



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

TÍTULO

**EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE
CON ÍLEO BILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 10 AÑOS.**

PRESENTADO POR:

DRA CAROLINA LEÓN MANCILLA

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS

DR GABRIEL ALBERTO MEJÍA CONSUELOS

CIUDAD DE MÉXICO, 2022



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.



GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO

DIRECCIÓN DE FORMACIÓN, ACTUALIZACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA GENERAL

TÍTULO

**EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL PACIENTE
CON ÍLEO BILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 10 AÑOS.**

PRESENTADO POR:

DRA CAROLINA LEÓN MANCILLA

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

DIRECTOR DE TESIS

DR GABRIEL ALBERTO MEJÍA CONSUELOS

2022

**EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL
PACIENTE CON ÍLEO BILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 10 AÑOS**

AUTOR: Dra Carolina León Mancilla

VoBo

Dr Francisco Javier Carballo Cruz

Profesor Titular del Curso de Especialización en Cirugía General

VoBo

Dra Lilia Elena Monroy Ramírez de Arellano

Directora de Formación, Actalización Médica e Investigación

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

**EPIDEMIOLOGÍA, CARACTERÍSTICAS Y MANEJO QUIRÚRGICO DEL
PACIENTE CON ÍLEO BILIAR. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 10 AÑOS**

VoBo

Dr Gabriel Alberto Mejía Consuelos

Director de Tesis

Hospital General Balbuena

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	INTRODUCCIÓN.....	2
iii.	MARCO TEORICO Y ANTECEDENTES.....	3
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE ICLUYA LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	4
IV.	JUSTIFICACIÓN.....	4
V.	HIPOTESIS.....	5
VI.	OBJETIVO GENERAL.....	6
VII.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	5
VIII.	METODOLOGÍA.....	6
	8.1 Tipo de estudio.....	6
	8.2 Población de estudio.....	6
	8.3 Muestra y tipo de muestreo.....	6
	8.4 Variables.....	7
	8.5 Medición e instrumentos de medición.....	9
IX.	IMPLICACIONES ÉTICAS.....	9
X.	RESULTADOS.....	10
XI.	ANALISIS DE RESULTADOS.....	13
XII.	DISCUSIÓN.....	14
XIII.	CONCLUSIONES.....	15
XIV.	BIBLIOGRAFÍA.....	16
XV.	ANEXOS.....	18

RESUMEN

El íleo biliar representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población general y es una complicación poco frecuente de la colelitiasis. Sin embargo presenta un incremento de hasta el 25% en la población mayor de 65 años. Sus síntomas y cuadro clínico inespecíficos aunados a las carencias en estudios de gabinete en muchos de nuestros hospitales hacen que su diagnóstico pre operatorio sea difícil. Su manejo es quirúrgico y la mayoría de ellos ameritan cirugía de urgencia. Actualmente existen 3 principales manejos propuestos, sin embargo a pesar de existir recomendaciones para cada uno de ellos, no existe un consenso establecido para el manejo de elección. Parte fundamental de estos manejos está orientado no solamente a resolver la urgencia, si no en evitar la recurrencia reportada en la literatura del 5 al 8% y depende directamente de las condiciones generales que presente cada paciente; lo que obliga a individualizar siempre las opciones de manejo.

En cuanto a nuestra muestra, el 100% fueron manejados con enterolitotomía simple, reportándose solo una complicación perioperatoria (8.3%) no relacionada directamente con el procedimiento y una defunción 2 años después del manejo quirúrgico, asociada a la persistencia de la fistula colecistoenterica,

I. INTRODUCCIÓN

El íleo biliar fue descrito por primera vez por Erasmus Bartolim en 1964 luego de identificarlo en una necropsia. Esta patología es considerada una complicación rara de la coledocistitis, sus síntomas pueden ser vagos e inespecíficos por lo que su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y apoyo de estudios de gabinete. Logra identificarse solo en el 50 al 60 % de las veces de manera preoperatoria.(1)

Ocurre cuando una vesícula biliar inflamada se adhiere al intestino adyacente por la presencia de un cálculo biliar intraluminal. El proceso inflamatorio crónico produce una fistula colecistoenterica (la más frecuente colecistoduodenal 60%), permitiendo el paso de los litos hacia la luz intestinal.(2,3)

Los litos que producen obstrucción son usualmente mayores de 2 a 2.5 cm de diámetro, siendo la localización más frecuente el íleon terminal . (3) Aunque entre el 25 y el 72% de los pacientes con íleo biliar tienen antecedentes conocidos de coledocistitis, sólo entre el 0.3 y el 1.5% de los pacientes con coledocistitis desarrollarán íleo biliar. (1)

El íleo biliar es una infrecuente causa de oclusión intestinal mecánica (1 al 4% de todos los casos de oclusión intestinal) . (1)

Existen diferentes escenarios clínicos de esta patología, que corresponden al sitio en donde se impacte el cálculo y su presentación, aguda, sub aguda o crónica. Los pacientes que presentan íleo biliar agudo usualmente se acompaña de vómito , obstipación y una repentina distensión abdominal a diferencia del íleo biliar subagudo en donde el paciente no puede evacuar pero si canalizar gases, la presentación crónica también conocida como síndrome de Karewsky, se caracteriza por periodos de tiempo asintomático y cuadros de dolor recurrentes (causados por el paso de litos a través del intestino) que pueden llegar a la obstrucción completa. (4)

