

11209.

2 ej 27



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado

I L E O B I L I A R

Experiencia en el Hospital General de México, S.S.A.

DURANTE 5 AÑOS (1980-84)

Y

REVISION DE LA BIBLIOGRAFIA

T E S I S

Que para obtener el Título de:

ESPECIALISTA EN CIRUGIA GENERAL

P r e s e n t a

DR. JOSE VALERIANO ENRIQUEZ SALAZAR

MEXICO, D. F.

MARZO 1985

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

I	.- INTRODUCCION.....	1
II	.- ANTECEDENTES HISTORICOS	2
III	.- INCIDENCIA	3
IV	.- FISIOPATOGENIA	4
V	.- MANIFESTACIONES CLINICAS	8
VI	.- DIAGNOSTICO RADIOLOGICO	12
VII	.- REPERCUSION METABOLICA	14
VIII	.- TRATAMIENTO	16
IX	.- MORTALIDAD	20
	ANALISIS DE CASOS	21
	RESULTADOS Y CONCLUSIONES	34
	BIBLIOGRAFIA	38

.- INTRODUCCION .

El felo biliar, considerando tradicionalmente como un padeci---
miento poco frecuente, descrito por pimera vez por Bartolin en
1654, ofrece un verdadero reto de diagnóstico para el clinico -
y de manejo para el cirujano.

Padecimiento propio de la 7a. a la 9a. década de la vida, el --
felo biliar con una mortalidad y frecuencia en descenso, ha re-
cibido poca atención en nuestro medio, ya que solo encontramos
en la literatura una publicación a éste respecto desde el año -
de 1965.

Si se ha dicho que un paso importante en el diagnóstico del ---
fleo biliar, es pensar en él, el presente estudio tiene el mo-
desto fin de mostrar lo contraruo en nuestro medio; y si sabe-
mos que un diagnóstico temprano repercutirá satisfactoriamente
en el pronóstico de nuestros pacientes, de aquí la importancia
del mismo, demostrando que no es tan raro como se piensa y que
las condiciones propias de nuestros pacientes, obligan al ciru-
jano a individualizar en el manejo.

Por lo anteriormente escrito, creo que este grupo de pacientes
estudiados nos es útil para diferenciar de lo escrito en la li-
teratura anglo-sajona con respecto a la tendencia actual de ma-
nejo, ya que el paciente Mexicano y en particular el del Hospi-
tal General de México, tiene ciertas caracterfsticas que lo di-
ferencian.

II .- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Desde la primera comunicación por Batolin en 1654, con la descripción de un caso de fleo biliar encontrado por autopsia, la presencia en la literatura médica de comunicaciones sobre los mismos ha ascendido hasta la actualidad (3,6,18).

Las series publicadas comienzan a tener importancia a finales del siglo pasado, sin embargo, son siempre escasos los números de comunicaciones que se hacen.

Courvoisier en 1890 describe el síndrome clínico que caracteriza esta entidad y reporta 125 casos. Pybus en 1922, es el primero en resolver el fleo biliar por esterotomía, cierre de la fistula y drenaje de la vesícula biliar.

Rigler, Borman y Noble describen en 1941 la triada radiológica consistente en aire en vías biliares, cálculo visible y móvil - así como asas de intestino delgado dilatado para el diagnóstico del fleo biliar (2,13,19).

Deckoff hace una recopilación de 700 casos publicados hasta --- 1955 y Fjermeros revisa en Escandinavia y Finlandia 178 casos - desde 1864 a 1962. Artusi en Argentina en 19 años comunica 22 observaciones y Jelinek en Viena entre 1947 y 1973 hace una comunicación de 50 casos de fleo biliar (13,16).

III .- I N C I D E N C I A .

La incidencia del fleo biliar en general se ha considerado baja, coincidiendo la mayoría de los autores en un 2% del total de las obstrucciones intestinales (1,2,13,14,15,25,26,28), sin embargo, esta cifra aumenta mucho por encima de los sesenta años de edad en los que la incidencia es de 23% del total de las --- obstrucciones intestinales (2,5,21,28).

Debido a que la colecistitis litiasica ocupa un papel preponderante en la etiopatogenia del padecimiento, y ésta es mucho más frecuente en el sexo femenino (6 veces más común en la mujer -- que en el hombre (21,26), las mujeres serán más afectadas por el fleo biliar en 4-7 veces por un hombre (2,13,15,26); de hecho existen varias series publicadas en las que todos los casos son mujeres (15).

La frecuencia del fleo biliar, en relación a la patología litiasica, se considera de aproximadamente 0.83% (13,21). El 5% de todos los pacientes con litiasis vesicular desarrollan una fistula biliar interna (21).

La edad promedio de presentación, en diversas series publicadas es de 74 años, siendo rara antes de los 50 años de edad (2,13, 14,21,22).

El fleo biliar se considera una enfermedad de la edad por lo -- tanto se asocia con cierta frecuencia a padecimientos tales como diabetes mellitus, alteraciones cardiovasculares y otras entidades degenerativas (21, 26).

IV.- FISIOPATOGENIA

El ileo biliar usualmente se inicia con la formación de litos - en el interior de la vesícula biliar, aunque han sido reportados casos en los cuales ya no existe la vesícula por colecistectomía varios años antes y posteriormente se produce la obstrucción intestinal; esto se ha explicado por fistulas coledoco-intestinales las cuales son muy raras (26,28).

Lo más frecuente, sin embargo, es que de la vesícula biliar - - - salga el cálculo y produzca la obstrucción, ya sea, al quedar libre en la cavidad peritoneal y por adherencias e inflamación - extrínsecamente se produzca el bloqueo de la luz intestinal, ó bien que por medio de una fistula bilioenterica se produzca el paso al tracto intestinal, produciéndose un tipo de oclusión - - intraluminal).

El cálculo puede entrar al duodeno a través del colédoco como - ya se mencionó previamente, aunque la mayoría de las veces el - cálculo entra a través de una fistula colecistoentérica. Esto no quiere decir, que todos los pacientes con fistula tienen obstrucción, ya que la fistula enterobiliar es 10 veces más frecuente que el ileo biliar (2,3,14).

