



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ÍLEO BILIAR EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE
GASTROCIRUGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SXXI

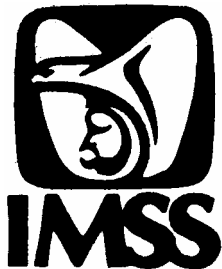
T E S I S

QUE PRESENTA

DR. DANIEL JORGE ALEJANDRO ROJAS ROJAS
PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD EN
CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL



MÉXICO, D.F.

2010



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

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO.

**Íleo Biliar Experiencia de 10 Años en el servicio de Gastrocirugía del
Centro Médico Nacional SXXI**

TESIS QUE PRESENTA

Dr. Daniel Jorge Alejandro Rojas Rojas

PARA OBTENER EL DIPLOMA

EN LA ESPECIALIDAD EN

CIRUGÍA GENERAL

DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGIA GENERAL, HOSPITAL DE
ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

ASESOR: DR. JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL,
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DIAZ

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES SIGLO XXI

DOCTOR

ROBERTO BLANCO BENAVIDES

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CMN SXXI

DOCTOR

JOSÉ LUIS MARTÍNEZ ORDAZ

CIRUJANO GENERAL

MEDICO ADSCITO AL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES

CMN SXXI

AGRADECIMIENTOS

A Dios.

Por regalarme la vida, todo lo que tengo y por no abandonarme nunca.

A mi esposa.

Te amo Byanka. Gracias por tu amor y fortaleza cuando más lo necesitaba. Lo logramos.

A mis padres.

Jamás existirá la forma de agradecer una vida de lucha, sacrificio y esfuerzo constante, sólo deseo que entiendan que el logro mío, es el logro suyo.

A mi familia.

Risi y Marce, gracias por creer siempre en mí. Agustín, Valentina, Victoria, han sido mi inspiración.

Tío Raúl, donde quiera que estés, gracias.

A mis maestros.

Que desinteresadamente me han brindado amistad y conocimientos para ser mejor persona y médico.

A los pacientes.

Que han puesto fe y vida en mis manos y sin duda, han sido el mejor libro de medicina. Gracias infinitas.

INDICE

Resumen	1
Introducción y Antecedentes	3-7
Justificación	8
Hipótesis	8
Objetivos	8
Material y métodos	9-10
Consideraciones éticas	11
Recursos Humanos, físicos y financieros	11
Análisis de resultados	12-17
Discusión	18-21
Conclusiones	22
Anexo	23
Bibliografía	24

RESUMEN

El íleo biliar se presenta en 0.06% de los casos de litiasis vesicular como resultado de una fístula colecistoentérica. La presentación clínica más habitual es la obstrucción intestinal, siendo el sitio más común el íleon terminal. Es una enfermedad poco común en el medio y que produce solo 1 a 3 % de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años y que aumenta significativamente en pacientes mayores de esta edad. Es una entidad clínica diagnosticada ocasionalmente que conlleva un margen significativo de complicaciones y mortalidad que oscila entre 12 y 27 %. El tratamiento es quirúrgico en todos los casos y consiste en la extracción quirúrgica del calculo enclavado (enterolitotomía) para solucionar la obstrucción intestinal o en caso de perforación o compromiso vascular del asa, es necesario realizar una resección intestinal. Finalmente debe valorarse que pacientes son candidatos a una colecistectomía.

Se desconoce la cantidad de pacientes con diagnóstico preoperatorio y definitivo de íleo biliar, así como el tratamiento quirúrgico utilizado, complicaciones y evolución de los mismos en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI. Motivo por lo cual realizaremos el realizaremos el estudio de esta patología en la experiencia del servicio de enero de 2000 a enero del 2010.

Se incluirán a todos los pacientes operados con este diagnóstico en el periodo descrito, obteniendo así la información de los registros de cirugía del servicio de Gastrocirugía para realizar la revisión de los expedientes en cuestión. Se incluirán los datos en la hoja de recolección para su análisis posterior. Serán excluidos aquellos pacientes cuyos expedientes no sean localizados o se encuentren incompletos.

Una vez recabada la información se realizara un estudio retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo, analizando mediante estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión, para determinar la prevalencia y tipo de las cirugías empleadas en el tratamiento de íleo biliar, así como la morbi mortalidad y la evolución postoperatoria con los cuales se realizará el reporte final del estudio.

1.Datos del alumno (Autor)	1.Datos del alumno
Apellido paterno	Rojas
Apellido Materno	Rojas
Nombres	Daniel Jorge Alejandro
Teléfono	55 41686511
Universidad	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad o escuela	Facultad de Medicina
Carrera	Médico Cirujano Especialista en Cirugía General
No. De cuenta	507710046
2.Datos del asesor	2.Datos del asesor
Apellido paterno	Martínez
Apellido Materno	Ordaz
Nombres	José Luis
3.Datos de la tesis	3.Datos de la tesis
Título	ÍLEO BILIAR EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN EL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SXXI
No. de páginas	25
Año	2010

INTRODUCCION Y ANTECEDENTES

Se denomina íleo biliar a la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia del paso de uno o más litos a través de una fístula biliodigestiva ¹.

