



## V-173 - ÍLEO BILIAR A NIVEL DE COLON IZQUIERDO: ABORDAJE MÍNIMAMENTE INVASIVO

Licardie, Eugenio; Lara Romero, Paula; Rodríguez Lora, Enrique; González Minchón, José Antonio; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

### Resumen

**Introducción:** La obstrucción intestinal como consecuencia de la impactación de un cálculo biliar en el colon es una situación extremadamente rara, que ocurre como consecuencia de la progresión de un cálculo de gran tamaño a través de una fístula colecistocolónica. Presentamos el caso de un íleo biliar en el que el cálculo se encontraba enclavado a nivel de colon izquierdo distal/sigma proximal. El objetivo es presentar un caso clínico en formato vídeo sobre abordaje laparoscópico de un íleo biliar a nivel de colon izquierdo.

**Caso clínico:** Se trata de una mujer de 72 años con HTA, miocardiopatía hipertrófica, disnea de origen multifactorial, hipotiroidismo y una gammopatía monoclonal en seguimiento por hematología como antecedentes personales de interés, además de un IMC de 40. Presentaba colelitiasis sintomática ya conocida pendiente de intervención quirúrgica, aunque no había superado la evaluación preanestésica puesto que necesitaba reevaluación por parte de cardiología dadas sus comorbilidades. La paciente acude a urgencias por un dolor abdominal de unos 7 días de evolución, que en las últimas 24 horas había asociado ausencia de ventoseo y deposiciones, así como anorexia y vómitos. Se realiza una radiografía de abdomen en la que se observa abundante gas en colon y niveles hidroaéreos. La TC de abdomen muestra un cálculo de gran tamaño impactado en colon izquierdo distal que condiciona una dilatación retrógrada del mismo además de una fístula entre la vesícula biliar y el colon a nivel del ángulo hepático, sin datos de colecistitis aguda. Ante la situación clínica y los hallazgos en las pruebas complementarias se decide intervenir a la paciente de forma urgente. Se realiza un abordaje laparoscópico con tres trócares, uno de 12 mm en flanco derecho y dos de 5 mm, supraumbilical y suprapúbico. En primer lugar, evidenciamos un plastrón de consistencia pétreo a nivel de hipocondrio derecho que involucra la vesícula biliar y el ángulo hepático del colon, por lo que decidimos no actuar de forma urgente sobre la vesícula. Se observa una dilatación significativa del colon hasta la transición entre el colon izquierdo y el sigma donde objetivamos la zona de impactación del cálculo. Realizamos una colotomía a nivel de la tenia extrayéndose un cálculo de unos 10cm de diámetro. Posteriormente suturamos el colon de forma transversal con una sutura barbada del 3-0 en dos planos y dejamos un drenaje sobre la zona. La paciente fue dada de alta al cuarto día posoperatorio sin que aparecieran complicaciones. No ha precisado reingreso ni han aparecido complicaciones a los 6 meses de seguimiento.

**Discusión:** El íleo biliar es una patología que se beneficia de una intervención precoz, centrada en

resolver únicamente la obstrucción, realizando la colecistectomía en un segundo tiempo en pacientes sintomáticos y con un diagnóstico de colelitiasis confirmado. Creemos que un abordaje mínimamente invasivo es seguro y beneficioso para el paciente, aunque son necesarios más estudios que lo confirmen.