

126

11209

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO E INVESTIGACION**

**HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
I.S.S.S.T.E.**

**Reporte de tres casos de Ileo Biliar,
Diagnostico y Manejo en el
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos**

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA:

DR. DAVID SANCHEZ LOPEZ

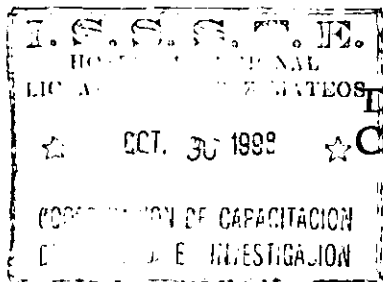
Para obtener el Diploma en la Especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

294481

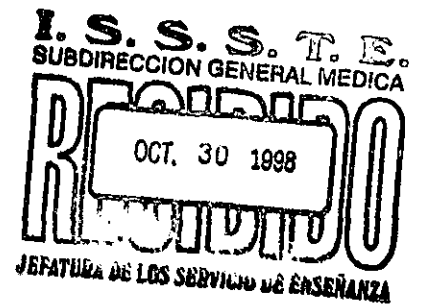
DR. OSCAR TREJO SOLORZANO
Coordinador de Capacitación
Desarrollo e Investigación

DR. ARTURO VAZQUEZ GARCIA
Profesor Titular



DR. AMADO GÓMEZ ANGELES
Coordinador de Cirugía General

2001





Universidad Nacional
Autónoma de México



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).

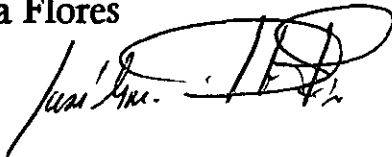
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

INVESTIGADOR

Dr. David Sánchez López
Ave. Universidad #1321
Colonia Florida
Delegación Coyoacán
México, D.F.

ASESORES

Dr. José Guadalupe Sevilla Flores
Cirujano General
Médico Adscrito
Hospital Regional
Lic. Adolfo López Mateos



Dr. Arturo Vázquez García
Cirujano General
Médico Adscrito
Hospital Regional
Lic. Adolfo López Mateos

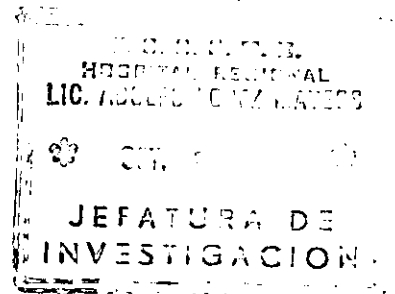
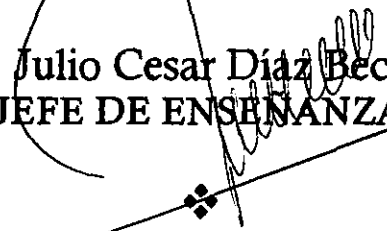


Dr. Arturo Vázquez García
VOCAL DE INVESTIGACION

M. en C. Hilda Rodríguez Ortiz
JEFE DE INVESTIGACION



Dr. Julio Cesar Díaz Becerra
JEFE DE ENSEÑANZA



México, D.F. Octubre 1998

AGRADECIMIENTOS

Con admiración y estima a los Médicos Adscritos de Cirugía General, que con su ayuda y enseñanza han contribuido en mi formación médica.

Un especial agradecimiento al Dr. José Guadalupe Sevilla Flores por su inagotable paciencia y meritoria colaboración en éste trabajo.

A mis padres Esther y David, por su apoyo incondicional y confianza que siempre depositaron en mí.

A mi novia Rosita, quien ha compartido conmigo mis triunfos y fracasos y que me ayudó desinteresadamente a realizar éste trabajo.

INDICE

	pag.
Agradecimientos	3
Indice	4
Resumen	5
Summary	6
Introducción	7
Material y Métodos	9
Caso # 1	10
Caso # 2	11
Caso # 3	12
Discución	14
Conclusiones	16
Gráficas	17
Bibliografía	20

RESUMEN

Se presentan los casos de íleo biliar en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en un periodo de cuatro años. Presentándose en éste periodo 3 casos, 2 masculinos de 56 y 72 años y un femenino de 47 años.

El primer caso ingresó con el diagnóstico de oclusión intestinal secundario a adherencias; el segundo caso con el diagnóstico de oclusión intestinal secundario a probable CA gástrico y el caso del paciente femenino con diagnóstico de apendicitis aguda complicada.

