



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-592 - ÍLEO BILIAR EN SIGMA, APROXIMACIÓN QUIRÚRGICA A PROPOSICIÓN DE UN CASO

Alonso Grela, María; Toledo Martínez, Enrique; Cagigas Fernández, Carmen; Castanedo Bezanilla, Sonia; García Cardo, Juan; Martínez Pérez, Paula; Pellón Daben, Raúl; Rodríguez San Juan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: El ileo biliar es una complicación poco frecuente de coledocitis y causa de obstrucción mecánica intestinal, tiene lugar en menos de un 0,5% de pacientes con coledocitis y representa un 1-4% de los casos de obstrucción intestinal. El íleo biliar se produce por la migración de grandes cálculos biliares desde la vesícula biliar o el conducto biliar común al intestino por una fístula colecistoentérica. Aproximadamente el 75% de estas fístulas son colecistoentéricas, mientras que solo el 10-20% son colecistocolónicas. La obstrucción se puede producir en cualquier punto del tracto intestinal, siendo más frecuente en intestino delgado, por su menor calibre (80%), seguido de estómago (15%) y colon (5%).

Caso clínico: Paciente mujer de 74 años que acude al servicio de Urgencias por un cuadro de abdominalgia con inicio en epigastrio hace un mes y migración a flanco izquierdo durante las últimas 2 semanas. Se acompaña de alteración del hábito deposicional caracterizado por estreñimiento alternado con despeños diarreicos. A la exploración presenta abdomen ligeramente distendido, doloroso a la palpación especialmente en fosa iliaca izquierda, sin signos de reacción peritoneal. El TC abdominopélvico pone de manifiesto una estenosis a nivel de colon descendente-sigma que condiciona un cuadro obstructivo, no pudiendo descartar neoplasia, con litiasis alojada en la estenosis previamente descrita. Así mismo, presenta aerobilia intrahepática, en colédoco y cístico asociada a cambios en territorio bilio-duodenal sospechosos de fístula bilioentérica. Ante los hallazgos descritos se realiza laparotomía exploradora urgente en la que se evidencia engrosamiento de sigma especialmente en la zona de impactación del cálculo biliar que impresiona de diverticulosis de larga evolución, además de un plastrón en hipocondrio derecho compatible con fístula colecistoduodenal. Se decide realizar sigmoidectomía y anastomosis primaria. El posoperatorio se produce sin incidencias siendo dada de alta al 4º día posoperatorio.



Discusión: El íleo biliar sigmoideo es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, que aparece especialmente en pacientes de edad avanzada. La impactación del cálculo biliar suele asentar en una zona de estenosis secundaria a una diverticulosis, neoplasia, radiación pélvica, o también patología inflamatoria intestinal. El abordaje de este tipo de obstrucción intestinal depende de distintos factores como son el estado general y las comorbilidades asociadas del paciente. La cirugía es el tratamiento de elección, ya sea mediante enterolitotomía y extracción del cálculo o resección intestinal y anastomosis, con controversia sobre la actuación o no sobre la fístula biliar ya sea de forma primaria o diferida. En pacientes con alto riesgo quirúrgico, con cálculos inferiores a 2,5 cm y ausencia de estenosis puede valorarse la extracción del cálculo mediante colonoscopia.