La primera descripción fue hecha por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia, y ya en 1890 Courvouisier publicó una serie de 131 casos ².

Es una enfermedad poco común en el medio y que produce solo 1 a 3 % de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años; y que aumenta hasta 25 % en pacientes mayores de esta edad. Es una entidad clínica diagnosticada ocasionalmente que conlleva un margen significativo de complicaciones y mortalidad que oscila entre 12 y 27 %. Lo anterior es reflejo de la edad avanzada de los pacientes, las condiciones clínicas, así como de la alta incidencia de enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y obesidad. Otros factores que también contribuyen a agravar el pronóstico de estos pacientes, es el grado de deshidratación e hipovolemia con que ingresan al quirófano y es la propia cirugía otro factor de morbimortalidad importante ^{1,3,8}.

La mayoría de los pacientes son sometidos a cirugía para extraer el lito, aunque en algunos casos la sola realización de la panendoscopia puede ser suficiente para la solución del problema. El manejo de la fístula biliar y la colecistectomía durante la cirugía o en un segundo tiempo quirúrgico tiende a ser controvertida en múltiples series, pero el procedimiento a elegir depende de las condiciones clínicas de cada paciente.

El íleo biliar es una complicación de la colelitiasis. El incremento de la expectativa de vida ha aumentado la prevalencia de esta complicación y su incidencia es de 0,4 a 0,6 % de todos los pacientes con litiasis biliar.

La enfermedad ocurre con mayor frecuencia en mujeres, en una proporción de 3,5:1, porque se sabe que las enfermedades de la vía biliar ocurren con más frecuencia en este grupo, pero no existen estudios que respalden esa afirmación ^{5,6}.

Esta patología representa del 1,5 al 15 % de todas las oclusiones intestinales mecánicas. Para producirse la fístula biliodigestiva un cálculo erosiona la pared de la vesícula y del tubo digestivo. Un proceso inflamatorio previo, con reducción del flujo arterial en la pared vesicular, disminución del drenaje venoso y linfático, junto con el aumento de la presión intraluminal en la vesícula, determinan la perforación con fistulización y ulterior evacuación del calculo hacia el tubo digestivo.

Se describe que sólo 1-15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar. La mayoría de los cálculos que pasan al tubo digestivo se expulsan por el ano o se vomitan; al parecer el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir obstrucción intestinal es de 2,5 cm, a menos que exista otra causa de estenosis intestinal ⁷. La formación de la fístula biliodigestiva pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodios de colecistitis aguda, otras veces puede cursar con melenas.

La fístula biliodigestiva más frecuentemente encontrada es la colecistoduodenal 65-77 %, los otros tipos que se asocian a íleo biliar son: colecistocólica 10-25 %, colecistogástrica 5 %, y otra mucho menos frecuente la colédocoduodenal. En algunos casos no es necesaria la formación de fístula como tal, en presencia de enfermedades del esfínter de Oddi, o si se ha realizado alguna intervención quirúrgica ampliando la papila ^{9,10,11}. Se han reportado casos de íleo biliar en pacientes colecistectomizados, lo que ha llevado a pensar que pequeños cálculos formados en las vías biliares dilatadas podrían pasar al tubo digestivo, bien por una fístula o bien por la papila, actuando luego como núcleo sobre el que se depositarán concreciones fecales o medicamentosas ⁴.

El íleo biliar se presenta en pacientes de edad avanzada con antecedentes de dolor cólico biliar que cedieron espontáneamente, posterior al cual se presenta el cuadro de obstrucción intestinal completa

o incompleta que se conoce como síndrome de Karewsky. Esto se presentaría por los intentos del cálculo biliar en el tubo digestivo de vencer el punto de enclavamiento, fenómeno que se conoce como obstrucción acrobática ^{7,10,11}. La presentación clínica del íleo biliar es inespecífica y mas de la tercera parte de los pacientes no cuentan con historia de síntomas biliares.

La obstrucción intestinal mecánica con dolor abdominal y vómitos es la presentación clínica mas común, pero esta suele ser insidiosa por el llamado fenómeno de "tumbling" en el que el lito que obstruye continuamente migra, liberando parcialmente la luz intestinal para posteriormente impactarse distalmente y obstruir nuevamente el intestino. De acuerdo a la altura de la oclusión, los vómitos pueden ser biliosos con distensión o no del estomago, sugiriendo una oclusión alta; mientras que si los vómitos son fecaloides y hay distensión abdominal hace sospechar una obstrucción baja. La hemorragia digestiva es una presentación poco frecuente, se puede deber al sangrado por perforación fistulosa, entonces, ante toda hemorragia del tracto digestivo seguida de obstrucción intestinal debe hacer pensar en un íleo biliar.

En los exámenes de laboratorio podemos encontrar leucocitosis leve, signos de deshidratación; con pruebas de función hepática alteradas en un tercio de los pacientes y desequilibrio hidroelectrolítico el cual variara dependiendo a que altura se encuentre la obstrucción. La deshidratación, también se acompaña como es de esperar de oliguria, azoemia y hemoconcentración.