Dos pacientes ingresaron con datos de abdomen agudo quirúrgico, distensión abdominal, náusea, vómito, ausencia de evacuaciones y canalización de gases, anorexia. Uno de estos pacientes presentó leucocitosis. Un paciente no presentó datos de irritación peritoneal y ninguno de los tres pacientes presentó fiebre.

En cuanto a los estudios de gabinete, en un caso se observó aire en la vía biliar en la placa simple de abdomen. A los tres se les realizó laparotomía exploradora, encontrando como hallazgo transoperatorio oclusión a nivel del íleon; se les realizó únicamente enterotomía y sólo un paciente presentó como complicación dehiscencia de la herida quirúrgica y evisceración.

La estancia intrahospitalaria en dos casos fue de 5 días y en uno de 19 días. No hubo fallecimientos.

Palabras claves: íleo biliar, oclusión.

SUMMARY

The present study reports 3 cases of gallstone ileus that presented in the Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, during a period of 4 years. There were 3 cases; 2 male patients of 56 and 72 years and a female patient of 47 years.

The first case presented with the diagnosis of intestinal obstruction secondary to adhesions, the second patient with the diagnosis of intestinal obstruction secondary probable gastric cancer and a case of the female patient with diagnosis of acute complicated appendicitis.

Two patients presented with data of acute surgical abdomen, abdominal distention, nausea, vomiting, absence of evacuations, failure to pass flatus and anorexia. One of these patients presented leukocytosis. A patient did not present peritoneal irritation and none of the three cases present fever.

As for the radiological studies, only one case presented air in the biliary tract in the simple badge of abdomen. All patients underwent surgical exploration, finding obstruction secondary to gallstone ileus, resolving it with enterotomy. One patient developed dehiscence of the surgical wound and evisceration.

The hospital stay was 5 days for 2 patients and 19 days for the third one. No mortality was reported.

Key Words: gallstone ileus, obstruction.

INTRODUCCION

La perforación e íleo por cálculo biliar es una complicación de la colecistitis crónica litiásica, que suele ocurrir en pacientes de edad avanzada y puede manifestarse por perforación aguda, libre o subaguda con formación de absceso, o un proceso más indoloro con una fistula.

La perforación total de la vesícula biliar ocurre en un 3 a 10% de enfermos con colecistitis aguda. Se piensa que los factores locales, como inflamación crónica e isquemia vesicular son los componentes más importantes de la patogenia de éste problema; aunque pruebas recientes sugieren que también pueden serlo factores sistémicos, como inmunosupresión.

Las manifestaciones clínicas de perforación de la vesícula biliar varían según la naturaleza del problema. Los pacientes con perforación libre presentan abdomen agudo y suelen requerir una cirugía urgente. El diagnóstico de un enfermo con absceso pericolecístico es un poco más sutil y con frecuencia el tratamiento se retrasa. La variante más común es la perforación de la vesícula biliar con formación de una fistula y suele implicar mayores retos para el tratamiento. Esta complicación por lo general ocurre en una inflamación y colelitiasis crónicas con el desarrollo de una comunicación anormal entre el fondo de la vesícula biliar (la porción menos vascularizada) y el duodeno. Es posible que la formación de una fistula colecistoentérica sea por completo asintomática a menos que el cálculo tenga un tamaño suficiente para originar obstrucción intestinal

del tipo mecánico. Cuando ocurre, el sitio típico es el íleon terminal y el síndrome suele denominarse íleo por cálculo biliar.

La combinación de pruebas radiológicas de obstrucción de intestino delgado y aire en las vías biliares es característico.

El tratamiento consiste en una enterotomía proximal a la obstrucción y extracción del cálculo impactado y colecistectomía posterior (seis a ocho semanas después).

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes clínicos del servicio de Cirugía General del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en el período comprendido de marzo de 1995 a octubre de 1998, con el fin de obtener los casos de íleo biliar.

Se encontraron cuatro casos de íleo biliar, disponiéndose de tres expedientes clínicos donde se recabaron los siguientes parámetros: edad, sexo, cuadro clínico, exámenes de laboratorio y gabinete, diagnóstico prequirúrgico, diagnóstico postquirúrgico; se revisó el récord quirúrgico de los hallazgos transoperatorios, tiempo de estancia intrahospitalaria, mortalidad, persistencia de la sintomatología después de la cirugía y complicaciones; además del manejo quirúrgico realizado (enterotomía y/o enterotomía con colecistectomía y manejo de la fistula).

Se realizó la correlación de los casos atendidos en el Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE, en el período establecido y los reportes de presentación y manejo en la literatura mundial.

