



V-171 - CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN URGENCIAS: ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DEL ÍLEO BILIAR

Villota, Beatriz; Mifsut, Patricia; Gutiérrez, Oihane; Sendino, Patricia; Pascual, Teresa; Tortosa, Inés; Villalabeitia, Ibabe; Errazti, Gaizka

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la coledocistitis. Generalmente es secundaria a la existencia de una fístula colecistoduodenal que permite el paso de un cálculo hacia la luz intestinal y ocasiona una obstrucción. Se trata de una complicación que puede alcanzar un 25% de mortalidad y requiere un manejo quirúrgico urgente, pero existen controversias acerca de la resolución definitiva de la coledocistitis y/o cierre de la fístula. A continuación, se presenta un caso clínico y su intervención quirúrgica por vía laparoscópica.

Caso clínico: Varón de 75 años que debuta con dolor abdominal, ictericia y fiebre. En TAC se objetivan hallazgos compatibles con colecistitis aguda sobre colecistopatía crónica sin poder descartar proceso neoplásico subyacente, por lo que ingresa para completar estudio. El 4.º día de ingreso presenta hemorragia digestiva alta y se realiza gastroscopia en la que se objetiva una úlcera Forrest III de 18-20 mm en cara anterior duodenal. El 18.º día de ingreso presenta empeoramiento de dolor, intolerancia oral y ausencia de tránsito intestinal. En TAC se objetiva la tríada de Rigler (neumbilia, distensión de asas intestinales y litiasis de 2,5 cm en íleon). Ante sospecha de íleo biliar se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparoscopia exploradora, objetivando dilatación generalizada de asas de intestino delgado con íleon terminal colapsado. Se explora el intestino delgado desde válvula ileocecal hasta localizar litiasis en íleon medio, que condiciona cambio de calibre. A continuación, se realiza enterotomía longitudinal proximal al punto de obstrucción y extracción laboriosa de litiasis de gran tamaño. Por último, se realiza enterorrafia transversa biplano con sutura barbada reabsorbible. Finalmente, se coloca drenaje en pelvis y se emplea bolsa de extracción que se exterioriza por trócar de fosa ilíaca derecha. En el posoperatorio inmediato presenta nuevo episodio de hemorragia digestiva sin hallazgos endoscópicos, así como candidemia que responde adecuadamente a antifúngico. La evolución desde el punto de vista digestivo es favorable, con buena tolerancia y tránsito restablecido, siendo dado de alta el 14.º día posoperatorio. Tanto el TAC como la RMN realizados 6 meses tras la intervención muestran mejoría de los cambios inflamatorios de vesícula y duodeno, con vesícula atrófica en contacto con el mismo y ausencia de datos de neoplasia. Actualmente, dada la situación funcional, comorbilidades del paciente y ausencia de clínica digestiva, se desestima colecistectomía.

Discusión: El íleo biliar, pese a ser infrecuente, constituye una urgencia cuyo tratamiento de elección es quirúrgico. La técnica de elección es la enterotomía para extracción de litiasis; sin

embargo, la cirugía definitiva de la vesícula biliar y la fístula en el mismo tiempo únicamente debería reservarse para casos muy seleccionados, en función de la situación del paciente y experiencia del equipo quirúrgico. En conclusión, actualmente se acepta la enterolitotomía como único tratamiento urgente, y el abordaje laparoscópico es factible y seguro.