

88 11209

2 ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPULVEDA"  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

ILEO BILIAR: EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "BERNARDO SEPULVEDA" DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**T E S I S**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA EL

**DR. DAYRO DE JESUS SALAZAR MORALES**

ASESOR

**DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ**



**IMSS**

MEXICO, D. F.

266057

1998

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “BERNARDO SEPULVEDA”**

**CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI.**

**ILEO BILIAR: EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS DEL SERVICIO DE**

**GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES**

**“BERNARDO SEPULVEDA” DEL CENTRO MEDICO NACIONAL**

**SIGLO XXI DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**TESIS.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGIA**

**GENERAL**

**PRESENTA EL**

**DR. DAYRO DE JESUS SALAZAR MORALES.**

**ASESOR.**

**DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ.**

**MEXICO D.F.**

**1998.**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.**

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:**

**DR. DAYRO DE JESUS SALAZAR MORALES.**

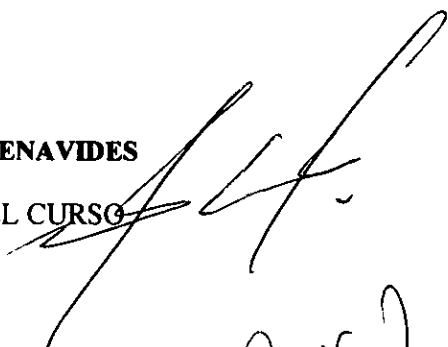


**DR. NIELS WACHER RODARTE**

**JEFE DE ENSEÑANZA.**

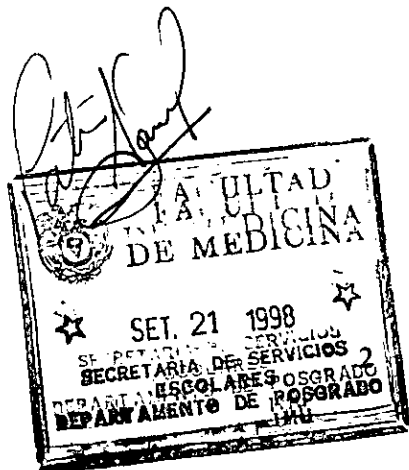
**DR ROBERTO BLANCO BENAVIDES**

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO**



**DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ**

**ASESOR DE TESIS.**



**ILEO BILIAR: EXPERIENCIA DURANTE 10 AÑOS DEL SERVICIO  
DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
"BERNARDO SEPULVEDA" DEL CENTRO MEDICO NACIONAL  
SIGLO XXI DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.**

**DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES. \***

**DR. PATRICIO SANCHEZ FERNANDEZ. \*\***

**DR. DAYRO DE JESUS SALAZAR MORALES. \*\*\***

**SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HOSPITAL DE  
ESPECIALIDADES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
( HE CMN SIGLO XXI ) DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO  
SOCIAL.**

**\* JEFE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HE CMN SIGLO  
XXI.**

**\*\* MEDICO DE BASE DEL SERVICIO DE GASTROCIRUGIA DEL HE  
CMN SIGLO XXI.**

**\*\*\*RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL DEL HE CMN SIGLO XXI  
DEL IMSS.**

## **DEDICATORIA.**

**A MIS PADRES POR SU AMOR Y APOYO INCONDICIONAL.**

**A MIS MAESTROS POR SU DEDICACION Y ESFUERZO EN  
TRANSMITIRNOS SUS VALÓRES HUMANOS Y CIENTIFICOS,  
DESINTERESADAMENTE.**

**A MIS PACIENTES POR MOTIVAR MI SUPERACIÓN PERSONAL Y  
PROFESIONAL CONSTANTEMENTE.**

## **INDICE.**

- I ANTECEDENTES.
- II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
- III OBJETIVOS.
- IV MATERIALES Y METODOS.
- V RESULTADOS.
- VI DISCUSIÓN.
- VII CONCLUSIONES.
- VIII CONSIDERACIONES ETICAS.
- IX RECURSOS PARA EL ESTUDIO.
- X BIBLIOGRAFIA.