Entre los estudios diagnósticos, la radiografía simple de abdomen se considera la herramienta básica y frecuentemente muestra un patrón no específico de obstrucción intestinal. En 1941 Rigler publico las manifestaciones radiográficas del íleo biliar que incluyen aire o medio de contraste en el árbol biliar, visualización directa del lito o indirecta por medio del contraste que lo rodea, evidencia de obstrucción intestinal completa o parcial y cambio en la posición del lito observado en placas previas. La presencia de dos de los tres signos es patognomónico de íleo biliar, pero solo se encuentra en 20 a 40 % de los casos. El hallazgo mas frecuente observado es la obstrucción intestinal en 70 %, seguido de la neumobilia en 54 %, con lito de localización anormal en 35 %. La presencia de la neumobilia implica la

permeabilidad del conducto cístico o una fístula que compromete el conducto biliar común, pudiendo estar presente en pacientes con cirugía biliar previa o en raros casos de incompetencia del esfínter de Oddi. Observar el lito es frecuentemente difícil debido a la superposición de gas, estructuras óseas y porque la mayoría de estos son radiolúcidos^{18, 19, 20}.

El sitio principal de obstrucción por el lito es el intestino medio y bajo. En el ileon se identifican en 60%, seguido el yeyuno con 16%, estomago con 14%, colon 4%, duodeno 3%, y solo pasan espontáneamente sin provocar obstrucción el 1% de los cálculos mayores a 2,5 cm. Sin embargo litos menores de esta dimensión han provocado impactación fecal y aquellos mayores de 5 cm han sido expulsados espontáneamente^{6, 7, 11}.

La ecografía es otro método de gran utilidad por su capacidad para detectar aire en la vía biliar o en la vesícula. Además la ecografía permite visualizar la vesícula, cálculos en su interior o sin ellos y signos de obstrucción intestinal. Con mucho menos frecuencia revela la presencia del cálculo fuera del área biliar. También se puede utilizar la endoscopia que es de utilidad como medio de diagnóstico y tratamiento en las obstrucciones altas en que se sospeche una impactación del cálculo en el duodeno, el cual se denomina síndrome de Bouveret. En estos casos se puede observar directamente el cálculo y en circunstancias favorables extraerlo por esta vía. De la misma manera mediante una colonoscopia, cuando la obstrucción es distal, se puede remover el lito utilizando una canastilla^{9, 12, 24}.

En cuanto al tratamiento, la secuencia lógica en este tipo de pacientes es: investigación diagnóstica, recuperación del estado general y por último cirugía. Para ello se requiere reanimación con soluciones parenterales y corregir el desequilibrio hidroelectrolítico si existiese. Debido a la translocación bacteriana, el uso de antibióticos de amplio espectro se discute en la actualidad sin haber llegado a una conclusión definitiva. Así mismo estos pacientes se van a beneficiar de la colocación de una sonda gastrointestinal (nasogástrica o nasoenterica) y la aspiración continua. Este procedimiento va a eliminar de forma inmediata síntomas como las náuseas y vómitos¹⁴.

El tratamiento consiste en la extracción quirúrgica del cálculo enclavado (enterolitotomía) para solucionar la obstrucción intestinal. Algunos autores sostienen que la cirugía en un tiempo

(enterolitotomía y colecistectomía) reduciría la morbilidad al reducir la incidencia de cáncer vesicular, evitar nuevos episodios de colecistitis y cerrando la fístula se evitaría la mal absorción, eventuales episodios de colangitis y la pérdida de peso. Así mismo este tipo de cirugía es posible en pacientes con riesgo quirúrgico que se encuentran dentro de los márgenes aceptables. Teniendo en cuenta que esta patología generalmente se produce en personas de edad avanzada, que tienen mayor posibilidad de complicaciones debido a que poseen su capacidad fisiológica limitada, varios días de oclusión con las complicaciones que esto conlleva, y que además poseen gran compromiso inflamatorio, hace que realizando una enterolitotomía como procedimiento inicial, siga siendo el procedimiento de elección. Sobre todo si se tiene en cuenta que en un gran número de los casos la fístula puede cerrar espontáneamente.

La extracción del cálculo se realiza a través de una enterotomía transversal sobre el borde antimesentérico del intestino sano, es decir, inmediatamente por debajo de la obstrucción.

En los casos en que el cálculo está firmemente impactado en el intestino, puede ser fragmentado a través de la enterotomía y extraído a través de un área de intestino sano. Solo en caso de perforación es necesario realizar una resección intestinal. La operación se completa con el examen del resto del intestino delgado, en especial por encima de la obstrucción, para asegurarse de que no existen otros cálculos. Por lo general en la fístula colecistocolónica el cálculo se elimina espontáneamente por el ano. Cuando esto no ocurre debido a la presencia de procesos inflamatorios previos, la extracción del cálculo con resección de la zona estenosada o la colotomía distal con extracción de este, son alternativas válidas ^{5,6,13}.

Debido al olvido de cálculos en la primera cirugía en el duodeno o en el intestino, o el paso de nuevos cálculos vesiculares a través de la fístula, se ha estimado el riesgo de recurrencia en 6 al 11 %. En lo que respecta a la mortalidad operatoria, esta ha disminuido notablemente en los últimos años siendo inferior al 15 % probablemente debido a un diagnóstico y tratamiento precoz, un significativo avance en el manejo anestesiológico; antibioticoterapia profiláctica y una mejor recuperación postoperatoria ⁶.