La formación de fistula en el duodeno es el antecedente usual - al ileo por cálculos biliares y es con mucho la más frecuente, aunque se pueden formar a estómago, yeyuno, íleon ó colon; en - diversas series publicadas se indica la frecuencia de cada una de éstas: A duodeno 66.4%, a colon 21.7%, a estómago 4.6.% y a otros órganos en un 7%. (14,26,28).

Otras fistulas biliares internas, raras, pero que han sido publicadas, son a peritoneo, pleura, vena porta, árbol traqueo--- bronquial, pélvis renal, vejiga urinaria, útero grávido y quistes de ovario (14,26).

La fistula se forma con los siguientes eventos fisiopatológicos: Los fenómenos inflamatorios vesiculares van a producir por un lado, la obstrucción del cístico con el consiguiente aumento de la tensión intravesicular. Los secundarios fenómenos de pericolecistitis van a producir la adherencia del fondo vesicular a los órganos intestinales vecinos, duodeno, colon, yeyuno, etc. Las ulceraciones de la mucosa de la vesícula producidas por los mismos cálculos, el aumento de la tensión intravesicular por la estasis biliar unida a los fenómenos sépticos del contenido biliar y la isquemia de la pared, van a producir que se desencadene una solución de continuidad entre la vesícula y el tubo digestivo a ella adherido, constituyéndose así un trayecto fistuloso por donde se abre camino al contenido litiasico a la luz intestinal (2, 3, 14, 26).

Una vez el cálculo en la luz intestinal, el trayecto fistuloso frecuentemente se cierra quedando solo el remanente fibroso; -- ocurriendo una de tres posibilidades con el cálculo antes mencionado: 1) El cálculo alojado en el estómago es vomitado y -- así expulsado. 2) El ó los cálculos pueden pasar a través de -- todo el tracto digestivo expulsándose por vía rectal y 3) El ó los cálculos ocluyen la luz intestinal (26).

Con respecto a ésta última posibilidad, el tamaño del o los --- cálculos es muy importante; tradicionalmente se ha aceptado -- que un cálculo para que produzca obstrucción deberá tener como

mínimo 2.5 cms. de diámetro, sin embargo, cálculos mayores han sido expulsados por vía rectal y cálculos menores han producido obstrucción intestinal.

La progresión del cálculo a través de la luz intestinal se produce de forma intermitente en virtud de los movimientos peristálticos. El cálculo va a producir sobre la pared intestinal un edema de la mucosa que, si es lo suficientemente marcado, -- contribuye a impactar el cálculo a dicho nivel. Ello demuestra la importancia del espasmo intestinal y del edema en la etiología del fleo biliar.

Posteriormente al edema se produce una ulceración a la mucosa, con el subsiguiente esfacelo que puede afectar a todas las capas de la pared, dando lugar a una perforación, lo cual ocurre en aproximadamente el 2% de los casos de fleo biliar.

No obstante, a pesar de que el cálculo puede detenerse a cualquier nivel del tramo intestinal en virtud de los fenómenos anteriormente explicados, existen accidentes a lo largo del mismo unos anatómicos como el ángulo de Traitz, válvula iliocecal, -- etc, cuya estrechez fisiológica puede ser motivo del Stop, y -- otros patológicos como cualquier neoformación o alteración congénita como divertículos, pólipos tumores, etc., que en definitiva van a producir el mismo efecto. (2, 3, 14).

De todas formas y dentro de la amplia gama de posibilidades, to das las estadísticas coinciden en situar en el fleon el lugar -- más frecuente de localización litiasica, en virtud fundamentalmente de la disminución del calibre del intestino delgado a ese nivel, la disminución de la intensidad del peristaltismo y la -

situación más declive del mismo.

De acuerdo con diversas estadísticas y series de casos publicados, la frecuencia del sitio de obstrucción es como sigue: --- Duodeno 3.8%, íleon medio 20.1%, íleon terminal 57.1%, colon en 1.9% y el recto en 1.2% (26.28).

Mencionaremos aquí algunas otras causas de obstrucción intestinal por obturación que deberán tenerse en cuenta al hacer el diagnóstico:

I .- Parásitos.

II .- Fecalitos.

III .- Enterolitos.

IV .- Concreciones.

V .- Bezoar.

VI .- Bolo alimenticio.

VII .- Meconio.

VIII.- Varios dentro de los que se encuentran los cuerpos extraños tales como metal, vidrio, huesos, etc. (28).

V .- MANIFESTACIONES CLINICAS.

El diagnóstico de un fleo biliar tiene, en la mayoría de los ca sos, grandes dificultades. Favorece a éste solamente el hecho de pensar en su posibilidad en todo caso de obstrucción.

Algunos pacientes refieren antecedentes claros de cólicos vesiculares previos, pero estos pueden estar ausentes según diver sos autores del 40 al 75% de los casos (14). Naturalmente que ni antecedentes de cólicos vesiculares ni la existencia de cálculos por colecistografía previa permiten, sin duda, aceptar -- que un síndrome oclusivo se debe a un fleo biliar.

En algunos casos, algunos días o meses antes del episodio oclusivo, puede haber molestias dramáticas en hipocondrio derecho, dolor, fiebre, vómitos, etc., que corresponden a la formación de la fistula, tras un lapso libre de síntomas, se presentan -- cuadros intermitentes de oclusión intestinal, cuya caracteristi ca principal, es la diferente altura en que se van presentando, de acuerdo con la migración del cálculo.

Esta descripción hecha por Anderson en 1947, divide el cuadro - en dos etapas bien claras y delimitadas que en la práctica pocas veces se ven en esa forma y que si bien sigue estrictamente la mecánica fisiopatológica, es más cierto que en la realidad, resulta difícil, si no imposible en un importante número de enfermos, establecer estos dos períodos (2,3).

Por tratarse el cuadro de fleo biliar, de una oclusión por obtu ración, tiene los síntomas propios de éste tipo de oclusión, -- dolor tipo cólico, vómitos, distensión, detención del tránsito

intestinal, pero como el cálculo puede obturar a distintas alturas, el cuadro puede presentarse como una estenosis pilórica o duodenal, o una oclusión de delgado o una oclusión de colon.

Generalmente el cuadro se instala varios días antes del ingreso del paciente en el hospital y en ocasiones hasta varios meses.