## **I. ANTECEDENTES.**

El ileo biliar (IB) fue descrito por primera vez por Bartholin en 1654, reconocido desde entonces como una entidad que afecta a personas de edad avanzada . Desde Courvosier, en 1890, los cirujanos han intentado lograr un consenso en lo referente a su manejo optimo.

El IB es una de las causas de obstrucción intestinal, constituyendo del 1 al 3% de ellas en la población general, sin embargo en el grupo de pacientes con obstrucción intestinal no estrangulada mayores de 65 años este porcentaje asciende a 25%. Su frecuencia en relación con las patologías asociadas es difícil de establecer, se considera que ocurre en el 0.3 al 0.5% de todas las colecistitis crónicas litiasicas, su frecuencia es de 13 a 20% en pacientes con fistulas bilioentericas. La frecuencia de las fistulas bilioentricas es desconocida con exactitud pero se cree es baja, Re Mine y asociados reporta una frecuencia de 0.22% en series de 66.340 autopsias y de 0.86% en series de 9.716 casos de cirugía biliar. Glenn y asociados hallan una frecuencia similar en sus estudios. Suponemos dicha frecuencia ha ido en descenso por la precocidad en el tratamiento quirúrgico de las patologías biliares asociadas .



Los cálculos biliares alcanzan el intestino a través de fistulas bilioentericas espontaneas, los procesos inflamatorios agudos de la vesícula biliar favorecen adherencias entre las capas serosas de la vesícula y la de los órganos huecos adyacentes, concomitantemente la presión de los cálculos biliares sobre las paredes vesiculares, produce necrosis de las mismas, estableciendo la comunicación entre la cavidad vesicular y la de los órganos huecos adyacentes.

Las fistulas colecistoduodenales son las más frecuentes, constituyendo el 80% de las fistulas bilioentericas, también se han descrito fistulas entre la vesícula y el estomago, el yeyuno y el colon, así como entre el coledoco y el duodeno. La frecuencia de las fistulas bilioentericas, como lo hemos descrito anteriormente, sobrepasa la del IB debido a que la gran mayoría de cálculos que entran al tubo digestivo, lo atraviesan sin causar oclusión.

La fisiopatología de la obstrucción intestinal debida a un calculo intraluminal no esta dilucidada completamente. La mayoría de los cálculos que obstruyen el intestino miden más de 2.5 cm, ocasionalmente se hallan cálculos de menor tamaño, presumiblemente por producción de espasmo, ulceración y edema o un fenómeno poco entendido de trastorno de la motilidad intestinal local.

Varios investigadores sostienen que los cálculos incrementan su tamaño en el interior del intestino, por acumulación de material intestinal en su superficie.

El íleon terminal es el sitio más frecuente de impactación, constituyendo el 80%, tal vez debido a que es el segmento más delgado del intestino. También hay reportes de obstrucción a nivel del duodeno (2%) lo cual se ha denominado síndrome de Bouveret, del yeyuno (15%) y ocasionalmente aun a nivel del colón.

En la clínica el IB se presenta más frecuentemente como una oclusión intermitente, la mayoría de los pacientes han tenido síntomas en promedio durante seis días antes del diagnóstico o la intervención, con dolor abdominal intermitente, vómitos y distensión abdominal, este curso clínico favorece el retardo en el diagnóstico. Un cuadro de oclusión intestinal completa agudo es raro. Esto probablemente se deba a que los cálculos son propulsados distalmente causando oclusión temporal, posteriormente, al aumentar la presión intraluminal se produce desimpactación, avanzando nuevamente el cálculo en la luz intestinal, con la consecuente desaparición temporal de los síntomas, este ciclo se repite hasta que el cálculo alcanza un sitio en donde la estrechez de la luz le impide avanzar distalmente, instalándose el cuadro oclusivo definitivamente.