JUSTIFICACIÓN

Se desconoce la cantidad de pacientes con diagnóstico preoperatorio y definitivo de íleo biliar, la edad y el sexo más frecuentemente afectada en nuestro medio. Se desconoce el tipo de cirugía realizada, complicaciones y evolución intrahospitalaria de los pacientes.

HIPÓTESIS

El íleo biliar es una patología rara, con mayor prevalencia en el sexo femenino y en la 5ta década de la vida. La evolución clínica puede entorpecerse por enfermedad de base de los pacientes. El diagnóstico es preoperatorio hasta en un 20 a 40 % de los casos, y el tratamiento más utilizado es la enterolitotomía.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de esta patología, género y grupo etáreo más afectado. Así como el tipo de cirugía más empleada en el tratamiento de íleo biliar, así como la morbi mortalidad y la evolución postoperatoria.

MATERIAL Y METODOS

1.- Diseño del estudio:

Observacional. Descriptivo, retrospectivo y transversal.

2.- Universo de trabajo:

Pacientes con diagnóstico pre o post operatorio de íleo biliar en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero del 2000 al 1º de enero del 2010.

3.- Descripción de las variables:

Edad

Sexo

Ileo biliar:

Únicos o múltiples

Complicaciones, perforación víscera hueca

Localización

Estudios diagnósticos

Tratamientos previos empleados

Indicación de la cirugía

Sintomatología del paciente

Diagnostico prequirúrgico

Tipo de cirugía

Complicaciones asociadas a la cirugía

Evolución postoperatoria

Recurrencia

Tiempo de seguimiento

4.- Selección de la muestra:

a) tamaño de la muestra: se incluirán a todos los pacientes sometidos a cirugía con diagnóstico pre o post operatorio de íleo biliar en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 2000 al 1º de enero del 2010

b) Criterios de selección

Criterios de inclusión: Todo paciente operado bajo el diagnóstico pre o post operatorio de íleo biliar en el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional SXXI, en el periodo del 1º enero de 2000 al 1º de enero del 2010

Criterios de no inclusión: No existen.

Criterios de exclusión: Pacientes cuyos expedientes no se encuentren o estén incompletos y que impida la recolección de datos.

5.- Procedimiento:

Se revisaran los registros de las cirugías realizadas por el servicio de Gastrocirugía del hospital de especialidades de Centro Médico Nacional SXXI bajo el diagnóstico de íleo biliar en el periodo del 1º enero de 2000 al 1º de enero del 2010.

Se solicitaran los expedientes al archivo clínico de los pacientes y se revisaran para recabar los datos.

Se consignaran todos los datos obtenidos en la hoja de recolección anexa, tales como edad, sexo, estados de comorbilidades, estudios diagnósticos, sintomatología del paciente, indicación de cirugía, diagnóstico prequirúrgico, cirugía empleada, días de estancia hospitalaria, complicaciones del evento quirúrgico y evolución postoperatoria.

6. Análisis estadístico:

Se realizara análisis estadístico con frecuencias, razones y proporciones, obtendremos media, mediana y moda así como rangos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Al ser un estudio retrospectivo, no será necesario consentimiento informado.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Recursos humanos: investigador y asesor.

Recursos materiales: únicamente se utilizarán expedientes clínicos.

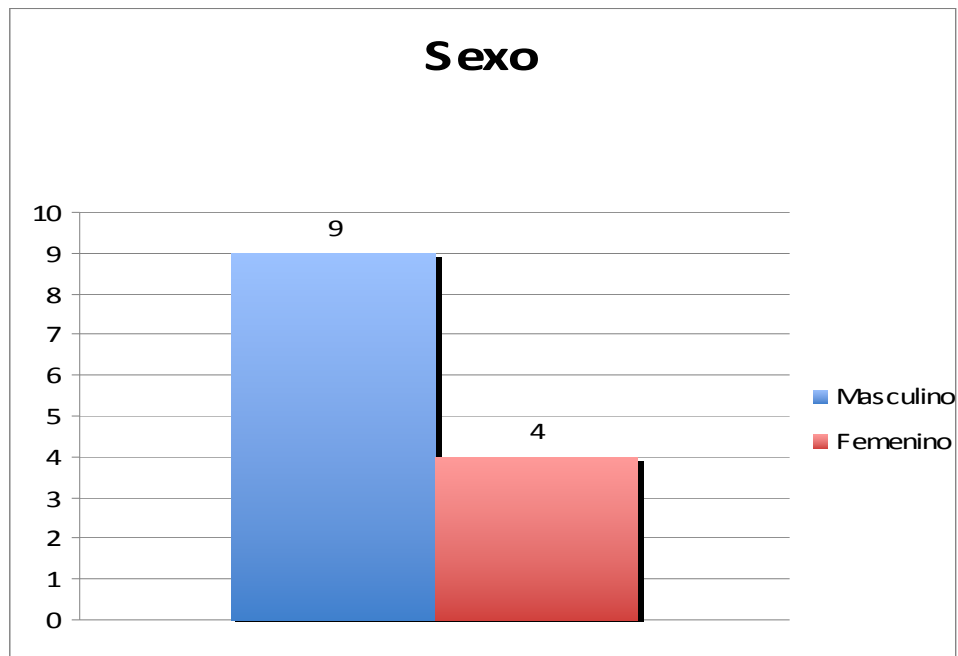
Recursos financieros: no requeridos.