Los síntomas comunes a la obstrucción por obturación constituyen El dolor tipo cólico, de variable intensidad que puede iniciarse en el abdomen superior, hepigástrico o hipocondrio derecho, para hacerse errático a medida que el cálculo progresa y localizándose luego en flanco y fosa iliaca derecha en los casos en que el cálculo se impacta en el ileon terminal.

Los vómitos son precoces, frecuentes, abundantes y tienen como característica el hacerse rápidamente fecaloideos, pudiendo desaparecer por horas o días cuando el cálculo progresa y la oclusión se hace intermitente. Lo caprichoso de éste síntoma retarda a veces el diagnóstico haciendo creer que la obstrucción ha desaparecido. La litoemesis no es frecuente.

Cuando la oclusión es de delgado puede haber evacuaciones del cabo intestinal distal que retardan el diagnóstico de oclusión, y cuando la oclusión es intermitente los periodos de detención del tránsito pueden verse intercalados por debacles diarrelicos o deposiciones normales lo que se denomina signo de Chauffard, que alientan al médico a seguir esperando que el cuadro se solucione espontáneamente en enfermos que son muy lábiles y que se van agravando progresivamente en vez de mejorar.

La distensión abdominal generalmente no es marcada, por la profusión de los vómitos y por la habitual intermitencia de la oclu---

sión. Es mayor en las oclusiones ileales bajas que en las formas oclusivas altas (28).

Como síntomas propios del fleo biliar podemos destacar la evolución por empujes del mismo, en muy raras ocasiones, la posibilidad de palpar el cálculo como tumoración dura en el examen abdominal o en el tacto rectal, a rara coexistencia del fleo con hemorragia digestiva que puede originarse a nivel de la fístula biliodigestiva o en la zona del intestino donde se produce impacción del cálculo (13,26,28).

Existe una división clínica de la obstrucción por fleo biliar de acuerdo al sitio de impacción del cálculo que es como sigue: -
1) La forma alta, duodenal o yeyunal superior, que corresponde a un cuadro agudo, de estenosis, recordando la estenosis aguda del píloro, la dilatación aguda del estómago o una estenosis duodenal alta. Los vómitos son muy abundantes, entrando el paciente rápidamente en choque y su pronóstico se considera grave.

2) La forma media, ileal superior o yeyunal baja, que clínicamente se presenta como una oclusión de delgado al que se llega después de una evolución relativamente lenta. Su pronóstico es mejor.

3) La forma baja, iliocecal. Es la forma más típica, la más frecuente y la de diagnóstico más "fácil". Clínicamente presenta un cuadro de fosa iliaca derecha con crisis dolorosas de repetición, peristaltismo vago y metiorismo abdominal.

Algunos autores consideran una cuarta forma clínica, la colónica, la cual es poco frecuente y en la que el cálculo puede impactarse en la unión recto-sigmoidea o en el recto, dando el cuadro de

oclusión de colon con asa cerrada o vólvulus.

Por lo descrito anteriormente se deduce que el cuadro clínico, - aunque solo en algunos aspectos no constantes no nos dá la pauta para el diagnóstico del fleo biliar y deberá recurrirse a otros medios, como se verá posteriormente, para hacer el diagnóstico - de certeza en dicho padecimiento (24,26.28).

VI .- DIAGNOSTICO RADIOLOGICO.

El examen radiológico es la clave para el diagnóstico del fleo biliar. Una serie de resultados radiológicos puede conducir a un diagnóstico preoperatorio apropiado.

El fleo radiológico no paraleliza la evolución clínica en un comienzo, ya que los vómitos y dolores cólicos intestinales pueden no corresponder a una clara visualización de yeyuno distendido por gas y líquido (18, 26).

Por otra parte, los cálculos no poseen siempre suficiente depósito calcáreo como para dar una imagen contrastada homogénea, y - en otras ocasiones estos cálculos se manifiestan bajo la forma de uno ó varios núcleos pequeños, cuya identificación como un - cálculo único resulta muy problemática (1,13,18).

Por último la presencia de aire en las vías biliares requiere - ciertas condiciones no siempre presentes. La vesícula debe poseer un tamaño y elasticidad suficientes como para constituir - un receso capaz de distenderse y albergar una cantidad de gas - visualizable radiológicamente; esta circunstancia no se dá en las vesículas escleroatróficas que constituyen la mayoría de -- los casos. El gas en los conductos biliares, cuando está pre-- sente, ha debido seguir un trayecto transcístico lo que implica la permeabilidad del mismo (18).

Lo anterior es mencionado debido al conjunto de datos radiológicos descritos en 1941 por Rigler, Borman y Noble consistente -- en:

- 1) Presencia de aire en las vías biliares.
- 2) Asas de intestino delgado dilatadas, con niveles hidroaéreos.
- 3) Visualización de un cálculo y
- 4) Cambio en la posición del mismo, cuando ha sido visto anteriormente.

Este conjunto de datos radiológicos son considerados como patognómicos del íleo biliar cuando son encontrados juntos, sin embargo, esto es lo infrecuente encontrado por diversos autores y según las series publicadas es aproximadamente 10 a 20% de los casos (13,18,26,28).

La radiografía contrastada con bario, que algunos autores aconsejan, supone de por sí una nueva causa de retardo diagnóstico. - Los vómitos constantes en estos pacientes impiden el paso de la sustancia opaca, aún cuando estén con una sonda nasogástrica instalada. El intento de colocación de sondas largas se acompaña de un alto porcentaje de fracasos, y aún en el caso de poder superarse todos estos inconvenientes, la certeza diagnóstica, además de insumir muchas horas no es siempre absoluta (18).

El laboratorio suele prestar poca ayuda para el diagnóstico y solo ofrecerá datos para la preparación y el pronóstico preoperatorio del paciente. El hematocrito nos orientará hacia el estado de hidratación del paciente, suele existir leucocitosis que está en relación con el cuadro exclusivo en sí, los electrolitos séricos nos indicaran el desequilibrio de los mismos los cuales deberán ser corregidos en forma adecuada previo al manejo (1,26).

VII .- REPERCUSIÓN METABOLICA.