Se estima que el 90% de los pacientes requerirán de intervención quirúrgica, la cual puede variar dependiendo de la edad, comorbilidades y estado general del paciente

Cuando el lito se impacta en la válvula ileocecal se conoce como síndrome de Barnard manifestándose con un cuadro de oclusión intestinal (nausea, vomito, distensión abdominal, ausencia de peristalsis), ictericia (10-15%) y antecedente de constipación. El síndrome de Bouvaret que se manifiesta por sintomatología de oclusión intestinal alta, a nivel duodenal por el impacto del cálculo biliar se presenta únicamente en el 3% de los pacientes. (4)

En la descripción de los resultados de estudios paraclínicos se puede encontrar neumobilia, distensión de asas intestinales y la presencia de imagen radioopaca que corresponde al cálculo biliar. Cuando se utiliza contraste oral hidrosoluble y se evidencia el paso de contraste hacia la vía biliar se conoce como signo de Petren. (4)

La presencia de la triada de Mordor que se caracteriza por obstrucción intestinal repentina, antecedente diagnóstico de colelitiasis y signos de colecistitis aguda puede hacernos sospechar de esta patología. (4,7)

II. MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES

La literatura menciona que el cuadro clínico clásico se presenta en mujeres de edad avanzada con obstrucción aguda subepisódica y que en más de un tercio de los pacientes no se presentan antecedentes de cólicos biliares previos (en más de la mitad no se tiene historia de enfermedad litiasica previa). Los estudios de laboratorio pueden presentarse con leucocitosis, pruebas de funcionamiento hepático alteradas y en algunos casos desequilibrio hidroelectrolítico, sin embargo estos son datos muy inespecíficos. Como parte del abordaje inicial de cualquier paciente con obstrucción intestinal tenemos las radiografías abdominales en posición supino y de pie, las cuales brindan una sensibilidad del 40 a 70% pudiendo encontrar en ellas la triada de Rigler que consiste en la presencia de cálculos radiopacos (en menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta-Mentschler) y distensión de asas intestinales. Al contar con 2 de los 3 signos puede establecerse el diagnóstico. Cuando se presenta un cambio de posición del cálculo biliar en una radiografía de abdomen de control se forma la tétrada de Rigler. Si consideramos el ultrasonido como estudio de imagen de apoyo, este puede aportarnos en manos expertas datos como colelitiasis residual, evidencia de fistula enterobiliar, presencia de cálculo biliar dentro del lumen intestinal y aerobilia. El uso conjunto de la radiografía y ultrasonido pueden darnos una sensibilidad de hasta el 74%. Sin embargo es la tomografía computada la que brinda una fiabilidad diagnóstica del 99% para esta patología con un 93% de sensibilidad y 100% de especificidad. (4)

En cuanto al manejo ideal, existe mucha controversia ya que se proponen 3 alternativas dependiendo de las características del paciente y las preferencias del cirujano. Estas opciones consisten en a) Enterolitotomía simple (sin planificar una segunda intervención quirúrgica), b) Enterolitotomía + Colecistectomía + Reparación de fistula colecistoentérica, c) Enterolitotomía y posteriormente (4 a 6 semanas después) colecistectomía + Reparación de fistula

colecistoentérica. En los artículos consultados impera la recomendación de individualizar a cada paciente, ya que las 3 alternativas presentan sus riesgos y beneficios, desde realizar un procedimiento simple y poco agresivo como una enterolitotomía con el riesgo de recurrencia del 5 a 8% que si bien es bajo en los casos reportados se asocia a una alta morbimortalidad, hasta una cirugía mayor y cruenta que muchas veces estos pacientes no están en condiciones de soportar (mortalidad de hasta 16.9%).(1,2,3,4,5,7,8,9,10)

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA QUE INCLUYA LA PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El diagnóstico de Íleo biliar puede ser a menudo complejo, lo que dificulta planificar e individualizar la intervención quirúrgica a realizar. Este trabajo de investigación pretende identificar las principales características de nuestros pacientes y conocer ¿Cuál será la incidencia, características del paciente y manejo quirúrgico del paciente con íleo biliar durante el periodo 2010 a 2020 en los hospitales de la secretaría de salud de la CDMX?

IV. JUSTIFICACIÓN

La gran mayoría de nuestros casos son diagnosticados de manera transquirurgica secundario a un cuadro de abdomen agudo u oclusión intestinal lo cual no permite protocolizarlos de manera adecuada. Así mismo el principal procedimiento quirúrgico que se realiza es la enterolitotomía simple ya que muchos de ellos no continúan su seguimiento para programar un segundo procedimiento. La intención del siguiente trabajo es identificar las características principales que presentan estos pacientes y cuales son los principales manejos y sus complicaciones.

V. HIPÓTESIS

Dado que la principal presentación clínica de estos pacientes implica manejo quirúrgico de urgencia y la resolución de la oclusión el principal manejo es mediante enterolitotomía simple, la cual según la literatura suele ser una de las mejores alternativas al ser menos agresiva y mejor tolerada por los pacientes considerando sus principales características a su ingreso a urgencias.