Caso #1

Paciente masculino de 56 años de edad, quien inicia su padecimiento actual cuatro días previos a su ingreso, caracterizado por presentar dolor a nivel de epigastrio de tipo cólico el cual se irradia hacia mesogastrio, acompañándose de náuseas llegando al vómito en 12 ocasiones de contenido gástrico, el dolor aumenta y disminuye pero no desaparece, se refiere ausencia de evacuaciones y falta de expulsión de gases. En los estudios de laboratorio se reporta 8.500 leucocitos; Rx simple de abdomen con dilatación de asas de intestino delgado con nivel hidroaéreo (imagen en pilas de moneda) no se observó aire en la vía biliar; USG de hígado y vías biliares con vesícula biliar de 7 x 3.8 x 2.9 cm imagen heterogénea de la vesícula biliar de contornos mal definidos, con litiasis pequeña y lodo biliar, además de probable lito extravescicular de 9 mm de diámetro. A la exploración física el paciente presenta dolor a nivel de hipocondrio derecho a la palpación al igual que en epigástrico, con rebote positivo en hipocondrio derecho y flanco derecho, peristalsis de lucha presente.

- Diagnóstico prequirúrgico: Oclusión intestinal secundario a adherencias.
- Tiempo quirúrgico: 1 hr. 20 min.
- Tiempo de estancia intrahospitalaria: Cinco días
Se realiza laparotomía exploradora.
- Hallazgos transoperatorios: Obstrucción intestinal mecánica secundaria a lito enclavado a nivel del íleon, aprox. a 100cm de la válvula ileocecal, se realiza enterotomía, se revisa vesícula biliar la cual se encuentra emplastrada y pegada a duodeno con múltiples adherencias.

Actualmente el paciente se encuentra manejándose por la consulta externa, presentando evolución favorable.

Caso #2

Paciente femenino de 47 años de edad quien inició su padecimiento actual siete días previos a su ingreso, al presentar dolor abdominal tipo cólico localizado en epigastrio de moderada intensidad, el cual se acompaña de náusea y vómito de contenido gastrobiliar, aumentando de intensidad y con irradiación hacia hipocondrio derecho, es manejada por facultativo con ampicilina y dipirona sin mostrar mejoría en su sintomatología, refiriendo seis días sin poder evacuar. Los estudios de laboratorio reportan leucocitos de 12.900; en la Rx simple de abdomen se presentan asas de intestino delgado, borramiento del psoas derecho, asa fija de intestino delgado en flanco izquierdo; USG no valorable por la presencia de abundante gas en intestino; es llevada a quirófano con diagnóstico prequirúrgico de apendicitis aguda complicada ya que a la exploración física presenta abdomen con distensión abdominal, doloroso a la palpación en todo el abdomen, rebote positivo, Mc Burney positivo, Murphy negativo, peristalsis ausente.

- Diagnóstico prequirúrgico: Apendicitis aguda complicada
- Tiempo quirúrgico: 1 hr. 30 min.
- Tiempo de estancia intrahospitalaria: 5 días
- Hallazgos transoperatorios: Obstrucción intestinal mecánica secundaria a lito enclavado a 40 cm de la válvula ileocecal de aproximadamente 3 cm de diámetro y otro de 2 cm de diámetro. Se realiza enterotomía y cierre en dos planos; no se observa vesícula biliar ya que se encuentra emplastronado epiplón y múltiples adherencias.

La paciente se encuentra en control por la consulta externa con buena evolución.

Caso #3

Paciente masculino de 72 años de edad quien inició su padecimiento actual un mes previo a su internamiento, el cual está caracterizado por estado nauseoso sin llegar al vómito, acompañándose de plenitud gástrica, estreñimiento y pérdida ponderal de 8 kg en el último mes, además de astenia, adinamia e hiporexia; en los últimos ocho días se agudiza el estado nauseoso y se acompaña de vómito de contenido fecaloide, dificultad para evacuar. Los estudios de laboratorio reportan 22.000 leucocitos; Rx simple de abdomen con dilatación de intestino delgado y niveles hidroaéreos con presencia de medio de contraste; se solicita SEG D apreciándose defecto de llenado a nivel de píloro; Endoscopia la cual reporte esofagitis total, pangastritis, duodenitis, pseudodivertículos y pólipos duodenales. A la exploración física presenta abdomen con cicatrices quirúrgicas previas en región inguinal izquierda y fosa iliaca derecha, abdomen blando depresible, doloroso a la palpación profunda en marco cólico izquierdo, rebote negativo, Mc Burney negativo, Murphy negativo, peristalsis ausente, es llevado a cirugía con el diagnóstico prequirúrgico de oclusión intestinal secundaria a probable CA gástrico y se realiza laparotomía exploradora.