El IB es más frecuente en la séptima y octava década de la vida. Reisner y Cohen reportan en el análisis de las series colectivas un promedio de edad de 72 años, con rango entre 13 y 97 años.

Como se puede anticipar en enfermedades del tracto biliar, existe un franco predominio del sexo femenino. En las series estudiadas por Reisner y Cohen el promedio de las relaciones mujeres a hombres fue de 3.5:1 con rangos de 3:1 a 16:1.

El diagnóstico preoperatorio de IB se basa en la impresión clínica y los estudios de imageneología. Rigler y colaboradores describieron cuatro signos radiológicos clásicos en 1941, ellos son: pneumobilia sin antecedente de derivación biliodigestiva previa, presente en el 50% de los casos; imagen radiológica de un cálculo biliar en un sitio no habitual, presente en el 35% de los casos; cambios de posición de cálculos previamente documentados y evidencia radiológica de un cuadro oclusivo intestinal, presente en un 70% de los casos. Balthazar y Schechter en 1978 sumaron a esta lista otro signo radiológico, el doble nivel hidroaéreo en el cuadrante superior derecho, presente en el 24% de los pacientes. Los estudios contrastados del tubo digestivos también han demostrado utilidad para evidenciar la fistula bilioenterica y la existencia del cuadro oclusivo. El ultrasonido es de gran

utilidad para diagnosticar patología de origen biliar, con una buena sensibilidad y especificidad.

El diagnóstico se hace preoperatoriamente en el 5 al 20% de los casos. Reisner y Cohen hallaron que en más de la mitad de los reportes previos estudiados, la agudeza diagnóstica era inferior al 50%. El diagnóstico correcto, confirmado en la laparotomía se hizo preoperatoriamente en las series consultadas en el 43% de los casos.

El tratamiento del IB permanece dentro de un marco controversial. El tratamiento quirúrgico está indicado una vez establecido el diagnóstico, previamente se debe restablecer el desequilibrio hidroelectrolítico que usualmente acompañan el cuadro, iniciar antibioticoterapia y someter a laparotomía. Una tumoración en el sitio de la oclusión es evidente al momento de la cirugía, se realiza enterotomía para extracción del cálculo en un sitio proximal al sitio de la oclusión, en la pared intestinal sin compromiso inflamatorio. También es imprescindible la revisión del intestino proximal en busca de otros cálculos, especialmente si el encontrado en el sitio de la oclusión es facetado. La controversia en el tratamiento se centra en la necesidad y en el tiempo de intervención de la patología biliar, es decir de la realización de colecistectomía y reparación de la fístula biliar.

Tradicionalmente el tratamiento ha sido enfocado al manejo del cuadro obstructivo intestinal, sin intervención de la patología biliar, apoyados en reportes de alta mortalidad con la cirugía de un solo tiempo. Day y Marks apoyan esta teoría, en su estudio solo 3 de 32 pacientes desarrollaron síntomas biliares en un periodo largo de seguimiento, aconsejando una segunda intervención electiva para este grupo de pacientes. Haff y asociados encontraron una mortalidad de 50% cuando se realizo cirugía de un solo tiempo, mientras que la mortalidad fue 22% cuando la colecistectomia y la corrección de la fistula se realiza en un segundo tiempo quirúrgico electivamente. Series más recientes muestran una mortalidad de 19% y 12% respectivamente. Sin embargo existen autores que recomiendan la cirugía de un solo tiempo aduciendo que no hay reportes que muestren una diferencia estadísticamente significativa entre estas dos tendencias terapéuticas.