Hipótesis de investigación 1: Los pacientes con íleo biliar requieren con frecuencia manejo quirúrgico de urgencia.

Hipótesis de investigación 2: Los pacientes con íleo biliar a menudo presentan diagnóstico pre quirúrgico de oclusión intestinal.

Hipótesis de investigación 3: El manejo quirúrgico más común en el paciente con íleo biliar en las unidades de de la SSCDMX , es la enterolitotomía simple.

VI. OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de este estudio será identificar la incidencia de íleo biliar en hospitales de la SSCDMX en un lapso de 10 años; las principales características del pacientes y el manejo que recibieron.

VII. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Los objetivos específicos serán:

- Identificar edad promedio.
- Identificar mayor incidencia por sexo.
- Investigar si existe un diagnóstico pre operatorio predominante
- Encontrar si existieron complicaciones de acuerdo al manejo quirúrgico recibido.

VIII. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de estudio

El presente trabajo de investigación es clínico epidemiológico con diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

8.2 Población de estudio

La población serán los pacientes censados en un periodo de 10 años en los hospitales de la secretaría de salud de la CDMX con diagnóstico post quirúrgico de íleo biliar. Que cumplan con los criterio de inclusión.

8.3 Muestra y tipo de muestreo

La muestra será un censo de todos los expedientes clínicos de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión encontrados en la base de datos de los hospitales generales de la secretaría de salud de la ciudad de Mexico comprendidos entre los años 2010 y 2020.

- **Criterios de inclusión:** Todo paciente mayor de 18 años con diagnóstico transoperatorio de íleo biliar intervenidos en los hospitales de la secretaría de salud (HG Ruben Leñero , HG Balbuena, HG La Villa) en el periodo comprendido Enero 2010 a Diciembre 2020.
- **Criterios de exclusión:** Pacientes que no cuenten con diagnóstico de íleo biliar corroborado en transquirurgico, que no hayan recibido manejo quirúrgico o que no pertenezcan a los hospitales de la secretaría de salud. salud (HG Ruben Leñero , HG Balbuena, HG La Villa)
- **Criterios de eliminación:** Pacientes que no hayan sido manejados dentro del periodo Enero 2010 a Diciembre 2020.

8.4 Variables

Las variables utilizadas para este estudio serán (Tabla 1):

1. Sexo. Tipo de variable: Control. Condición orgánica que distingue a los hombres de mujeres. Escala de medición: Cualitativa nominal dicotónica. Calificación: Femenino y Masculino.
2. Edad. Tipo de variable Control. Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento. Escala de medición: Cualitativa discreta. Calificación 0 a 100.
3. Manejo quirúrgico: Plan terapéutico que objetivamente requiere el uso de la cirugía para curar o aliviar una lesión. Cualitativa nominal. Calificación: Enterolitotomía en un única intervención, enterolitotomía y reparación de fistula colecisto entérica en una segunda intervención , enterolitotomía y reparación de fístula colecisto entérica en una misma intervención.
4. Complicación perioperatoria. Tipo de variable: Dependiente. Eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida. Escala de medición: Cualitativa nominal. Calificación: Reintervención quirúrgica, dehiscencia de cierre , íleo, infección de herida quirúrgica.
5. Evolución clínica. Tipo de variable: Dependiente. Agravamiento o mejoramiento de la enfermedad que puede medirse por signos y síntomas observacionales y diagnosticables. Escala de medición: Cualitativa nominal. Calificación: Mejoría o defunción.
6. Factores de riesgo. Tipo de variable: Dependiente. Presencia de uno o más factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad primaria. Escala de medición: Cualitativa nominal. Calificación: Colelitiasis, Colecistitis crónica litiásica.

Tabla 1

Variable	Tipo de variable	Definición operativa	Unidad de Medida
Sexo	Independiente	Condición orgánica que distingue a los hombres de mujeres	Hombre Mujer
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad
Manejo quirúrgico	Cualitativa nominal	Plan terapéutico que objetivamente requiere el uso de la cirugía para curar o aliviar una lesión	Enterolitotomía en un única intervención, enterolitotomía y reparación de fistula colecisto entérica en una segunda intervención , enterolitotomía y reparación de fístula colecisto entérica en una misma intervención.
Complicación perioperatoria	Dependiente	Eventualidad que ocurre en el curso previsto de un procedimiento quirúrgico con una respuesta local o sistémica que puede retrasar la recuperación, poner en riesgo una función o la vida	Cualitativa nominal
Evolución clínica	Dependiente	Agravamiento o mejoramiento de la enfermedad que puede medirse por signos y síntomas observacionales y diagnosticables	Cualitativa nominal
Factores de riesgo	Independiente	Presencia de uno o más factores que contribuyen al desarrollo de la enfermedad primaria	Cualitativa nominal

8.5. Mediciones e instrumento de medición

La información fue obtenida de la estadística de productividad y los expedientes clínicos electrónicos (SAMIH), sin reproducciones totales o parciales de los mismos, contando con autorización por parte de la jefatura de enseñanza de los hospitales correspondientes. El procedimiento fue el siguiente:

1. Se identifica en los reportes de estadística y productividad a los pacientes con diagnóstico post quirúrgico de fleo biliar y se recaban numero de expediente y NHC.
2. Se recaban los expedientes físicos y electrónicos y se registra el manejo realizado además de buscar intencionadamente complicaciones post operatorias o reintervenciones en el internamiento donde se realiza la cirugía.
3. Se identifica a través del expediente electrónico reingresos hospitalarios o consultas desde la cirugía realizada hasta la fecha de realización del presente estudio.