- Diagnóstico prequirúrgico: Obstrucción intestinal secundaria a probable CA gástrico
- Tiempo quirúrgico: 1 hr. 20 min.
- Tiempo de estancia intrahospitalaria: 19 días
- Hallazgos transoperatorios: Obstrucción intestinal mecánica secundaria a lito enclavado a nivel de la válvula ileocecal aproximadamente a 40 cm de ésta, se palpan tres litos, el mayor de 3 x 5 cm y dos pequeños de

1.5 cm de diámetro. Se realiza enterotomía y cierre en dos planos. La vesícula biliar se encuentra emplastronada con epiplón y múltiples adherencias, lo cual impide revisarla, el paciente presenta evisceración, por lo que se somete a laparotomía exploradora y se le realiza lisis de adherencias, lavado de cavidad y cierre de pared.

El paciente se encuentra actualmente en control mediante la consulta externa, con buena evolución.

DISCUSION

El Ileo biliar es una enfermedad rara de diagnóstico difícil, generalmente ocurre en mujeres añosas quienes presentan una historia de patología vesicular y en quienes se asocia otra patología importante (crónico degenerativas, enfermedades metabólicas, etc).

Como se reporta en la literatura, éste llega a tener una incidencia de todas las oclusiones intestinales del 0.04% al 1% y en los últimos años la mortalidad se reporta de un 15 a un 20%, siendo ésta por el diagnóstico tardío en éste tipo de pacientes que como se mencionó antes, cuentan con patologías múltiples y en las cuales su respuesta no es la adecuada, con lo que las complicaciones pueden darse a mediano plazo, la manifestación más común es la obstrucción y el sitio más frecuente de ésta es el íleon terminal en un 73%, yeyuno 14%, colon 8% y duodeno en un 5%. En el momento en que ésta se presenta, se asocia a una respuesta inflamatoria a éste nivel, pudiéndose agregar cuadros de colangitis que pueden desencadenar choque séptico.

El tipo de fistula que se presenta más frecuentemente es la colecistoduodenal, seguida por la colecistocolónica y colecistoduodeno-colónica. Cuando se encuentra una fistula colecistocolónica, ésta debe repararse durante la primer cirugía, ya que puede presentar como complicación cuadros de colangitis y formación de abscesos hepáticos, además de que se aumenta la morbi-mortalidad al realizar éste tipo de cirugías, que sin embargo son necesarias. Se ha asociado la incidencia de carcinoma de la vesícula biliar hasta en un 6% en ésta patología.

El manejo quirúrgico se puede dividir en dos fases: 1) Enterotomía y 2) Enterotomía con colecistectomía y cierre de la fistula. La enterotomía se recomienda en pacientes que tienen obstrucción intestinal a nivel del íleon terminal y con la presencia de fistula colecistoduodenal, la cual puede manejarse quirúrgicamente de 6 a 8 semanas, si la sintomatología persiste, en una cirugía posterior.

La realización de la enterotomía con colecistectomía y cierre de la fistula presenta mayor morbi-mortalidad y mayor número de días de estancia intrahospitalaria, aumentando la mortalidad hasta en un 50% cuando llega a realizarse.

CONCLUSION

El íleo biliar es una complicación rara de la colecistitis crónica litiásica y de difícil diagnóstico, ya que éste es realizado durante el transoperatorio, lo que explica la trascendencia de realizar un diagnóstico oportuno. Los datos de una fistula colecistoduodenal pueden observarse en los estudios radiológicos convencionales, por lo que es de suma importancia la valoración integral de los pacientes y la correlación con los estudios de laboratorio y gabinete, ya que éstos pacientes cursan con el antecedente de cuadros repetitivos de colecistitis crónica litiásica y es posible visualizar la presencia de aire en la vía biliar; siendo fundamental el análisis de las placas simples de abdomen.

Todos los pacientes analizados presentaron datos de abdomen agudo quirúrgico, por lo que fueron sometidos a una laparotomía exploradora y el sitio más frecuente de obstrucción se presentó en el íleon terminal; sólo un paciente presentó como complicación evisceración y no hubo fallecimientos de manera que, de acuerdo a nuestra experiencia, recomendamos la realización de enterotomía y extracción del lito como manejo estandar para el íleo biliar, y sólo se recomienda la colecistectomía y reparación de la fistula colecistoentérica más tarde en un periodo de 6 a 8 semanas, sólo si los síntomas persisten, ya que la mortalidad es alta si se realizan estos dos procedimientos en un mismo tiempo quirúrgico.