La mortalidad del IB a principios del siglo XX excedía el 50%. Esta mortalidad tan elevada se debía a varias causas entre ellas la avanzada edad de los pacientes, el retardo en el diagnostico y el tratamiento, una inadecuada resucitación hidroelectrolitica, una deficiente antibioticoterapia, y la existencia de enfermedades intercurrentes. La mortalidad ha descendido a menos del

10% en la actualidad con el control ejercido sobre los factores anteriormente mencionados.

La frecuencia de IB recurrente se estima en un 5% de los casos tratados solo con enterolitotomía, se piensa que el cuadro se deba a cálculos biliares inadvertidos dejados en el intestino o cálculos que al momento de la cirugía inicial estaban alojados en la vesícula y que posteriormente pasaron al intestino. Otras modalidades terapéuticas descritas son la extracción endoscópica en los casos de síndrome de Bouveret y la litotripsia electrohidráulica.

## **II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El IB es una patología que predomina en pacientes de edad avanzada, aunque la mortalidad por este padecimiento ha descendido ostensiblemente, todavía permanece en cifras altas. Con el presente estudio pretendemos analizar la experiencia del ileo biliar en el HE CMN S XXI del IMSS.

### **III. OBJETIVOS.**

El estudio realizado tiene como objetivo conocer la experiencia del servicio de gastrocirugía del HE CMN SXXI , en el diagnostico y manejo del IB. Otra finalidad es la revisión de la literatura sobre el tema.



## **IV. MATERIALES Y METODOS.**

### *1 Diseño del Estudio.*

Retrospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

### *2 Universo de Trabajo.*

El universo de trabajo esta constituido por los pacientes que se identificaron con diagnostico postoperatorio de IB en el archivo del servicio de Gastrocirugia del HE CMN S XXI del IMSS, durante el periodo comprendido entre junio de 1987 y junio de 1997.

### *3 Descripción de Variables.*

Variables Independientes.

- 1 Edad
- 2 Sexo
- 3 Diagnostico preoperatorio.
- 4 Tratamiento.
- 5 Tiempo de evolución.

## 6 Patologías asociadas.

### Variables Dependientes.

1 Morbilidad.

2 Mortalidad.

### Descripción Operativa.

Se elaboró una hoja de recolección de datos, donde se consignó la información extraída de los expedientes clínicos de los pacientes identificados con diagnóstico postoperatorio de IB.

#### 4 *Selección de la Muestra.*

##### Tamaño de la muestra.

Se analizaron 6 expedientes de igual número de pacientes con diagnóstico postoperatorio de IB.

### Criterios de Selección.

**Inclusión.:** Expedientes de pacientes con diagnóstico postoperatorio de IB.

**No-inclusión:** Expedientes de pacientes con diagnóstico de IB sin evolución final.

**Exclusión** Expedientes no encontrados en el Archivo del HE CMN S XXI.

### *5 Procedimiento.*

Se analizaron 6 expedientes del archivo del HE CMN SXXI, correspondientes a igual número de pacientes con diagnóstico definitivo de IB corroborado en cirugía, durante un período de 10 años.

Se registro de todos los pacientes los siguientes datos.

Nombre

Numero de afiliación.

Edad.

Sexo.

Antecedentes personales.

Antecedentes de patología biliar.

Antecedentes de cirugía biliar.

Tiempo de evolución de la sintomatología.

Diagnostico preoperatorio.

Tratamiento.

Complicaciones.

Defunción.

## V. RESULTADOS.

### *Frecuencia.*

Durante el periodo estudiado se trataron un total de 6 pacientes con diagnostico de IB, de un total de 411 pacientes con Diagnostico de ingreso de oclusión intestinal, esta cifra representa un 1.4% de frecuencia.

### *Edad.*

La edad promedio de los pacientes con diagnostico de IB , tratados en el HE CMN S XXI , en este estudio fue de 78ª con edades limites entre 71ª y 93ª.

Reisner y Cohen en su revisión hallaron como edad promedio 72 años.