IX. IMPLICACIONES ÉTICAS

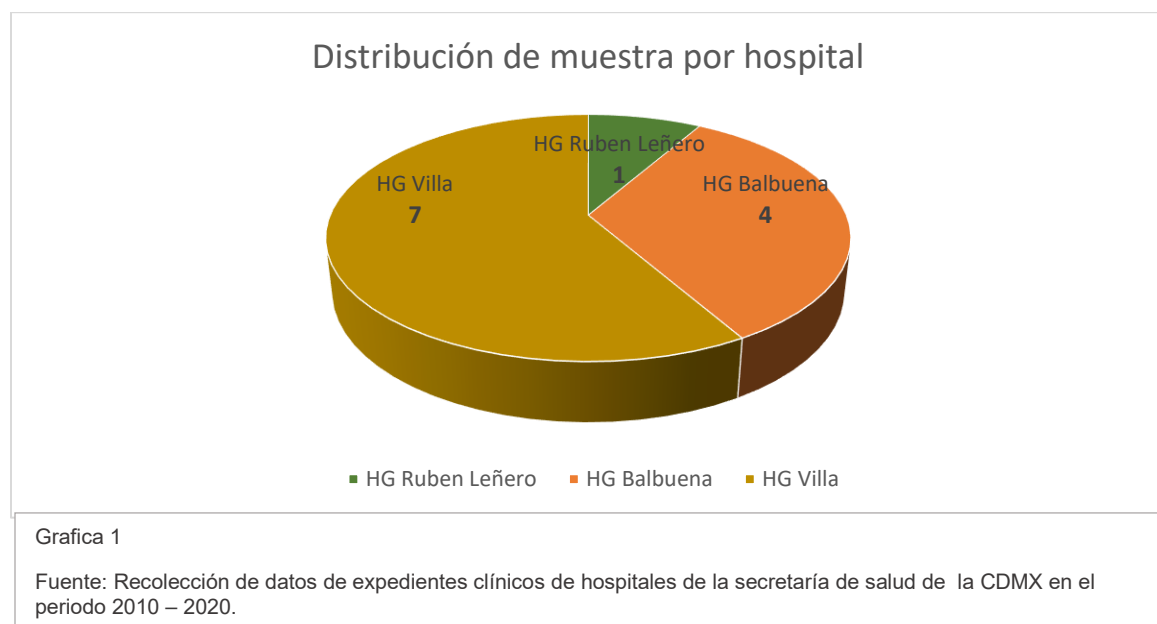
Ninguna, ya que el estudio es sin riesgo conforme al reglamento en material de investigación para la salud de la Ley General de Salud.

Cronograma

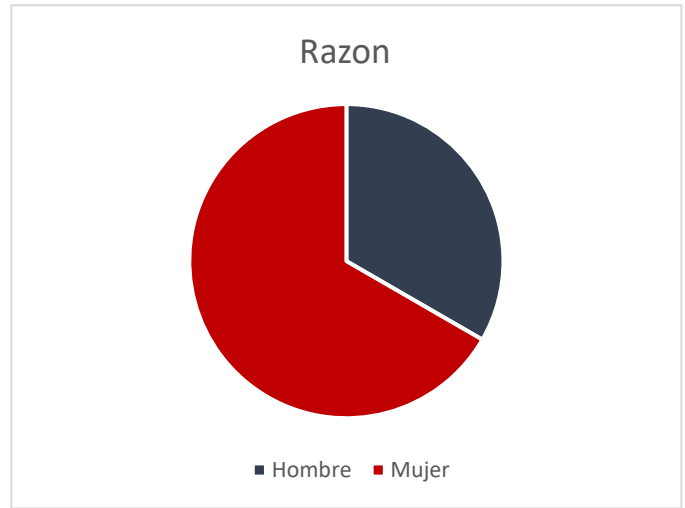
	Planificación de tema, objetivos y metodología	Elaboración de marco teórico	Recabar datos	Análisis de resultados	Publicación
Febrero	✓				
Marzo		✓			
Abril		✓			
Mayo			✓		
Junio			✓		
Julio				✓	
Agosto				✓	
Septiembre					✓

X. RESULTADOS

Se recabaron en total 12 pacientes los cuales se encuentran distribuidos de acuerdo a la gráfica 1 , observando una mayor incidencia en el hospital General La Villa.