**Presentación de tres casos de íleo biliar en el
Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos,
ISSSTE, en el período de marzo de 1995 a
octubre de 1998**

NUMERO DE CASO	EDAD (años)	SEXO	DIAGNOSTICO PERQUIRURGICO	DIAGNOSTOCO POSTQUIRURGICO	HALLAZGOS TRANS OPERATORIOS
1	56	masc	oclusión intestinal secundario a adherencias	PO enterotomía secundaria a íleo biliar	lito a 100 cm de la válvula ileocecal
2	47	fem	apendicitis aguda complicada	PO enterotomía secundaria a íleo biliar	lito a 40 cm de la válvula ileocecal
3	72	masc	oclusión intestinal sec. probable CA gástrico	PO enterotomía secundaria a íleo biliar	lito a 40 cm de la válvula ileocecal

Presentación Clínica síntomas

SINTOMAS	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Dolor abdominal	SI	SI	NO
Fiebre	NO	NO	NO
Anorexia	SI	SI	SI
Ausencia de evacuaciones y canalización de gases	SI	SI	SI
Náusea	SI	SI	SI
Vómito	SI	SI	SI

Presentación Clínica signos

SIGNOS	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Irritación peritoneal	SI	SI	NO
Distensión abdominal	SI	SI	SI
Mc Burney	NO	SI	NO
Murphy	SI	NO	NO

Datos de Laboratorio y Gabinete

	CASO 1	CASO 2	CASO 3
Leucocitosis	NO	SI	SI
Rx simple de abdomen (presencia de aire en vía biliar)	NO	SI	NO
USG de hígado y vías bilíares (datos de fístula colecistoentérica)	NO	NO	NO

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

- ♦ Moss JF, Bloom AD, et al. *Gallstone ileus*. Am Surg; 1987 Agu; 53 (8): 424-428.
- ♦ Illuminati G, Bartolucci R, et al. *Gallstone ileus: report of 23 cases with emphasis on factors affecting survival*. Ital J Surg Sci; 1987; 17 (4): 319-325.
- ♦ Szajn bok I, Lorenzi F, et al. *Gallstone ileus resulting in strong intestinal obstruction*. Rev Paul Med; 1995 Jan; 113 (1): 721-725.
- ♦ Saadia R, et al. *Management of gallstone ileus. A report of 3 cases*. S Afr Med J; 1986 Jun; 21; 69 (13): 837-838.
- ♦ Myers RA. *Surgical treatment of gallstone ileus*. Afr Med J; 1976 Dec; 4 50 (52): 2078-2080.
- ♦ Kozianka J, et al. *Gallstone ileus is it possible to reduce the still high mortality rate? An analysis of personal cases and review of the literature*. Leber Magen Darm; 1988 Dec; 18 (6): 308-319.
- ♦ Voghera P, Leli R. *Biliary ileus. Presentation of 4 cases and review of the literature*. Minerva Dietol Gastroenterol; 1989 Apr; 35 (2): 139-144.
- ♦ Syme RG. *Management of gallstone ileus*. Can J Surg; 1989 Jan; 32 (1): 61-64.
- ♦ Rea M, Arca R, et al. *Gallstone ileus*. Minerva Chir; 1993 Agu; 48 (15-16): 841-846.

- Schumacher G, Keck H, et al. *Cholecystoduodenal fistula with subsequent gallstone ileus: case report of an unusual course.* Zentralbl Chir; 1996 121 (5): 408-411.
- Cicconi M, Perotti P, et al. *Biliary ileus: review of the literature and presentation of 7 cases.* Ann Ital Chir; 1989 Jul; 60 (4): 309-314.
- Keck H, Knoop M, Blumhardt G, et al. *Experiences with simultaneous exploration of the bile ducts in surgical therapy of gallstone ileus.* Chirurg; 1993 Dec; 64 (12): 1018-1023.
- Clavien PA, et al. *Gallstone ileus.* Br J Surg; 1990 Jul; 77 (7): 737-742.
- Reisner RM, Cohen JR. *Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases.* Am Surg; 1994 Jun; 60 (6): 441-446.
- Day EA, Marks C. *Gallstone ileus. Review of the literatury and presentation of 34 new cases.* Am J Surg; 1975 May; 129 (5): 552-558.
- Sfairi A, Patel JC. *Gallstone ileus: plea for simultaneous treatment of obstruction and gallstone disease.* J Chir (Paris); 1997 Jul; 134 (2): 59-64.
- Zuegel N, Hehl A, et al. *Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus.* Hepatogastroenterology; 1997 Jan; 44 (13): 59-62.
- Schutte H, Bastias J, et al. *Gallstone ileus.* Hepatogastroenterology; 1992 Dec; 39 (6): 562-565.