### *Sexo.*

De los 6 expedientes examinados 5 correspondían a pacientes del sexo femenino y solo uno al sexo masculino. La relación en el estudio citado anteriormente fue de 3.5 a 1.

### *Diagnostico Preoperatorio.*

En los expedientes de los pacientes con diagnostico definitivo de IB, durante el periodo estudiado se registro como diagnostico de ingreso, Oclusión intestinal en 4 pacientes, Abdomen agudo asociado a sepsis abdominal en 1 paciente. En 1 expediente se registro como diagnostico preoperatorio oclusión intestinal secundaria a IB. (16.6%).

### *Antecedentes Personales.*

En los expedientes estudiados se registraron los siguientes antecedentes personales generales: 2 pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus, 1 paciente con hipertensión arterial sistémica controlada, 1 paciente con EPOC complicado con neumonía, 1 paciente con cardiopatía mixta descompensada, 1 paciente sin registro de patologías relevantes. Lo que corresponde a un 83% de antecedentes de enfermedades intercurrentes.

En cuanto a antecedentes de patología del sistema biliar, el 50% los pacientes tenían registro de antecedentes de sintomatología biliar previa. Ninguno de

ellos tenia como antecedente cirugía biliar. En cuanto a lo referente a antecedentes de patología biliar Du Quesnay y colaboradores reportan una frecuencia de 30 a 60%.

#### *Tiempo de Evolución .*

El tiempo promedio de evolución del cuadro oclusivo registrado en los expedientes estudiados fue de 6.6 días con intervalos entre 4 y 10 días.

#### *Localización del Calculo.*

En lo referente a la localización del calculo biliar predomino el segmento terminal del ileon con 4 casos(66%). Ileon sin especificar 1 caso, yeyuno 1 caso.

#### *Tratamiento.*

En nuestra serie los 6 pacientes fueron tratados con resolución de su cuadro oclusivo intestinal, sin intervención sobre el árbol biliar. 4 pacientes fueron

sometidos a enterolitotomía sola, en 2 pacientes fue necesario resección intestinal más anastomosis

### *Complicaciones.*

De los 6 expedientes estudiados, en pacientes hubo infección de la herida quirúrgica, 1 paciente desarrollo un proceso neumónico durante el postoperatorio, 2 pacientes presentaron sepsis con falla orgánica múltiple, 1 paciente no tuvo complicaciones.

### *Mortalidad.*

De los 6 expedientes analizados, 2 correspondieron a pacientes que fallecieron en el postoperatorio, 4 pacientes fueron egresados por mejoría, con cita por la consulta externa. De los pacientes que fallecieron, uno fue secundario a un proceso neumónico severo y el otro paciente desarrollo sepsis con falla orgánica múltiple. El primero tenía 81 años y el segundo 93 años. La mortalidad para esta serie fue de 33%.



## **VI. DISCUSIÓN.**

El IB es una entidad asociada a alta mortalidad, los reportes previos a 1925 arrojan una mortalidad por encima del 60%, la cual desciende a menos del 40% hacia 1960. El índice de mortalidad actual es de aproximadamente 12 a 20%.

En este estudio se revisó la frecuencia de esta patología en el HE CMN SXXI del IMSS durante el periodo comprendido entre el año 1987 y 1997, analizando las variables anteriormente anotadas.

La frecuencia de este padecimiento se estima entre el 1 y 3% de los pacientes que acuden a consulta con datos de oclusión intestinal, esta cifra asciende al 25% en pacientes mayores de 65 años. En nuestra revisión la frecuencia fue del 1.4% en general, todos nuestros pacientes sobrepasaban este límite de edad. Con relación a la edad, Reisner y Cohen reportan, en su revisión colectiva un promedio de 72 años. En nuestra serie obtuvimos un promedio de 78ª con intervalo entre 71 y 93 años. Podemos observar que la edad de presentación de esta patología es dos o tres décadas después de la edad más frecuente de presentación de la colecistitis crónica litiasica.