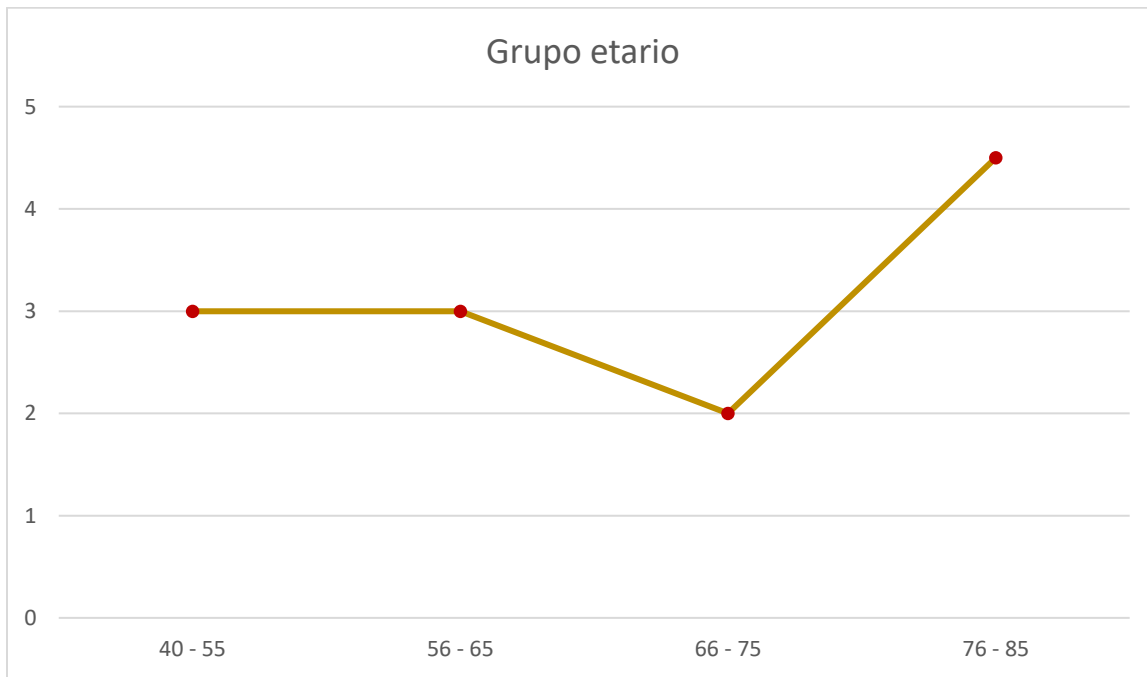
Se observó una prevalencia del sexo femenino (8 mujeres y 4 hombres) obteniendo una razón 2:1 como se observa en la gráfica 2



Gráfica 2

Fuente: Recolección de datos de expedientes clínicos de hospitales de la secretaría de salud de la CDMX en el periodo 2010 – 2020.

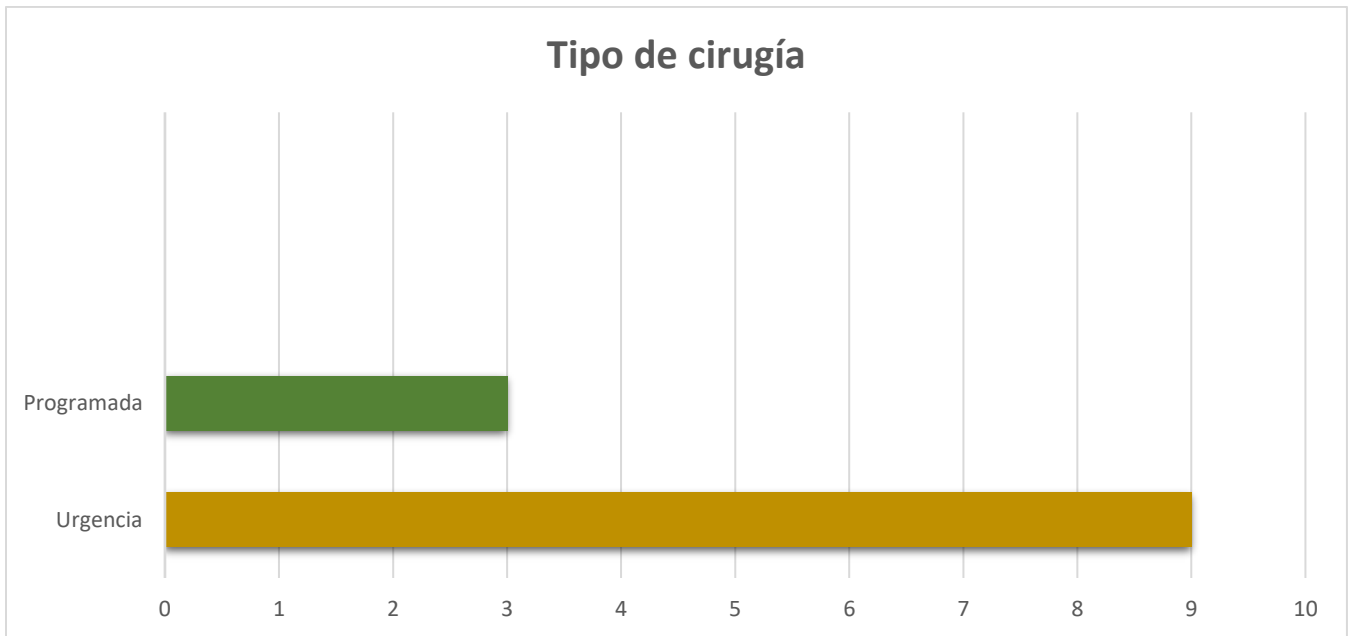
El grupo etario con mayor incidencia fue el de 76 a 85 años de edad tal como se muestra en la gráfica 3, teniendo como edad promedio 64.9 años.