RESULTADOS

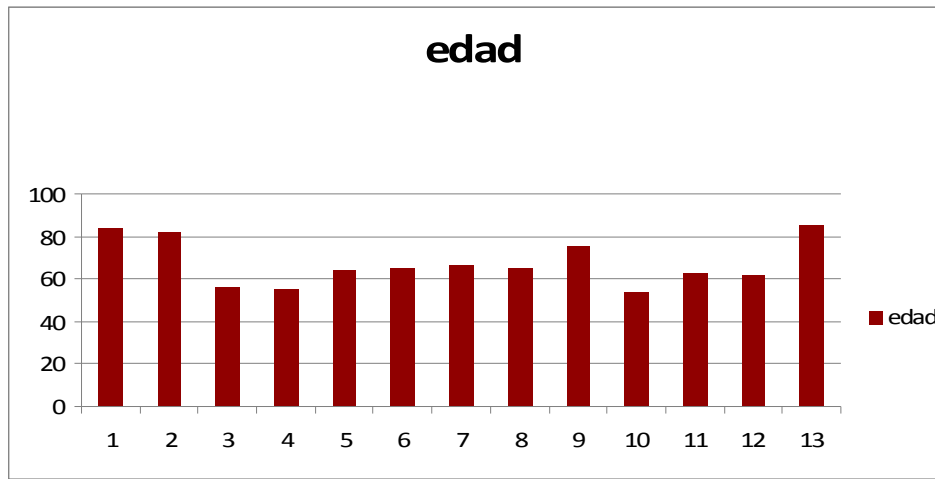
Se encontraron 19 cirugías realizadas con el diagnóstico de íleo biliar en el periodo del 1º enero del 2000 al 1º enero del 2010, de los cuales se encontraron únicamente 13 expedientes en el archivo clínico. Se excluyen 6 pacientes del estudio.

Se recabaron los datos de los expedientes vaciándolos en una hoja de recolección de datos (anexo1), en la cual se incluyeron datos de edad, sexo, comorbilidades, sintomatología asociada, diagnóstico preoperatorio, exámenes de gabinete complementarios, cantidad de litos, cirugía empleada, complicaciones postoperatorias, evolución y recurrencia.

En nuestra serie encontramos un predominio del sexo masculino, con 9 pacientes representando el 69% de los casos, contra 4 del sexo femenino que representa el 31% de los casos.

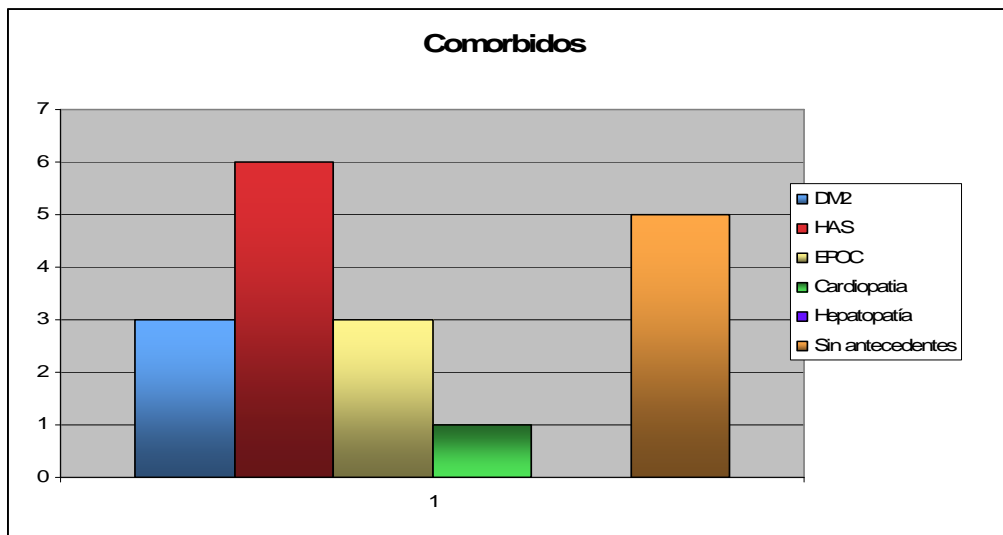


En cuanto a la edad encontramos un rango de edad de 54 a 85 años, con una mediana de 65 años y media de 57.5 años.

