileocecal competente. Se coloca una sonda nasogástrica y se realiza una colonoscopia evidenciando un cálculo enclavado a nivel del sigma proximal. Se fragmenta parcialmente y se extrae mediante asa de Roth. Una vez extraída la litiasis se objetivan ulceraciones por decúbito en el sigma y una región ulcerada en colon transversal proximal, en probable relación a la fístula colecistocólica. Posteriormente la paciente presenta una correcta evolución, sin dolor abdominal, tolerando dieta y realizando deposiciones.



**Discusión:** No existe evidencia clara sobre cuál es el mejor tratamiento. Este incluye: conducta expectante, endoscopia con o sin litotricia, enterolitotomía y resección colónica con anastomosis o colostomía. Tampoco hay una determinación absoluta sobre si actuar solo sobre la obstrucción o si en un solo tiempo realizar la colecistectomía y reparación de la fístula colecistoentérica. La ventaja de realizar todo en un único procedimiento es la disminución de la probabilidad de recurrencia del cuadro y el riesgo de complicaciones derivadas de la comunicación del colon con la vía biliar. La desventaja es que aumenta la morbimortalidad del procedimiento; además, se ha descrito el cierre espontáneo de dichas fístulas. La opción elegida se debe individualizar, siendo mandatorio el tratamiento de la oclusión. En el caso descrito se realizó una colonoscopia dada la estabilidad de la paciente y sus antecedentes. En caso de ineficacia o empeoramiento clínico (inestabilidad o signos de irritación peritoneal) se hubiera optado por tratamiento quirúrgico. Posteriormente, tras ser optimizada, se planteará la colecistectomía y reparación de la fístula colecistocólica.