Uno de los elementos que explica la alta mortalidad del íleo -- biliar, es la intensa repercusión metabólica que casi siempre -- presenta. Los vómitos profusos con pérdida de agua, bills, --- electrolitos, así como los episodios diarreicos que pueden in-- tercalarse seon una severa causa de descompensación metabólica. Contribuyendo también a dicho desequilibrio la retención líqui-- da dentro de las asas intestinales por encima de la obstrucción.

Podemos dividir al íleo biliar en tres formas de acuerdo al tras-- torno metabólico que esté produciendo:

- a) formas en que el trastorno metabólico no es severo, en las -- cuales la operación oportuna sin dilación será seguida de -- éxito.
- b) Formas de desequilibrio humoral evidente, en las cuales de in-- tervenir es necesario tratar de equilibrar al paciente que -- esté deshidratado con hipocloremia, hipopotasemia, hiperazoe-- mia, oliguria, etc., al borde del estado de choque.
- c) Forma de desequilibrio humoral inaparente, en las cuales no -- se evidencia clínicamente la importancia de la repercusión -- humoral de la oclusión, y si no se trata convenientemente al -- paciente, éste entra en choque, que puede ser mortal, des--- pués de la operación.

Por esto es necesario investigar cuidadosamente el verdadero es-- tado metabólico del paciente sin precipitarse a una operación -- que no es de extrema urgencia y que necesita preparación general

del paciente antes de ser realizada (13).

VIII.- TRATAMIENTO .

Definitivamente el tratamiento del fleo biliar es quirúrgico, -- como lo es el de todas las obstrucciones intestinales por obturación. Los pocos casos del fleo biliar que se han resuelto espontáneamente por expulsación del cálculo por vía rectal, no deberán crear precedente para que el cirujano espere la solución espontánea de la oclusión (23,26,28).

Pero el tratamiento quirúrgico debe ser precedido y seguido de un importante tratamiento médico, que tiene por objeto quilibrar el estado metabólico, hidroelectrolítico, casi siempre grvamente alterado; desgravitar el intestino distendido por encima del obstáculo y tratar de mejorar los problemas asociados -- como insuficiencia cardíaca, o renal, diabetes, frecuentes en -- estos pacientes afeosos (13,18,23,26).

La etapa operatoria presenta dos problemas; uno fundamental, levantar el obstáculo intestinal y otro en controversia, con soluciones distintas según los casos, es el de tratar o no el foco biliar, y que trataremos más extensamente adelante.

Con respecto al manejo de la oclusión en sí existen algunos puntos en los cuales están de acuerdo todos los autores:

- 1) Debe resolverse la obstrucción extrayendo el cálculo por eterotomía, la cual se hará en el borde antimesentérico en sentido longitudinal y se cerrará en sentido transversal para no comprometer la luz intestinal (Enterolitotamia).
- 2) En presencia de serio compromiso vascular del asa está indi-

cada la resección segmentaria con restablecimiento de la con tinuidad intestinal con anastomosis terminoterminal.

- 3) Al realizar la enterotomía, habrá de procederse a efectuar -- por aspiración la evacuación del contenido intestinal (líquido y gas). La ya mencionada septicidad de dicho contenido -- obliga a extremar las precauciones referentes a la asepsia.
- 4) Explorar manualmente el resto de la masa intestinal, incluí-- dos duodeno y vesícula, en busca de otro cálculo para a su -- vez extraerlo y hacer la profilaxis de los fleos recurrentes (1,18,20,23).

Cuando el cálculo extraído es ovoideo o redondo sin facetas, pue de pensarse que es único, pero cuando es facetado debe buscarse con cuidado la presencia de otros cálculos, inclusive a nivel de la fístula biliodigestiva, pues no es raro casos de reinterven-- ción por nuevo fleo biliar por cálculos que estaban en el intes-- tino o haciendo la travesía de la fístula cuando se intervino -- por primera vez (13,18).

Con respecto a la actitud ante la fístula y la vesícula biliar - en la primer cirugía existe controversia, ya que algunos propug-- nan por el manejo únicamente de la obstrucción intestinal mane-- jando a los pacientes con enterotomía, dejando para un segundo -- tiempo el cierre de la fístula y la colecistectomía. Sin embar-- go recientemente se han publicado series de casos manejados en - un solo tiempo con colecistectomía enterotomía y cierre de la -- fístula interna. Esto no es nuevo y haremos a continuación una breve reseña histórica de dicho procedimiento.

En 1922 Pybus realizó enterolitotomía, cierre de la fístula -- duodenal, removió dos cálculos de la vesícula y drenó esta con colecistostomía. En 1929 Holtz después de extraer un cálculo - del sigmoides por entrotomía, descubrió otro en el duodeno obs- trayendo el cual después de retirarlo cerró la fístula y reali- zó la colecistectomía en el mismo tiempo operatorio. En 1957, Welch y colaboradores realizaron el mismo procedimiento en otro paciente; en 1965 Berliner, Burson, Warshaw y Bartlett presen- taron 3 casos cada uno manejados de igual forma. En 1968 --- Cooperman y colaboradores reportaron 8 casos de enterotomía, -- cierre de la fístula y colecistectomía con una sola muerte en - la clínica Mayo (18,23).

Los autores que defienden la posición anterior argumentan que el manejo solo por enterolitotomía tiene una alta incidencia de --- fleos recurrentes, colecistitis recurrentes así como colangitis y cirrosis biliar; Berliner y colaboradores reportan un peligro aumentado de carcinoma de vesícula biliar como complicación tar- día en los pacientes con fístula enterobiliar, hecho que no se ha comprobado; otra complicación que refieren ellos es la posi- bilidad de hemorragias masivas provenientes de fístulas entero- biliares en los pacientes que son manejados únicamente con ente- rolitotomía.

En una recopilación de 127 casos de fleo biliar de varios auto- res, partidarios unos de la entrotomía exclusiva y otros de és- ta más el tratamiento de la fístula en un solo tiempo, hemos re- cogido 101 casos en los que se practicó solo enterotomía, obte- niendo una mortalidad en conjunto del 19.8%; en 14 casos, casi siempre animados por las relativamente buenas condiciones de -- los enfermos, se realizó la intervención en un solo tiempo, ob-

teniéndose una mortalidad del 28.5% (1,2,18,20,21,23).

