

BIBLIOGRAFÍA

- Berth-Jones J, Graham-Brown RAC, Fletcher A, Henderson HP, Barrie WW. Malignant fibrous histiocytoma: A new complication of chronic venous ulceration. *BMJ*. 1989;298:230-1.
- Agullo FJ, Santillan AA, Miller WT. Image of the month. Marjolin Ulcer. *Arch Surg*. 2006;141:1143-4.
- Fuentes-Marco JM, Maeso-Lebrún J, Bellmunt-Montoya S, Boqué-Torremonell M, Allegue-Allegue N, Ruiz MC, et al. Degeneración neoplásica de una úlcera venosa. *Angiología*. 2001;53:84-8.
- Ferrer del Castillo EA, Pérez Hernandez JR. Úlcera venosa crónica malignizada. Presentación de un caso. *Angiología*. 2008;60:67-70.
- Martínez-Ramos D, Villalba-Munera V, Molina-Martínez J, Salvador-Sanchís JL. Úlcera de Marjolin sobre una úlcera venosa crónica: Revisión de la bibliografía y comunicación de un caso. *Angiología*. 2006;58:63-6.
- Ros PR, Viamonte M, Rywlin AM. Malignant fibrous histiocytoma: Mesenchymal tumor of ubiquitous origin. *AJR Am J Roentgenol*. 1984;142:753-9.
- Salo JC, Lewis JJ, Woodruff JM, Leung DH, Brennan MF. Malignant fibrous histiocytoma of the extremity. *Cancer*. 1999;85:1765-72.
- Chuman H. Current topics in the diagnosis and treatment of malignant fibrous histiocytoma. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2003;30:626-33.
- Atalar H, Basarir K, Yildiz Y, Saglik Y. Prognostic factors in patients with malignant fibrous histiocytoma of the extremities. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2007;41:271-6.

Andrés Álvarez Salgado*, Fernando Vaquero Lorenzo, María Vicente Santiago, María José Ramos Marcos y Luis Javier Álvarez Fernández

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculard, Hospital de Cabueñes-Gijón, Asturias, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alsalan@gmail.com (A. Álvarez Salgado).

doi:10.1016/j.ciresp.2009.05.021

Íleo biliar. Abordaje asistido por laparoscopia

Biliary ileum. Assisted laparoscopic approach

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis vesicular, caracterizada por la migración de uno o más cálculos a través de una fístula bilio-digestiva (el 68% es colecistoduodenal)¹, con la posterior impactación y oclusión de la luz del intestino. El tratamiento de elección aceptado es la cirugía, con enterotomía y extracción del cálculo, y es más discutida la reparación de la fístula durante el mismo acto quirúrgico². El abordaje laparoscópico en estas situaciones puede ser beneficioso³, aunque se han descrito pocos casos en la literatura científica internacional, por lo que resulta de

interés comunicar nuestra experiencia con este abordaje en un paciente diagnosticado de íleo biliar.

Mujer de 70 años, con el antecedente de artritis reumatoide en tratamiento con corticoides, que ingresó en nuestro servicio por un cuadro de 2 días de evolución de oclusión intestinal incompleta. En la radiografía antero-posterior del abdomen se observó una dilatación proximal de las asas del intestino delgado y una imagen de cálculo de gran tamaño en el hemiabdomen derecho. Asimismo, la ecografía abdominal confirmó la localización del cálculo en el interior de un asa del

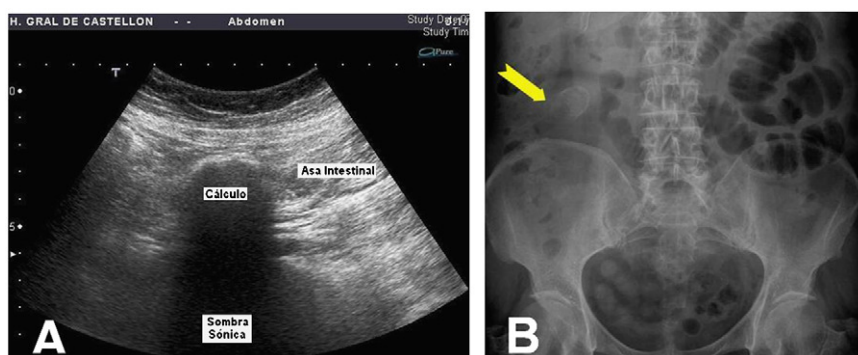


Figura 1 – A) Imagen de ecografía en la que se aprecia una imagen de cálculo, con sombra sónica posterior dentro de un asa. B) Imagen de radiografía simple del abdomen donde se aprecian asas del intestino delgado dilatadas y un cálculo en hipocondrio derecho (flecha).