Como podemos esperar en una entidad que se presupone una patología inflamatoria del árbol biliar el IB tiene una franca predominancia en el sexo femenino. En nuestra serie 5 expedientes correspondían a pacientes femeninos, mientras que solo uno un paciente de sexo masculino, con una relación 5:1. Reisner y Cohen en su revisión colectiva obtuvieron un promedio de 3.5 a 1 con reportes previos de 3:1 a 16:1.

Entre un 25-65% de los enfermos con IB han presentado algún episodio colecistitis o cólico biliar, en nuestros pacientes existió este antecedente en el 50% de ellos.

En lo referente al diagnostico preoperatorio en nuestra serie, 1 paciente tuvo como diagnostico preoperatorio IB, los 5 pacientes restantes ingresaron a quirófano con diagnostico de abdomen agudo con sepsis abdominal 1, Shock más oclusión intestinal 1, obstrucción intestinal 3.

La agudeza diagnostica en la serie colectiva de Reisner y Cohen fue de 43%. Sevilla Molina y colaboradores reportan una agudeza diagnostica de 72.7% de su serie de 11 pacientes. En general el diagnostico de esta patología se retrasa un poco por la intermitencia de los síntomas en su etapa inicial. Ringler en 1941 describió sus signos radiologicos clásicos, la

ultrasonografía también puede tener utilidad para el diagnóstico de esta entidad, así como las series contrastadas de tubo digestivo alto.

El tratamiento de esta entidad se ubica dentro de un marco controversial, la ocurrencia del padecimiento en pacientes de edad avanzada, con un alto porcentaje de enfermedades intercurrentes crónicas, ha asociado esta entidad a una mortalidad elevada.

La mayoría de los autores recomiendan para el tratamiento de esta entidad la resolución del cuadro oclusivo intestinal, realizando una enterolitotomía sin intervención de la patología biliar, aduciendo un incremento de la mortalidad de 12% a 19% en caso de intervención en el mismo evento de la patología biliar. Además han encontrado una frecuencia de 5% de IB recurrente, por lo que enfatizan en la revisión exhaustiva de la totalidad del intestino en busca de cálculos biliares, especialmente si el cálculo encontrado inicialmente es facetado. Estos autores recomiendan posteriormente, en un evento quirúrgico electivo la colecistectomía más reparación de la fístula biliar en los pacientes que presenten síntomas biliares. En las series colectivas agrupadas por Reisner y Cohen el 80% de los pacientes fueron tratados con enterolitotomía sola y 11% con cirugía de un solo tiempo, con una mortalidad para el primer caso de 11.7% contra

16.9% en el segundo caso. De otro lado existen autores que recomiendan el procedimiento en un solo tiempo, aduciendo que se elimina toda fuente de morbilidad posterior como son, episodios de colecistitis, colangitis, IB recurrente y se abate el riesgo de carcinoma de la vesícula biliar que ha sido reportado asociado a la presencia de fistulas bilioentericas. Hay quienes consideran que en pacientes seleccionados, es decir con un diagnostico precoz, con aceptables condiciones generales es valido realizar el procedimiento de un solo tiempo así como en pacientes en que se documente preoperatoriamente o durante el transoperatorio la presencia de cálculos residuales en la vesícula y/o en la vía biliar.

Las revisiones realizadas hasta ahora no alcanzan significancia estadística en cuanto al índice de mortalidad con uno u otro procedimiento.

En nuestra serie el índice de mortalidad fue de 33%, en ningún paciente se intervino la patología biliar, los casos de defunción correspondian a pacientes de más de 75 años, con neumonia uno y el otro paciente desarrollo sepsis y falla orgánica múltiple. Por la fisiopatología de esta entidad usualmente existe retraso en el diagnostico y tratamiento de esta entidad, lo cual unido al grupo etario en el que ocurre contribuye a la elevada tasa de mortalidad. Sin embargo la resucitación hidroelectrolitica

la antibioticoterapia y el manejo postoperatorio han ayudado a disminuir está, independientemente del tipo de cirugía que se practique.