Al manejar, pues, un paciente con fleo biliar, nos encontramos - ante dos posibles manejos de los cuales podemos hacer uso. Ante esta disyuntiva deberemos tener presente lo que dice Bockus: --- "Puesto que el procedimiento quirúrgico está destinado a aliviar una afección aguda, debe limitarse a dicho objeto" (28).

La decisión deberá tomarse en base a las condiciones generales - del paciente, su estado de hidratación, los padecimientos aso-- ciados y el estado nutricional y no ser dogmáticos tratando a -- todos los pacientes por igual independientemente de sus condicio nes. Así se trata de resolver con sentido común la situación: - Si se opera un fleo duodenal donde la incisión nos lleva directa mente al foco colecistítico o donde hay una fistula biliodigesti va, hay ya una indudable ventaja.

En el postoperatorio hay que mantener el equilibrio hidroelectro lítico de acuerdo con los datos de laboratorio, continuar con el manejo antimicrobiano de amplio espectro iniciado en el preopera torio previniendo así las complicaciones infecciosas (18,23).

IX .- MORTALIDAD .

No tratado el fleo biliar tiene una mortalidad de aproximadamente el 95% ya que hay un pequeño porcentaje que puede curar con la expulsión del cálculo obstructor por vías naturales; y con -- tratamiento quirúrgico la mortalidad oscila entre el 20 y 70% ha biendo mejorado el pronóstico en los últimos años.

A continuación mostramos una tabla de Mortalidad comparativa des de antes de 1925 a 1980:

Antes de 1925	Moore (334 casos)	75 % de Mortalidad		
De 1925 a 1940	Foss y cols (150 casos)	57.4%	"	"
De 1940 a 1955	Deckoff (73 casos)	33.3%	"	"
De 1955 a 1960	Raiford (112 casos)	27.7%	"	"
De 1960 a 1970	Jiménez (122 casos)	13 %	"	"
1981	Zurita R (25 casos)	9.3%	"	"

La mortalidad mejorada de años recientes es seguramente el resul tado de un mejor diagnóstico, con mayor conciencia de todos los signos radiológicos, mejor anestesia, mejor control de los liqui dos y administración de antibióticos.

Además dicha disminución en la mortalidad deberá reflejar la se lección adecuada del manejo, que como ya vimos dependerá de las condiciones del paciente y un buen criterio en el cirujano (13, 22,24,26,28).

**ILEO BILIAR, EXPERIENCIA DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICO,
S.S.A. EN 5 AÑOS (1980-1984).**

ANALISIS DE CASOS.-

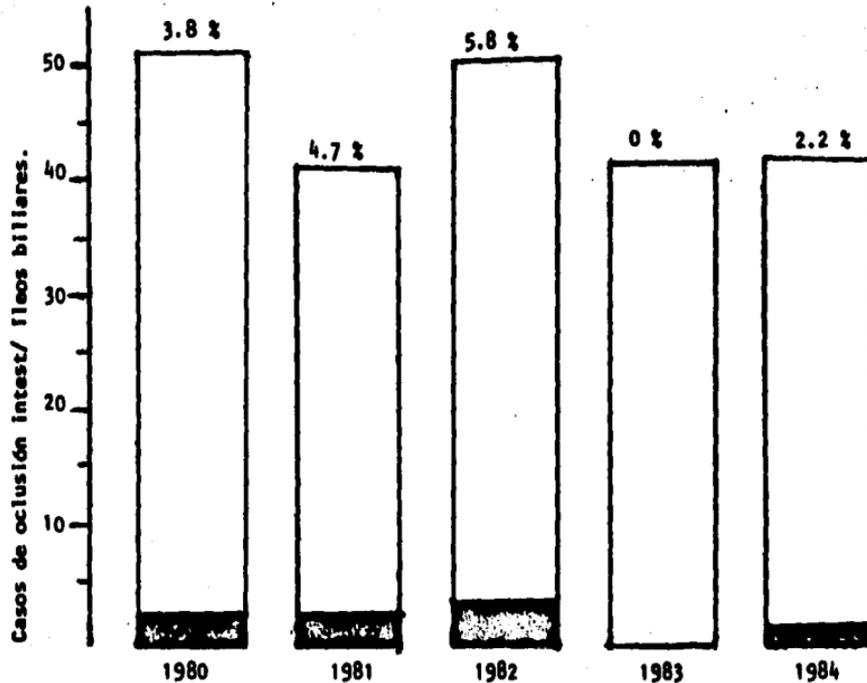
En el lapso comprendido del 1° de Enero de 1980 al 31 de Diciembre de 1984 se atendieron, en el servicio de Urgencias del Hospital General de México, S.S.A., un total de 232 casos de obstrucción intestinal, excluyendo aquellos cuya causa fueron hernias, de los cuales 8 casos correspondieron a ileos biliares, - para dar un 3.4 por ciento.

La relación por años es como sigue:

T A B L A 1

A ñ o	Casos Obstrucción Intestinal	Casos Ileo Biliar	%
1980	52 casos	2 casos	3.8
1981	42 casos	2 casos	4.7
1982	51 casos	3 casos	5.8
1983	43 casos	0 casos	0.0
1984	44 casos	1 casos	2.2

Ver gráfica # 1.



AÑO

GRAFICA # 1

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.

De los 8 casos de fleo biliar, 5 correspondieron al sexo femenino y 3 al sexo masculino, con una relación de 2:1 a favor del -- sexo femenino.