Figura 2 – Fotografía del momento de la enterotomía y de la extracción del cálculo.

intestino delgado (figs. 1A y B). Con el diagnóstico del íleo biliar se procedió a la intervención quirúrgica urgente, que se realizó mediante abordaje por laparoscopia. Se colocó a la paciente en decúbito supino, con la torre de laparoscopia en dirección al hombro derecho. Se utilizó un acceso umbilical de Hasson de 10mm para la óptica y 2 accesos de 5 mm en ambos hipocondrios. En la cavidad abdominal se encontró una pequeña cantidad de líquido seroso. Se exploró hasta la unión ileocecal con 2 pinzas atraumáticas y se constató una litiasis única enclavada en la porción media del íleon con asas proximales del intestino delgado moderadamente dilatadas hasta el ángulo de Treitz y asas distales de aspecto normal. Se referenció la zona de impactación con un punto de seda de 2-0 y se realizó una pequeña ampliación de la incisión en el hipocondrio derecho de aproximadamente 5 cm para extraer la porción referenciada de asa con la litiasis. Se realizó una enterotomía inmediatamente proximal al cálculo, y se obtuvo un cálculo único de 3,5 cm de diámetro, y enterorrafia con seda de 3-0 (fig. 2). No se realizó abordaje de la fístula bilio-entérica. El tratamiento postoperatorio se realizó con apoyo del servicio de medicina interna, ajustando las dosis de corticoides a la vía parenteral y estableciendo un control estricto del aporte de líquidos, así como también profilaxis antibiótica durante 24h, profilaxis antitrombótica con heparinas de bajo peso molecular y deambulación precoz, una ventaja que ofrece la laparoscopia. La paciente evolucionó favorablemente, reinició tolerancia oral al tercer día y recibió el alta al sexto día postoperatorio.

Pese a ser de resolución relativamente sencilla, la morbimortalidad del íleo biliar es elevada⁴, debido a que suele presentarse con más frecuencia en los pacientes de edad avanzada, con múltiples enfermedades asociadas⁵, en los que el diagnóstico se realiza frecuentemente de forma

tardía⁶. Entre los hallazgos característicos de la radiografía del abdomen se incluyen la dilatación de las asas del intestino delgado, la aerobilia y la visualización ectópica de litiasis. La ecografía y la tomografía computarizada abdominales aportan información, al demostrar la localización del cálculo, el cambio de calibre de las asas y la existencia o no de las complicaciones. En nuestro caso, la radiografía del abdomen y la ecografía fueron suficientes para establecer el diagnóstico. Con respecto a la localización de la obstrucción, el yeyuno es, como en el caso presentado, el lugar más frecuente (el 60% de los casos)².

En los pacientes con íleo biliar, el abordaje asistido por laparoscopia, o bien enteramente laparoscópico, se puede realizar con mucha seguridad, aporta beneficios extras a los pacientes con esta enfermedad^{7,8} y, en ausencia de ensayos clínicos que las comparen, esta vía de abordaje podría considerarse como una buena alternativa a la cirugía abierta, ya que una recuperación postoperatoria más rápida, menos dolorosa, con movilización precoz y rápido retorno a las actividades habituales de los pacientes influyen de manera muy positiva en los resultados de esta cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg.* 1990;77:737-42.
2. Reissner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A review of 1.001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-6.
3. Berger F, Rojas C, Iñigues J, Santamaría P. Íleo biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso. *Rev Chil Cirug.* 2005;57-6:511-4.
4. Doko M, Zovak M, Klopjar M, Glavan E, Ljubicic N, Hochtstädter H. World comparison of surgical treatments of gallstone ileus: Preliminary report. *World J Surg.* 2003;27:400-4.
5. Soto D, Evan S, Kavic M. Laparoscopic management of gallstone ileus—J S L S 2001;5:279-85.
6. Rodríguez-Hermosa J, Codina-Cazador A, Gironés-Vilá J, Roig-García J, Figa-Francesc M, Acero-Fernández D. Íleo biliar: resultados de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:484-94.
7. Moberg A, Montgomery A. Laparoscopically assisted or open enterolithotomy for gallstone ileus. *Br J Surg.* 2007;94:53-7.
8. Owera A, Low J, Ammori BJ. Laparoscopic enterolithotomy for gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2008;18:450-2.

Gabriel Paiva-Coronel*, David Martínez-Ramos, Rebeca Cosa-Rodríguez y José Luis Salvador-Sanchis

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital General de Castellón, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gap839@hotmail.com (G. Paiva-Coronel).