



P-680 - MANEJO DEL ÍLEO BILIAR EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Guilarte Hernández, Henry André; Valentín-Gamazo González, Isabel; Maderuelo García, Victoria; Suero Rodríguez, Carlenny; Huidobro Piriz, Ana; Salanova Rodríguez, Mariana; Castañera González, Ramón; Louredo Méndez, Ángel

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Introducción: El íleo biliar es una rara complicación de la patología biliar, que debuta como urgencia quirúrgica causando obstrucción intestinal mecánica, produciendo salida del cálculo biliar a través de una comunicación entre la vía biliar y el intestino, siendo la causa más frecuente la fístula colecistoduodenal. Esta entidad afecta a población de riesgo, frecuentemente de edad avanzada y pluripatológica. Teniendo cierta predilección por el sexo femenino. Las obstrucciones mecánicas del intestino delgado causadas por cálculos biliares representan del 1% al 3% de los casos. El íleo biliar recurrente puede observarse en el 5% de los pacientes tratado tras el primer episodio.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro Hospital por íleo biliar, entre los años 2000-2022. Se analiza la edad, sexo, sintomatología al ingreso, pruebas diagnósticas, localización de la litiasis y de la fístula, tratamiento, complicaciones posoperatorias y recidiva.

Resultados: El tamaño muestral fue de 29 pacientes. La edad media es 81,7 años. El porcentaje de hombres de 24,1% y 75,9% de mujeres. El 37,9% tenían antecedentes de colelitiasis y coledocolitiasis. La mayoría acudió a urgencias por vómitos (51,7%), seguido de dolor abdominal (37,9%), hemorragia digestiva alta (6,9%) y fiebre (3,4%). La prueba diagnóstica más realizada fue el TAC realizándose como única prueba diagnóstica en el 65,5%, y junto con ecografía (17,2%) y junto con gastroscopia (3,4%). La ecografía se realizó como única prueba en el 13,8%. En dos casos (6,9%) se realizó CPRE por presentar coledocolitiasis. La litiasis se localizaba en el yeyuno (37,9%), seguido del íleon (31%), duodeno (13,8%), válvula ileocecal (3,4%), colon derecho (3,4%), colon descendente (3,4%) y sigma (3,4%). En cuanto a la fístula colecisto-intestinal el 31% de pacientes presentaban una fístula colecistoduodenal (el resto no descrito). El tratamiento fue cirugía urgente mediante laparotomía exploradora, realizando en el 86,2% enterolitotomía más enterorrafia, en un caso se realizó extracción del cálculo a través del recto, y en otro gastrectomía por hemorragia digestiva alta (no controlable con gastroscopia). En ningún caso se trató la fístula. Se optó por tratamiento médico en 2 casos (6,9%), debido a la edad y morbilidad del paciente. El 6,8% se complicó presentando infección de la herida quirúrgica, el 6,8% IRA, 3,4% íleo posoperatorio, entre otras. Un paciente precisó ingreso en la UCI por sepsis de origen abdominal. El 13,6% (4) falleció en la primera semana posoperatoria. La estancia media hospitalaria fue de 11,7 días (DE:6,7). Durante el

periodo de seguimiento (entre 1-8 años), existió una única recídiva a las 3 semanas del primer episodio, realizando una nueva enterolitotomía.

Conclusiones: El tratamiento del íleo biliar se puede realizar mediante cirugía en un solo tiempo que incluya enterolitotomía y colecistectomía con reparación de la fístula biliar; otra opción es cirugía en dos tiempos realizando la reparación de la fístula y colecistectomía de forma diferida entre 1-6 meses. La enterotomía y extracción del cálculo es el tratamiento de elección en pacientes de riesgo.