Gráfica 3

Fuente: Recolección de datos de expedientes clínicos de hospitales de la secretaría de salud de la CDMX en el periodo 2010 – 2020.

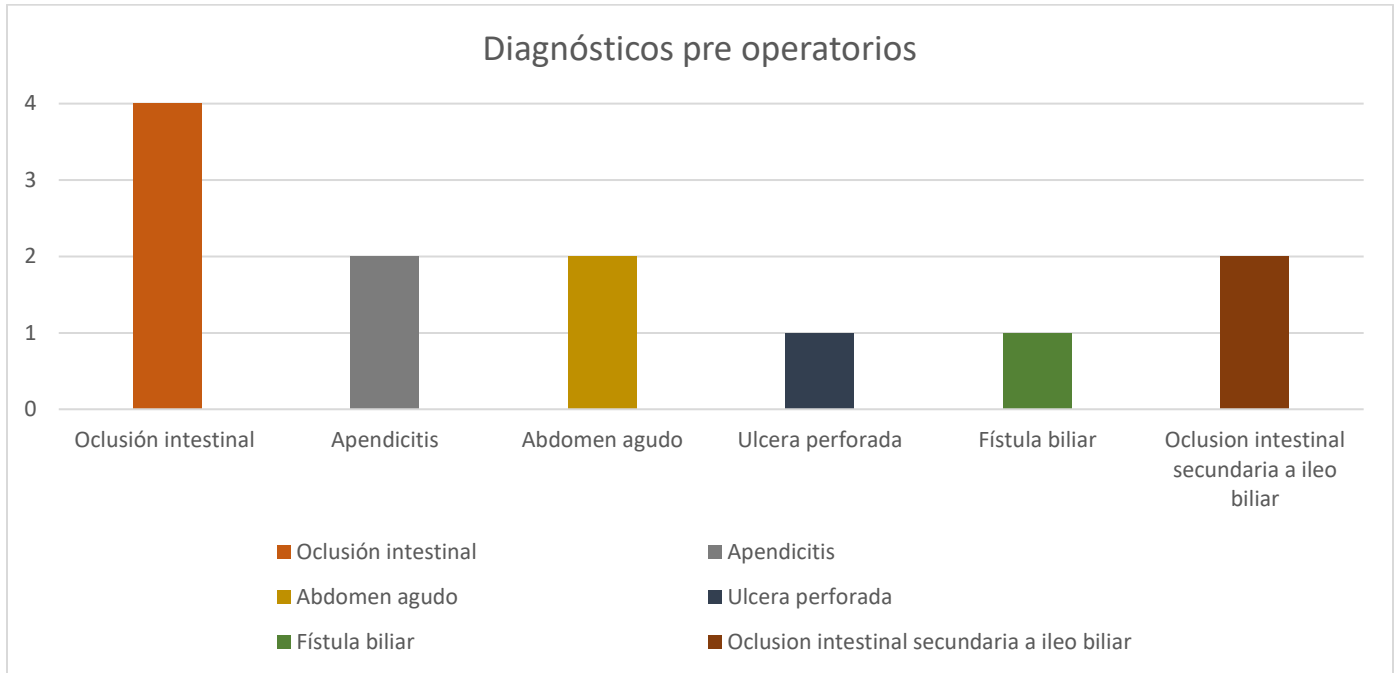
Nueve de los doce procedimientos en total fue considerados una urgencia quirúrgica en tanto que solo 3 se realizaron de manera programada (gráfica 4), de los cuales solo 2 contaban con diagnóstico pre operatorios de fleo biliar.



Grafica 4

Fuente: Recolección de datos de expedientes clínicos de hospitales de la secretaría de salud de la CDMX en el periodo 2010 – 2020.

En cuanto a los diagnósticos pre operatorios que predominaron , se identificó oclusión intestinal , abdomen agudo y apendicitis (grafica 5), Lgrando la sospecha diagnóstica de íleo biliar en solo 2 de los pacientes. Sin que estos implicaran un cambio en el manejo quirúrgico realizado.



Grafica 5

Fuente: Recolección de datos de expedientes clínicos de hospitales de la secretaría de salud de la CDMX en el periodo 2010 – 2020.

XI. Análisis de resultados

Se recabaron en total 12 pacientes de acuerdo a los criterios de inclusión, se obtuvieron 4 pacientes del hospital general Balbuena, 7 del hospital general La Villa y 1 del hospital General Dr Ruben Leñero, resultando en total 8 mujeres y 4 hombres con una razón 2:1. La edad promedio fue de 64.9 años con un rango de 43 a 84 años, los diagnósticos pre operatorios fueron : Oclusión intestinal , abdomen agudo, apendicitis, ulcera perforada, ileo biliar y fistula biliar. Con un predominio del diagnóstico pre operatorio de oclusión intestinal. La tasa de incidencia va del 0.74% al 1.72% en el hospital general La villa , 0.1% en el hospital general Dr Ruben Leñero y del 0.87 al 1.13% en el hospital general Balbuena.