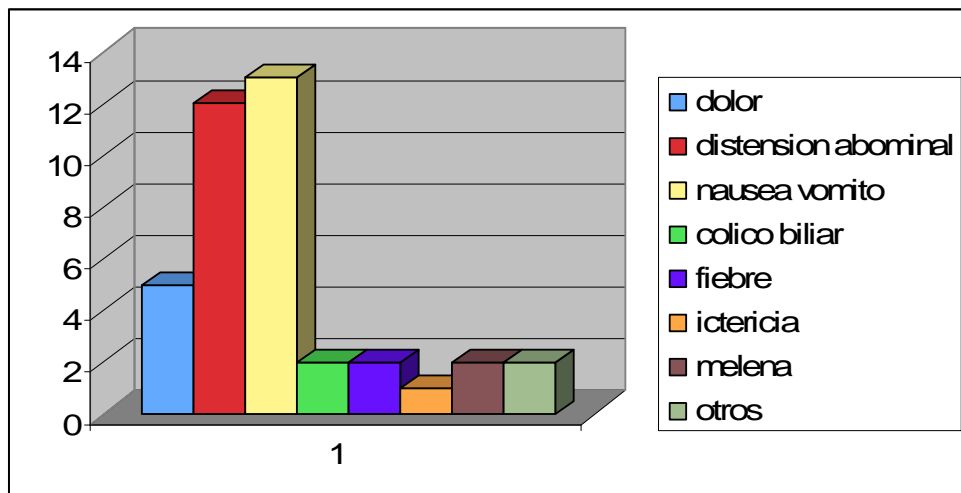


Las comorbilidades asociadas, se investigó sobre el diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hepatopatía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y cardiopatía.

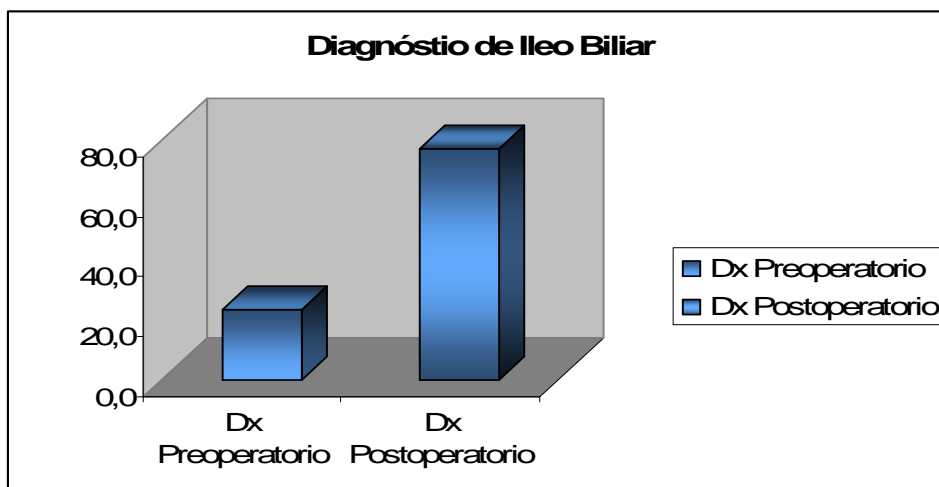
Se encontró antecedentes de HAS en 6 pacientes, representado el 46.2%, DM2 en 3 pacientes que representa el 23.1%, EPOC en 3 pacientes, representa el 23.1%. Un paciente cardiópata, 7.1% y ninguno tenía antecedente de hepatopatía. 5 pacientes estaban exentos de antecedentes crónico degenerativos, que representa el 38.5%.



En lo que concierne a la sintomatología de los pacientes, 13 de ellos (100 %) presentaron datos de oclusión intestinal (distensión abdominal, náusea y vómito). De manera curiosa, uno de ellos presentó estos síntomas en el postoperatorio inmediato de colecistectomía. Dolor abdominal agudo estuvo presente en 5 (38.1%), cólico biliar en 2 casos (15.4%), fiebre en 2 pacientes (15.4%). Ictericia solo en 1 paciente (7.7%). Melena en 2 pacientes (15.4%) y otros síntomas como dolor torácico, escalofrío y cefalea en 2 pacientes (15.4%)

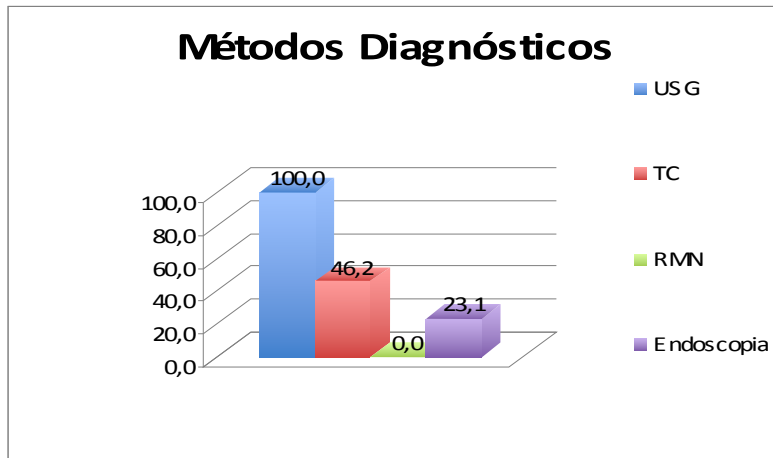


Encontramos que de los 13 pacientes se realizó el diagnóstico preoperatorio de íleo biliar en 3 de ellos representando el 23.1 %, en el resto de los pacientes el diagnóstico fue realizado en el post operatorio (76.9%).