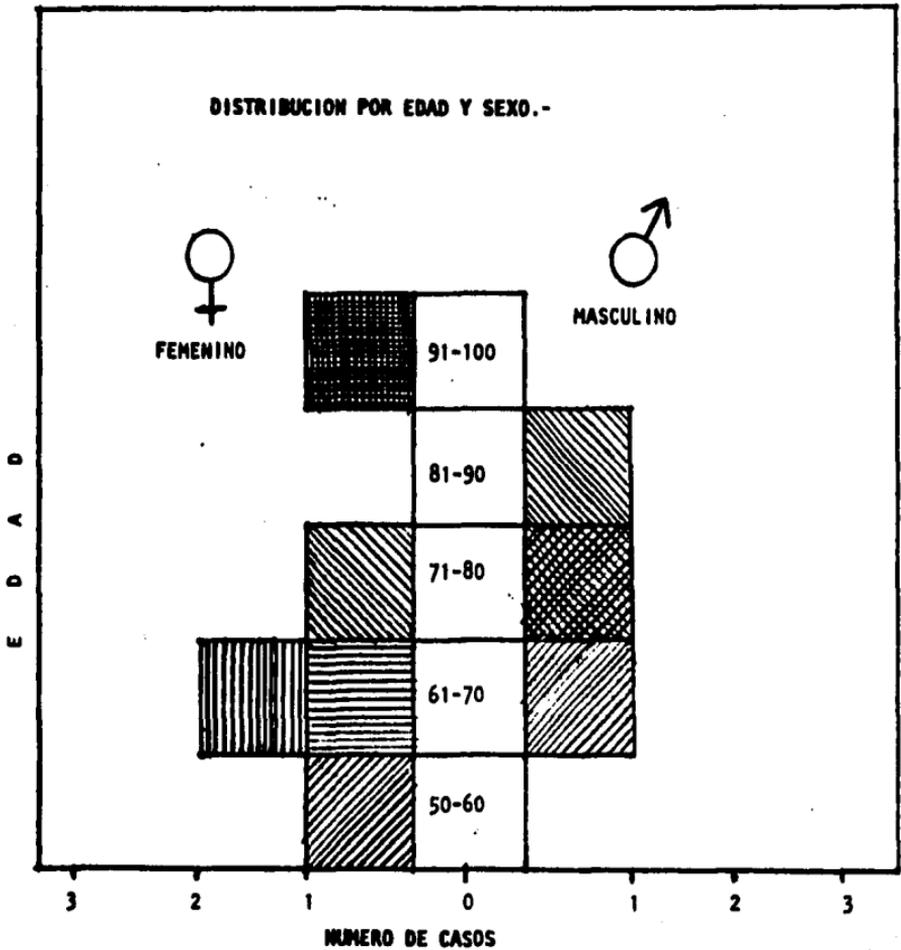
Las edades oscilaron de 60 a 92 años con una média de 73.5 años.

La distribución por edades y sexo se indican en la tabla y gráfica #2.

T A B L A 2

Sexo Femenino	Sexo Masculino
60 Años	63 Años
65 Años	78 Años
69 Años	81 Años
80 Años	
92 Años	

DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO.-



GRAFICA # 2

T A B L A . 3

**TIEMPO DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO ACTUAL
ANTES DEL INGRESO AL HOSPITAL**

C a s o	Tiempo de Evolución
1	3 días
2	5 días
3	6 días
4	28 días
5	1 mes
6	3 días
7	6 días
8	4 días
PROMEDIO: 10.6 días	

ANTECEDENTES .

TABLA 4

ANTECEDENTES DE PADECIMIENTO BILIAR, ICTERICIA Y USG.

C a s o	Ant. Pad. Biliar	Ictericia	U.S.G.
1	no	no	no
2	si 10 años de evol.	no	no
3	no	no	no
4	no	no	no
5	si 16 años de evol.	no	no
6	no	no	no
7	si 30 años de evol.	no	si
8	si 22 años de evol.	no	no

Solo un paciente de nuestra serie refirió ultrasonido positivo a litiasis, ninguno presentó ictericia y solo 4 pacientes tuvieron antecedentes de padecimiento biliar de 10 hasta 30 años de evolución. Ningún paciente presentó o refirió placas radiográficas previas.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS.

T A B L A 5

C a s o	Dilatación de Asas Delgado	Aire en VsBs.	Cálculo Visible
1	+	-	-
2	+	-	-
3	+	-	-
4	+	-	-
5	+	-	-
6	+	+	+
7	+	+	-
8	+	+	+

T A B L A 6

C a s o	Diagnóstico Preoperatorio
1	Oclusión intestinal sec. a bridas.
2	Oclusión intestinal por bridas.
3	Suboclusión intestinal vs. Apendicitis del anciano.
4	Oclusión intestinal por bridas.
5	Oclusión intestinal sec. a hernia umbilical encarcelada.
6	Oclusión intestinal por fleo biliar.
7	Ileo biliar.
8	Ileo biliar.

En los casos 6,7 y 8 se llegó al diagnóstico preoperatorio de fleo biliar en base a los datos radiológicos antes mencionados en la Tabla 5.

T A B L A 7

C a s o	Tiempo transcurrido del Ingreso a la Cirugía
1	18 Horas
2	10 Horas
3	48 Horas
4	26 Horas
5	72 Horas
6	8 Horas
7	27 Horas
8	6 Horas
PROMEDIO DE 26.8 HORAS.	

En el caso número 7 a pesar de tener el diagnóstico preoperatoriamente, el lapso del ingreso a la cirugía fué de 27 horas debido a las malas condiciones generales en que es ingresado por lo que se hidrata y mejoran estas durante ese lapso.

T A B L A 8

C a s o	Padecimientos Asociados.
1	Prostatectomía a los 77 años.
2	Histerectomía a los 23 años.
3	Ninguno.
4	Ninguno.
5	Hipertensión arterial sistémica de 6 años de evol., Diabetes mellitus de 8 años de evol. controlada y hernia umbilical de 25 años de evolución.
6	Hipertensión arterial sistémica de 9 años de evol. Diabetes mellitus de 13 años de evolución controlada.
7	Ninguno.
8	Apendicectomía a los 17 años.

HALLAZGOS OPERATORIOS.

T A B L A 9

Caso	Sitio de la Fístula	Sitio de la Obstrucción	Número y Dimensiones del
1	Colecistoduodenal	Ileon a 50cm de la V.I.C.	Cálculo Único de 2x3 cm.
2	Colecistoduodenal	Válvula ileocecal.	Cálculo Único de 3x3 cm.
3	?	Recto-sigmoides.	Cálculo Único de 4x3 cm.
4	Colecistoduodenal	Ileon a 10cm. de la V.I.C. y a 15 cm.	2 cálculos en -- Ileon de 4x3 y - 2x2 cm.
5	Colecistoduodenal.	Ileon a 10 y 20 cm. de la V.I.C. resp.	2 cálculos de 4x 3cm y 2cm respectivamente.
6	Colecistoduodenal	A nivel de la V.I.C.	Cálculo Único de 5 cm. de diámetro
7	Colecistoduodenal	Colon descendente a 8 cm. de la flexura esplénica.	Cálculo Único de 5x5 cm.
8	Colecistoduodenal	Válvula ileocecal.	4 cálculos todos en ileon midiendo el mayor 4cm. de diámetro.