## **VII. CONCLUSIONES.**

Podemos concluir diciendo que él IB continua siendo una entidad que afecta a pacientes de edad avanzada, femeninos y con un porcentaje elevado de enfermedades intercurrentes, lo cual afecta desfavorablemente la tasa de mortalidad. Debemos considerar esta patología como una **posibilidad diagnóstica en pacientes de edad avanzada con cuadro oclusivo intestinal.**

En cuanto al tratamiento aconsejamos la enterolitotomía en pacientes con compromiso de su estado general, dejando el procedimiento de un solo tiempo para pacientes en buen estado general, en los que se hizo un diagnóstico oportuno y en los que se documente cálculos residuales en la vesícula biliar.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

### **VIII. CONSIDERACIONES ETICAS.**

Puesto que el estudio se realizo retrospectivamente y se obtuvo información de expedientes del archivo del HE CMN SXXI, no hay consideraciones éticas.

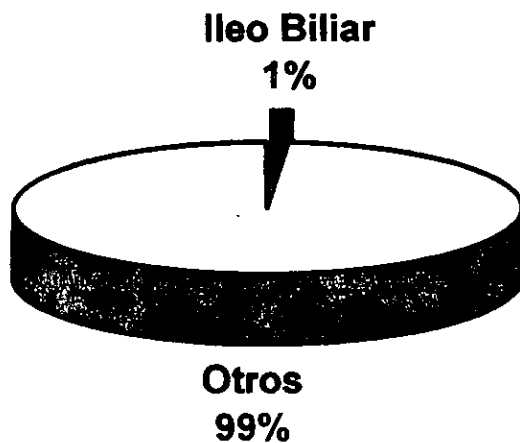
### **IX. RECURSOS PARA EL ESTUDIO.**

Recursos humanos: Los médicos del servicio de Gastrocirugia que realizan el estudio. Personal de archivo que facilito los expedientes.

Recursos materiales: Expedientes médicos del archivo del HE CMN SXXI.

Recursos financieros: No se requirió de una partida especial de dinero.

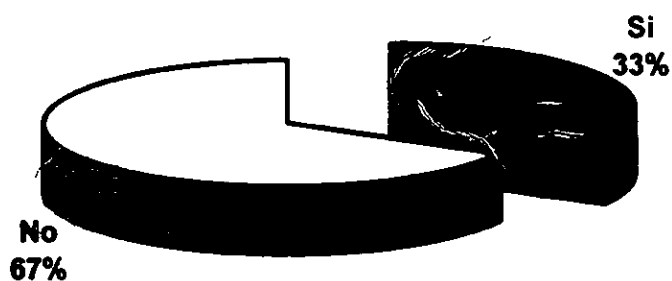
## **Frecuencia de Ileo Biliar en Pacientes con Oclusión Intestinal**