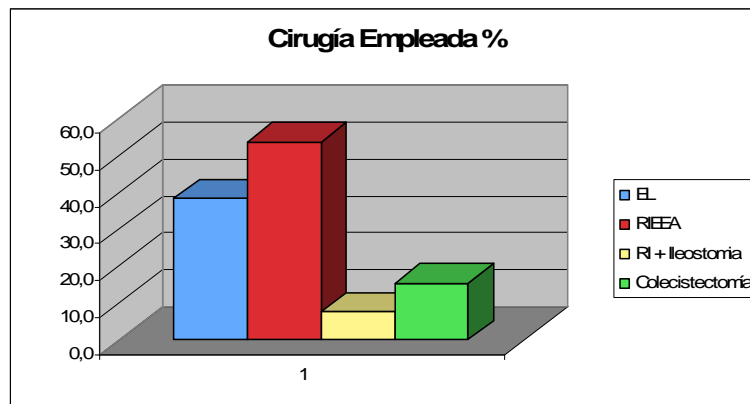
En cuanto a los estudios de gabinete utilizados, encontramos que todos los pacientes (100%) se les había realizado ultrasonido, 6 de ellos contaban con tomografía computada, 46.2%. Endoscopia en 3; 23.1% y ninguno tenía estudios de resonancia magnética.

De los pacientes a los cuales se diagnosticó íleo biliar de manera preoperatoria, 2 de ellos tenían USG y TC y en uno de ellos se realizó el diagnóstico por endoscopia encontrando un síndrome de Bouveret.

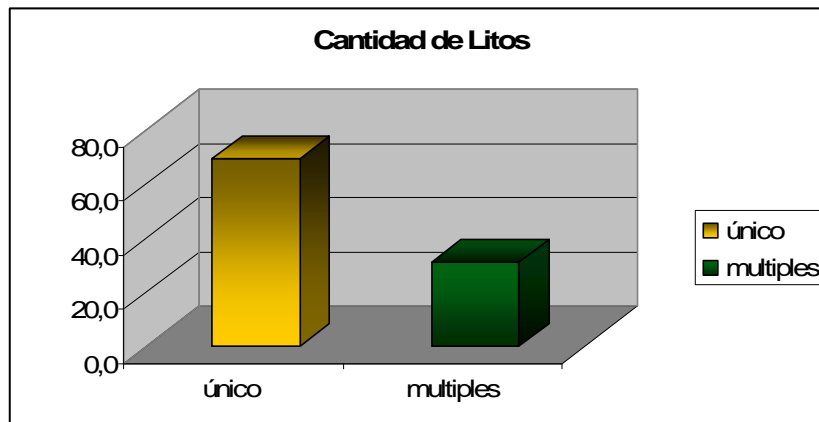


En cuanto al procedimiento quirúrgico empleado se consideraron: la enterolitotomía (EL), la resección intestinal con entero-entero anastomosis (RIEEA), la resección intestinal con maduración de ileostomía y la asociación de colecistectomía a cualquiera de estos procedimientos.

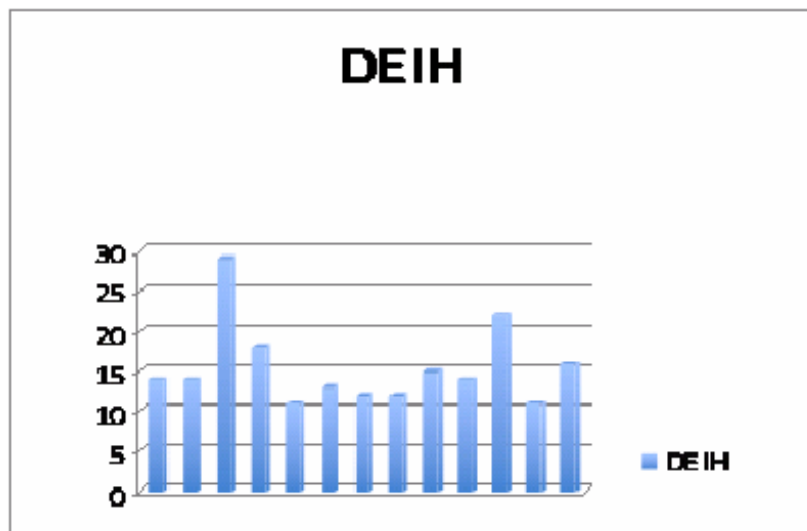
Se realizó enterotomía con extracción del lito en 5 casos (38.5%), resección intestinal con entero-entero anastomosis en 7 casos (53.8%), resección intestinal con maduración de ileostomía en 1 caso (7.7%) y colecistectomía asociada a alguno de estos procedimientos en 2 casos (15.4%).