T A B L A 10

Caso	Tratamiento
1	Laparotomía exploradora, Enterolitotomía.
2	Colecistectomía, cierre de la fístula y enterotomía con extracción del cálculo.
3	Extracción digital del cálculo impactado a nivel de rectosigmoides.
4	Laparotomía exploradora, Enterolitotomía.
5	Laparotomía exploradora, Enterolitotomía.
6	Laparotomía exploradora, Enterolitotomía.
7	Laparotomía, enterolitotomía en colon izq.- exploración de la fístula y lavado de cavidad.
8	Laparotomía exploradora, Enterolitotomía.

En el caso número 7 se realizó lavado de cavidad ya que se refiere en la nota operatoria haber encontrado un biliperitoneo de aproximadamente 100cc., además de perforación de la vesícula biliar la cual es aparentemente suturada.

T A B L A 11

Caso	Complicaciones	Tiempo de Estancia Hospitalaria en el P.O.
1	Ninguna	12 días.
2	Infección y dehiscencia de H.Q.	14 días.
3	Ninguna	2 días.
4	Infección y dehiscencia de H.Q.	27 días.
5	Ninguna	7 días.
6	Neumonía basal derecha.	28 días.
7	Infección de H.Q. biliperitoneo y evisceración	33 días++
8	Infección de H.Q.	10 días.

++ El caso número 7 fué reintervenido 10 días después de su primer cirugía realizándosele colecistectomía sin cerrar la fistula, sin embargo el paciente presenta fistula biliar externa evolucionando -- mal, dándose de alta voluntaria, solicitada por sus familiares, en malas condiciones.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Durante los 5 años revisados un total de 232 casos de oclusión intestinal excluyendo los casos de hernia, fueron internados en el servicio de Urgencias del Hospital General de México de los cuales 8 casos fueron de fleo biliar para dar un 3.4% que comparado con el 2% que aceptan la mayoría de autores, nos indica -- que el padecimiento es más frecuente en nuestro medio.

De los 8 casos encontrados siete de éstos fueron recibidos y manejados en el lapso de 1980 a 1982, encontrándose en los últimos dos años revisados solo un caso; lo que nos podría hablar de la disminución o tendencia a desaparecer del fleo biliar. Esto se ha referido por el manejo quirúrgico de la litiasis vesicular - incluso en pacientes asintomáticos.

Con respecto al sexo, tres correspondieron al masculino y cinco al femenino, 37.5 y 62.5% respectivamente para una relación de 2:1 a favor del sexo femenino, en la literatura se refiere una frecuencia mayor para el sexo femenino con una relación de ---- 6-7:1. La edad promedio fué de 73.5 años que es lo que generalmente se encuentra en las publicaciones.

Los antecedentes de padecimiento biliar en nuestra serie fué so lo de tres casos para un 37%, reportándose en otras series del 20 al 65%.

El tiempo del padecimiento actual antes del ingreso al hospital en nuestros casos osciló de 3 días a un mes con un promedio de 10.6 días que comparado con lo publicado por otros autores que

es de 7-18 días corresponde con el promedio.

La ictericia no se presentó en ninguno de los casos de nuestra serie lo que coincide con el resto de la literatura de íleo biliar. Igualmente ninguno de los 8 pacientes de esta serie refirió ni presentó al momento de su ingreso ultrasonografía, colecistografía o algún otro estudio de gabinete concluyente de litiasis vesicular.

Los datos radiológicos, que son considerados como patognomónicos del padecimiento cuando están presentes constituidos por la triada descrita por Rigler, Borman y Noble son encontrados en el 20 al 40% en la mayoría de las series descritas en la literatura; en nuestra serie se encontró tal como es descrita en solo 2 casos para un 25%; en todos los casos se encontraron datos de una oclusión intestinal por obturación como son las asas de delgado dilatadas con importantes niveles hidroaereos y en un caso más se encontró aire en vías biliares.

Es importante consignar que en todos los casos que se realizó el diagnóstico preoperatoriamente fué en base a los hallazgos radiológicos, ya que los antecedentes o los datos clínicos no fueron orientadores de íleo biliar.

El diagnóstico preoperatorio en nuestra serie se realizó en tres casos (37.5%), la cual es una buena cifra ya que se menciona en otras publicaciones un diagnóstico preoperatorio de 13-20% de los casos. En el resto de los casos se hizo el diagnóstico de oclusión por bridas en 3 casos, oclusión seca apendicitis del viejo en uno y oclusión intestinal secundaria a hernia umbilical en otro caso.

El tiempo transcurrido del ingreso del paciente a la cirugía en nuestros casos fué en promedio de 26.8 horas que contrasta con el tiempo referido en las publicaciones que es en la mayoría de aproximadamente 10 horas; sin embargo es importante mencionar -- que la mayoría de nuestros pacientes se encontraban en malas con condiciones generales y de hidratación así como en importante dese- equilibrio electrolítico lo que condicionó que en uno de los ca-- sos con el diagnóstico de íleo biliar ya hecho se tuviera que es perar 25 horas para poner al paciente en condiciones adecuadas - de hidratación y blance electrolítico para ser sometido a ciru-- gía.

Los padecimientos asociados más frecuentemente encontrados en --- nuestros pacientes fueron hipertensión arterial sistémica y dia-- betes mellitus en dos casos cada uno, sin embargo ninguno de es-- tos padecimientos se encontraba descompensado al momento del in-- greso de los pacientes.

Con respecto a los hallazgos operatorios en la totalidad de los casos en el cual no fué investigado el sitio de la fistula ya -- que el manejo fué solo la desimpactación del cálculo en el recto sig-moides en forma digital.

El sitio de la obstrucción fué en tres casos (37.5%) la válvula illocecal, en otros 3 casos en el íleon terminal, uno en el ---- colon descendente (12%) y en otro caso la obstrucción se encon-- tró en el rectosigmoides.

