



P-188 - ¿RESULTA FACTIBLE LA REENTEROTOMÍA AISLADA EN EL ÍLEO BILIAR RECURRENTE EL PACIENTE AÑOSO? A PROPÓSITO DE UN CASO

Alonso Murillo, Laura; Domínguez Sánchez, Iván; Brandariz Gil, Lorena; Nutu, Oana Anisa; Guadarrama González, Francisco Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El íleo biliar a pesar de su infrecuencia, 0,3-0,5% de los pacientes con colelitiasis, supone hasta 1-4% de los casos de obstrucción intestinal aguda precisando en la mayoría de las ocasiones un manejo quirúrgico urgente. Su etiología radica en la formación de una fístula colecistoduodenal, tras episodios recurrentes de colecistitis aguda. Es más frecuente en mujeres de edad avanzada y se presenta como cuadro intestinal obstructivo agudo, con identificación de la litiasis mediante prueba de imagen. Se maneja mediante enterolitotomía urgente y posterior colecistectomía y corrección de la fístula colecistoentérica. El mayor reto en el manejo quirúrgico de esta patología es la elección del mejor momento para realizar la cirugía, así como la selección del paciente. En pacientes de alto riesgo (ASA III-ASA IV) hipotenso y con intensa afectación intraabdominal, como es nuestro caso, el manejo sobre la colelitiasis y la fístula deberá postergarse. La resolución de la fístula y la colecistectomía prevendrá nuevos episodios de colecistitis, colangitis, desarrollo de colangiocarcinoma así como la malabsorción derivada de la presencia de una fístula bilioentérica persistente.

Caso clínico: Varón de 82 años con múltiples antecedentes (ASA IV) acude al servicio de Urgencias por cuadro de obstrucción intestinal, con importante deterioro del estado general, en estado de shock séptico. A nivel analítico destacaba la presencia de acidosis metabólica, fracaso renal agudo (creatinina 3,5 mg/dl) y elevación de RFA (leucocitosis de 16.000/l, PCR 10,4 mg/dl). Se realiza TC abdominal urgente con diagnóstico de íleo biliar con un cálculo de 2-3 cm alojado en asa yeyunal. Se realiza enterolitotomía urgente con extracción del cálculo y cierre posterior. El paciente es dado de alta en quinto día postoperatorio. A los 4 meses de dicho episodio el paciente acude de nuevo a urgencias con un nuevo cuadro de inestabilidad hemodinámica originado por una obstrucción intestinal aguda. Se realiza laparotomía exploradora, objetivándose a 20 cm de la enterotomía previa una zona ulcerada, sobre la que se realiza la incisión intestinal con extracción de nuevo cálculo de 4 × 3 cm. A pesar del mal estado previo a la cirugía, el paciente presenta un postoperatorio favorable resolviéndose el cuadro oclusivo. Es dado de alta en 6ª día postoperatorio. Se decide seguimiento exhaustivo del paciente, sin resolución de la fístula dado el alto riesgo quirúrgico que asocia el paciente.

Discusión: El manejo del íleo biliar urgente en pacientes añosos supone un reto a la hora de tomar una decisión quirúrgica. Estando indicada la cirugía urgente por obstrucción, la resolución definitiva

de la fístula colecistoentérica deberá adaptarse no sólo a un momento idóneo sino que podrá no realizarse si el riesgo quirúrgico asociado es alto. Ante dicha decisión el paciente será sometido a un riguroso seguimiento.