El 75% de los procedimientos ameritó manejo de urgencias y sólo el 25% se manejo de manera programada y solo se logró la sospecha diagnóstica de íleo biliar en 2 de los 12 casos.

El 100% de los pacientes fue manejado con enterolitotomía simple sin encontrarse reporte de complicaciones transoperatorias en ninguno de los casos. Sin embargo sólo fue posible acceder a los expedientes de los últimos 5 años por cuestiones administrativas de los hospitales.

XII. DISCUSIÓN

Nuestra estadística resultó muy similar a lo reportado en la literatura con un importante predominio de mujeres por sobre hombres (2:1) , la edad de presentación promedio también coincide con lo encontrado en la literatura. En cuanto a la primera hipótesis, todos los pacientes encontrados en el presente estudio ameritaron manejo quirúrgico de urgencia siendo apenas el 16.6% aquellos que contaron con diagnóstico pre operatorio de íleo biliar, mientras que el 33% ingresó a quirófano con diagnóstico de oclusión intestinal . En cuanto al manejo quirúrgico fue en todos los casos con enterolitotomía simple, cumpliendo de ésta forma con las 3 hipótesis de ésta tesis. Sin embargo no fue posible acceder a la mayoría de los expedientes para recabar mayor información sobre comorbilidades, hallazgos o presencia de recidiva ya que no se cuenta con los expedientes de los pacientes manejados hace más de 5 años (8 de los registrados).

En los expedientes recabados se encontró 1 reintervención al mes con colecistectomía secundaria a colecistitis aguda y una defunción por colangitis 6 años después de la enterolitotomía; ambas en mujeres. Lo que nos habla de que no estamos exentos de presentar recidiva o comorbilidades asociadas a ésta patología reportada en la literatura del 5 al 8 % la cual se encuentra asociada a un morbimortalidad de hasta el 20%. Es necesario enfatizar en la necesidad de seguimiento a largo plazo de este grupo de pacientes con el fin de analizar y contar con una estadística más real sobre la presencia de recurrencia y a su vez homologar los datos que son recabados en la estadística mensual a manera de aportar mayor información que pudiera servir para la realización de más proyectos de investigación retrospectivos y prospectivos. Es importante además el considerar este porcentaje de recurrencia para replantear el manejo quirúrgico que estamos brindándole a nuestros pacientes, ya que la enterolitotomía simple no disminuye el riesgo de recurrencia.

XIII. CONCLUSIONES

La tasa de incidencia del íleo biliar en nuestros hospitales va del 0.1 al 1.72%, considerándose una entidad poco frecuente, esto aunado muchas veces a las carencias de recursos en estudios de gabinete dificultan un adecuado estudio y protocolización de éste grupo de pacientes. Como se observo en este estudio la mayoría de ellos llegan a nuestros hospitales ameritando manejo quirúrgico de urgencia. Al igual que lo mencionado en la literatura consultada, estos pacientes no se encuentran en condiciones para ser manejados con Enterolitotomía + Reparación de fistula colecistoenterica + Colectomía y han demostrado adecuada tolerancia y evolución a corto plazo con la enterolitotomía simple, encontrando en nuestra población solo 1 complicación post quirúrgica (Infarto agudo al miocardio) no relacionada directamente con el procedimiento realizado. En cuanto a la mortalidad se cuenta con reporte de 1 caso secundario a colangitis severa 2 años después de la intervención quirúrgica, lo que pudiera estar relacionado a la fistula colecistoenterica no resuelta. El presente estudio amerita continuidad ya que cuenta con potencial para convertirse en un estudio prospectivo brindando un seguimiento más estrecho de los pacientes ya manejados en una búsqueda dirigida de complicaciones relacionadas a la patología de base y realizar un análisis de nuestra tasa de recurrencia para de esta forma poder comparar y valorar la necesidad de realizar en un segundo tiempo la reparación de la fístula colecisto entérica + Colectomía. Esto al no encontrar en nuestros casos reportados el mismo índice de recurrencia que se reportan en la literatura.

Nuestra red hospitalaria nos permite tener una población mayor de estudio lo que resulta de muy útil en patologías como ésta que cuentan con una baja incidencia, permitiéndonos obtener un mayor numero de casos de los que normalmente logran recabarse en los artículos publicados.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

