



V-218 - OCLUSIÓN INTESTINAL POR LITIASIS BILIAR EN SIGMA SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTOCÓLICA

Pinillos, Ana¹; Herrerías, Fernando²; Gómez, Ferney³; López, Guillermo²; Mestres, Nuria²; Ortega, Jaume²; Santamaría, Maite²; Olsina, Jorge²

¹Hospital San Pedro de la Rioja, Logroño; ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ³Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Logroño.

Resumen

Introducción: La fístula colecistocólica es una patología infrecuente que representa solo el 1,2%-5% de todas las fístulas bilioentéricas. Tiene una presentación clínica variable y generalmente aparece como complicación de la enfermedad litiasica biliar. La obstrucción intestinal como consecuencia de un cálculo biliar enclavado en colon es una entidad extremadamente rara, presentamos el caso clínico de una paciente de 92 años con una oclusión intestinal secundaria a un íleo biliar.

Caso clínico: Mujer de 92 años con antecedentes de HTA y cólicos biliares que acude a urgencias por diarreas en la última semana y distensión abdominal. En la radiografía de abdomen se evidencia dilatación de marco cólico por lo que se solicita un TC abdomen con evidencia de aerobilia, una fístula colecistocólica en ángulo hepático y una litiasis enclavada en sigma que condiciona un cuadro de oclusión intestinal. Se realiza colonoscopia con desimpactación del cálculo sin posibilidad de extracción por lo que se indica intervención quirúrgica urgente. Se realiza una laparoscopia exploradora con evidencia de un cambio de calibre a nivel de colon sigmoide. Se realiza enterotomía con extracción de la litiasis de unos 5 cm y se realiza una sutura primaria con puntos sueltos. La duración de la cirugía fue de 90 minutos con una estancia hospitalaria de 6 días con un Clavien I.

Discusión: El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Barholin, supone entre 1-4% del total de oclusiones intestinales en el adulto. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico mediante enterotomía con objetivo de resolver la oclusión intestinal. La morbilidad depende de la demora en diagnóstico y tratamiento realizado. En nuestro caso se resolvió el cuadro de oclusión intestinal en menos de 24 horas del diagnóstico con baja morbilidad pudiendo ser dada de alta al sexto día posoperatorio.