Con respecto a los cálculos en 5 casos (62.5%) fué único y siem-- pre mayor de 2 cms., y en tres casos (37.5%) los cálculos fuéron múltiples y todos localizados en el íleon terminal.

El manejo a los cálculos en 5 casos (62.5%) fué único y siempre mayor de 2 cms., y en tres casos (37.5%) los cálculos fueron -- múltiples y todos localizados en el ileon terminal.

El manejo ofrecido a los pacientes en el 75 por ciento de los - casos (6 pacientes) fué enterolitotomía, en uno de estos casos la enterotomía se realizó en el colon izquierdo; en un caso se realizó extracción digital del cálculo enclavado en el recto y en el caso restante se realizó colecistectomía, cierre de la -- fistula duodenal y enterotomía con extracción del cálculo.

Las complicaciones encontradas fueron en el 50% de los casos in fección de herida quirúrgica y en un caso 12%, neumonía basal - derecha que cedió con manejo médico. La evolución de los pa-- cientes se puede considerar buena y en solo un paciente (caso 7) la evolución fué mala con infección de herida quirúrgica, evisc ración siendo reintervenido 2 semanas después de la primer ciru- gía, evolucionando con una fistula biliar externa y dándose de - alta voluntaria en malas condiciones generales.

El seguimiento de los casos no fué posible ya que los pacientes no acudieron posteriormente a la consulta externa de este hos- pital para su control ulterior por lo que no podemos concluir -- con respecto a su evolución a largo plazo.

La mortalidad en nuestra serie fué de 0%, esto lo podemos atribu- ir en parte al manejo ofrecido a la mayoría de los pacientes con sistente solo en enterolitotomía ya que en todos los casos una - cirugía más amplia en un solo tiempo, debido a las malas condi- ciones nutricionales y de hidratación, posiblemente hubieran si- do fatales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Zurita Romero M; et al.
Biliary ileus: analysis of 25 cases with 4 Bouveret's syndrome.
Rev Esp Enferm Apar Dig, 1981 Sep; 60(3): 257-69.
- 2.- González Martínez J; et al.
Personal experience with biliary ileus.
Rev Esp Enferm Apar Dig, 1980 Dec; 58(6):615-22.
- 3.- Barreiro Alvarez F; et al.
Biliary ileus.
Rev Esp Enferm Apar Dig, 1977 Nov 15; 51(6):667-78
- 4.- Bodell JE.
J Am Osteopath Assoc 1977 Oct; 77(2):129-32.
- 5.- Mancheño M; et al.
A case of biliary ileus (diagnosed by spontaneous biliary catheterization using a nasogastric probe).
Rev Clin Esp 1977 May 15; 145(3):219-20.
- 6.- Myers RA.
Surgical treatment of gallstone ileus.
S Afr Med J 1976 Dec 4;50(52):2078-80.
- 7.- Pérez Clavijo J; et al.
Biliary ileus. Radiological study apropos of 21 cases.
Rev Clin Esp 1976 Dec 15; 143(5):477-82.
- 8.- Doromal NM; Estacio R; Sherm an H.
Cholecysto-duodeno-colic fistula with gallstone ileus:report of a case.
Dis Colon Rectum 1975 Nov-Dec; 18(8):702-5.
- 9.- Lazarovici I; et al.
Spontaneous biliary-enteric fistulas.
Int Surg 1972 Dec; 57(12):965-8.
- 10.- Newman JH.
A case of gallstone ileus in the absence of a biliary-enteric -- fistula.
Br J Surg 1972 Jul; 59(7):573-5.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 11.- Redding ME; et al.
Cholecystopyloric fistula with gastric outlet obstruction: a --
rare form of gallstone ileus and its management.
Ann Surg 1972 Aug; 176(2):210-2.
- 12.- Piedad OH; Weis PB.
Spontaneous internal biliary fistula, obstructive and nonobstruc-
tive types: 20 year review of 55 cases.
Ann Surg 1972 Jan; 175(1):75-80.
- 13.- Castiglioni D.
Biliary ileus.
Prensa Med Argent 1971 Oct 1; 58(31):1575-80.
- 14.- Ráf L; Spangen L.
Gallstone ileus.
Acta Chir Scand 1971; 137(7):665-75.
- 15.- Mir Pallardo J; et al.
Biliary ileus.
Rev Esp Enferm Apar Dig 1971 Jul; 35(1): 69-76.
- 16.- Hernando T.
4 cases of biliary ileus.
Rev Esp Enferm Apar Dig 1970 Dec 1; 32(7):715-24.
- 17.- Shocket E; et al.
Cholecysto-duodeno-colic fistula with gallstone ileus.
Arch Surg 1970 Oct; 101(4):523-6.
- 18.- Villamil EJ; et al.
Biliary ileus. Current diagnosis and therapy.
Prensa Med Argent 1970 Aug14; 57(24):1171-80.
- 19.- Whitesell FB Jr.
Gallstone ileus.
Am Surg 1970 May; 36(5):317-22.
- 20.- Fox PF.
Planning the operation for cholecystoenteric fistula with gall-
stone ileus.
Surg Clin North Am 1970 Feb; 50(1):93-102.
- 21.- Menick F; et al.
Gallstone ileus. A review and report of four cases.
Int Surg 1970 May; 53(5): 368-76.

- 22.- Haffner JF; Semb LS; Aakhus T.
Gallstone ileus. A report of 22 cases.
Acta Chir Scand 1969;135(8):707-11.
- 23.- Cooperman AM; et al.
Gangling concepts in the surgical treatment of gallstone ileus:
a review of 15 cases with emphasis on diagnosis and treatment.
Ann Surg 1969 Mar; 167(3):377-83.
- 24.- Pera Jimenez C.
Gallbladder perforation and biliary ileus. Their treatment.
Rev Clin Esp 1966 Jun 30; 101(6):407-11.
- 25.- Vázquez Ortega R.
Intestinal occlusion caused by biliary calculi.
Rev Med Hosp Gen (mex) 1965 Sep; 28(9):659-65.
- 26.- Schwartz SI; et al.
Principles of Surgery; third edition; cap 31: 1332-1334.
- 27.- Spiro HM.
Clinic gastroenterology; cap 43:786-87. 1970.
- 28.- Bockus HL; et al.
Gastroenterology; third edition; cap 70: 514-16. 1980.