1. ÍLEO BILIAR, UNA CAUSA INFRECUENTE DE OCLUSIÓN INTESTINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA. . Maribel Belmontes Castilloa, Julio César Pintor Belmontes. a Servicio de Gastrocirugía. Unidad Médica de Alta Especialidad. Centro Médico Nacional Siglo XXI. México, DF. Vol. 58, N.o 1. Enero-Febrero 2015.
2. SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO Y DELIRIUM, RETOS EN EL DIAGNÓSTICO DE ÍLEO BILIAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE BIBLIOGRAFÍA. Francisco Aguilar Espinosa, José Luis Galvez Romero, Jesús Falfán Moreno, Gustavo Adolfo Guerrero Martínez, Facundo Vargas Solis. Cirugía y Cirujanos. 2017.
3. UNCOMMON PRESENTATION OF A COMMON DISEASE - BOUVERET'S SYNDROME: A CASE REPORT AND SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW. Yahya AL-Habbal, Matthew Ng, David Bird, Trevor McQuillan, Haytham AL-Khaffaf World J Gastrointest Surg 2017 January 27; 9(1): 25-36 ISSN 1948-9366.
4. EL ÍLEO BILIAR: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA MÉDICA. C.F. Ploneda-Valenciaa,*, M. Gallo-Moralesa, C. Rinchonb, E. Navarro-Muñiza, C.A. Bautista-López, L.F. de la Cerda-Trujillo c, L.A. Rea-Azpeitiaa y C.R. López-Lizarraga. Revista de Gastroenterología de México. 2017;82(3):248---254
5. BILIODIGESTIVE FISTULAE AND GALLSTONE ILEUS: DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CONSIDERATIONS. OUR EXPERIENCE. F. stagnitti, A. tudisco, F. ceci, S. nicodemi, S. orsini, M. avallone , V. di girolamo, F. stefanelli, F. de angelis, C. di grazia, B. cipriani, F. aiuti, A. napoleoni, R. mosillo, S. corelli, G. casciaro, A. costantino, A. martellucci, E. spaziani. G Chir Vol. 35 - n. 9/10 - pp. 235-238 September-October 2014.

6. GALLSTONE ILEUS: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW. Xin-Zheng Dai, Guo-Qiang Li, Feng Zhang, Xue-Hao Wang, Chuan-Yong Zhang. World J Gastroenterol 2013 September 7; 19(33): 5586-5589 ISSN 1007-9327 (World J Gastroenterol 2013 September 7; 19(33): 5586-5589
7. ENTEROLITOTOMÍA MÁS COLECISTECTOMÍA PRECOZ, UNA APLICACIÓN DE CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS PARA PACIENTES CON ÍLEO BILIAR. Jesica Martín-Pérez, Luciano Delgado-Plasencia, Alberto Bravo-Gutiérrez, Nieves Lorenzo-Rocha, Guillermo Burillo-Putzeb y Vicente Medina-Arana. Cirugía y Cirujanos. 2015;83(2):156---160.
8. ÍLEO BILIAR, REVISIÓN DEL MANEJO QUIRÚRGICO. Marcos I. Salazar-Jimenez, Javier Alvarado-Duran, Monica R. Fermin- Contreras, Fernando Rivero -Yañez, Arianne I. Lupian- Angulo y Antonio Herrera -Gonzalez. Cir Cir. 2018;86: 182 -186
9. MANAGEMENT AND OUTCOME OF RECURRENT GALLSTONE ILEUS: A SYSTEMATIC REVIEW. Shovkat Ahmad Mir, Zeiad Hussain, Christine Ann Davey , Glenn Vincent Miller, Srinivas Chintapatla. World J Gastrointest Surg 2015 August 27; 7(8): 152-159
10. RARE RECURRENT GALLSTONE ILEUS: A CASE REPORT. Hao jiang, Chong Jin, Jing-Gang Mo, Lei Ma, Kun-Peng Wang. World J Clin Cases 2020 May 26; 8(10): 2023-2027

XV. ANEXOS

Anexo 1 : Tabla de recolección de datos

	NOMBRE	SEXO	EDAD	NHC	FECHA	DX PRE OPERATORIO	URGENCI VS PROGRAMADA	PRO CEDIMIENTO REALIZADO	COMPLICACIONES O REINGRESO	HOSPITAL
1	ROD	F	74	53791	29/3/16	Abdomen agudo	Urgencia	Enterolitotomía	Colecistectomía 3 meses después	HG Villa
2	TOA	M	43	No registrado	24/7/14	Oclusión intestinal	Urgencia	Enterolitotomía	Reingreso y defunción 2 años después	HG Villa
3	VGML	F	84	No registrado	9/2/13	Pble apéndice del anciano	Urgencia	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	GH Villa
4	CFAE	F	43	199358	3/6/12	Oclusión intestinal secundaria a ileo biliar	Urgencia	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	HG Villa
5	DPJG	M	78	203690	17/11/12	Abdomen agudo	Urgencia	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	HG Villa
6	MGF	M	56	192691	12/12/11	Oclusión intestinal probable ileo biliar	Programada	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	HG Villa
7	PMML	F	60	No registrado	12/12/11	Fistula biliar + Absceso residual	Programada	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	HG Villa
8	GTDM	F	49	63708	13.08/14	Oclusion intestinal	Urgencia	Enterolitotomía	No se cuenta con registros	HG Balbuena
9	VGR	M	64	179474	25/07/12	Oclusión intestinal	Urgencia	Enterolitototomía	No se cuenta con registros	HG Balbuena
10	BL MF	F	77	193890	04/04/19	Oclusión intestinal	Urgencia	Enterolitotomía	Sin reingreso o complicación	HG Balbuena
11	TRLE	F	82	No registrado	07/12/20	Apendicitis complicada	Urgencia	Enterolitotomía	IAM 1 día después de procedimiento. Se egresó.	HG Balbuena
12	FVM	F	69	No registrado	10/05/20	Úlcera péptica perforada y sellada	Programada	Enterolitotomía	Sin reingreso ni complicaciones.	HG Ruben Leñero