**Fuente: Archivo Clinico Gastrocirugia CMN Siglo XXI**

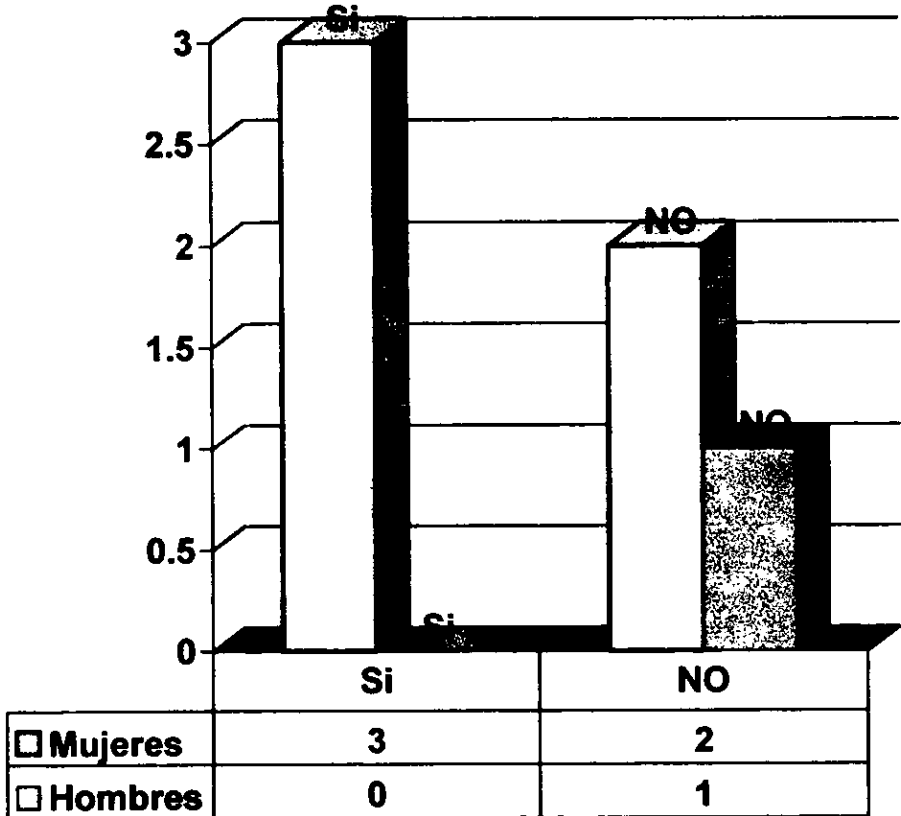


## **Mortalidad en pacientes con Ileo Biliar**



Fuente: Archivo Clinico Gastrocirugia CMN Siglo XXI

## Antecedentes de Patología Biliar



Fuente: Archivo Clinico Gastrocirugia CMN Siglo XXI

## **X. BIBLIOGRAFIA.**

- 1.-Courvoisier LT. Case studies and statistics of pathology and surgery of the bile ducts. F:C:W: Vogel 1890. In Surgical Clinics of North America, Vol 62 (2) 1982,247.
- 2.-Syme RG. Management of gallstone ileus: Can J Surg 1989;32:61-4.
- 3.-Day EA, Marks C. Gallstone ileus: Review of the literature and presentation of thirty-four new cases. Am J Surg.1975;129:552-58.
- 4.-Clavien PA, Richon J, Burgan s, et al. Gallstone ileus. Br J Surg. 1990;77:437-42.
- 5.-Maingot R. Abdominal operations. D. Appleton (ed) New York:
- 6.-Du Quesnay DR, De Paz H, Monroe L. Primary repair of the cholecyst-enteric fistula in gallstone ileus. West Indian Med J 1992; 41:116-19.
7. -Reisner RM, Cohen JR. Gallstone Ileus: A review of 1001 Reported Cases. Am Surgeon 1994;60:6 441-46.
- 8.-Moss JF, Bloom AD, Mesleh GF et al. Gallstone ileus. Am Surg 1987;53:424-8.
- 9.-Fujita N, Noda Y, et al .Gallstone ileus treated by electrohydraulic lithotripsy. Gastrointestinal Endoscopy.1992;38:5.617-9.

- 10.-Way L.: Gallstone ileus. In: Current surgical diagnosis and treatment. P544 Edited by L. W. Way. Appleton&Lange, East Norwalk 1991.
- 11.-Oikarinen H, Paivansalo M,Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. Act Radiologica. 37 (1996) 917-922.
- 12.-Sevilla Molina MP,Sanchez Blanco JM, et al.Ileo biliar: ¿Sólo enterolitotomía o cirugía definitiva?. Rev. Esp. Enf. Digest.,81,6 (407-410).1992.