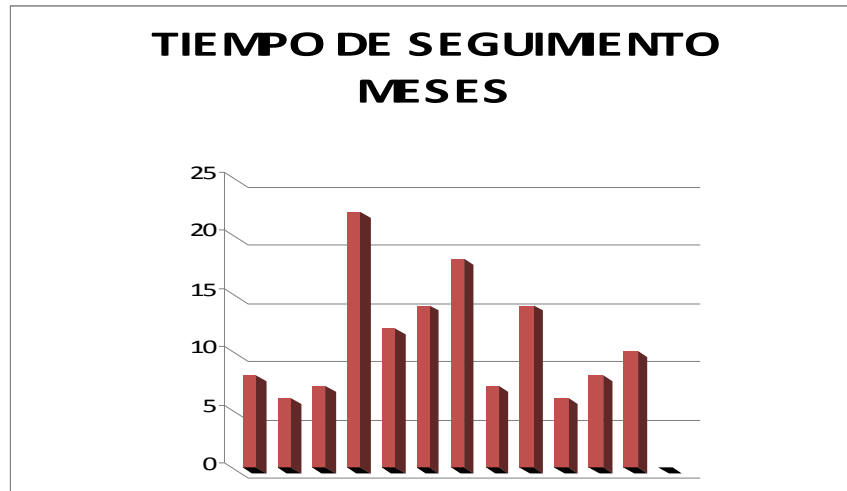
La cantidad de litos por paciente se documentó como único o múltiple de los cuales 9 casos fueron únicos representando el 69.2% y múltiples en 4 pacientes, 30.8%.



Los días de estancia hospitalaria, fueron recabados encontrando una media de 11 días, con una mediana de 14 y un rango de 11 a 29 días.



De los 13 pacientes en el estudio, solo 1 de ellos falleció durante su estancia hospitalaria, con diagnóstico de de choque séptico y neumonía. El seguimiento de los pacientes fue registrado en meses, encontrando una media de 11 meses con una mediana de 9 y un rango de 6 a 22 meses.



Durante el seguimiento de los pacientes no se documentó recidiva de íleo biliar en ninguno de los casos.

DISCUSIÓN.

El presente estudio fue realizado para conocer la experiencia de 10 años del servicio en la cirugía de íleo biliar, como pudimos constatar es una patología poco frecuente como ha sido ampliamente expuesto en la literatura mundial ^{1,3,4,5,9}. En nuestro hospital contabilizamos 19 pacientes con diagnóstico de íleo biliar en 10 años, sin embargo no se logro recabar los expedientes de todos los casos debido a la depuración del expediente clínico.

Si bien la patología vesicular es más común en el sexo femenino, se piensa que, al ser el íleo biliar una complicación de esta, es más frecuente en este sexo. A diferencia de lo encontrado en la mayor parte de las revisiones, en nuestra serie de pacientes encontramos un claro predominio del sexo masculino sobre el femenino de 2.25/1 ^{3,4,6}.

En cuanto a la edad, esta patología es más frecuente en la quinta década de la vida, coincidiendo con nuestros resultados con una edad media de 67.5 años y un rango de 54 a 85 años.

Las comorbilidades tomadas en cuenta en nuestra serie fueron la DM2 encontrando 23.1%, la hipertensión arterial sistémica en 46,2%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 23.1% y cardiopatía en 7.7%.

Si bien en los estudios reportados por otros autores no hay relación sobre las comorbilidades decidimos incluirlas en nuestra serie, esto debido a que afectan de manera directamente proporcional con los días de estancia hospitalaria y a la mortalidad, tratándose la mayor parte de pacientes con edad avanzada con riesgo de complicaciones asociadas a estas patologías.

Los síntomas asociados a la presentación de íleo biliar son, en todos los casos síntomas de oclusión intestinal, interpretados como distensión abdominal, plenitud, náusea y vómito, dificultad para canalizar gases. De manera interesante, uno de los pacientes debutó con un cuadro de cólico biliar y presentó síntomas de oclusión intestinal en el post operatorio inmediato. En total fueron 2 pacientes (15.2%) que presentaron síntomas de patología biliar, uno de estos además con ictericia. Solo 2 de los

pacientes (15.2%) presentaron fiebre. Un paciente (7.7%), presentó melena. En nuestra serie claramente el predominio de los síntomas de oclusión intestinal son iguales a los reportados en otras series^{3,11,13}.

El diagnóstico preoperatorio solo fue realizado en 23.1 % de los pacientes. De acuerdo a lo recabado en la literatura, el diagnóstico preoperatorio es posible en 30 a 50% de los casos^{8,10}. Si bien nos encontramos por debajo de estos porcentajes, es posible que esto se justifique a la falta de experiencia en el servicio por a la escasa cantidad de pacientes atendidos en nuestra unidad con este diagnóstico.

Dentro de los estudios de gabinete utilizados, el 100 % de los pacientes contaba con imágenes de ultrasonido, 42.6% contaba con tomografía computada, los cuales fueron los métodos de diagnóstico en 15.4% de los pacientes (2). En uno de los pacientes, el diagnóstico se realizó con endoscopia, encontrando un lito enclavado en la segunda porción del duodeno, diagnosticándose así el único caso de síndrome de Bouveret.

En cuanto a la cirugía empleada para el tratamiento de íleo biliar, el abordaje más utilizado fue la resección intestinal de la zona donde se encontraba enclavado el lito, reparada con entero entero anastomosis, en todos los casos se realizó latero lateral (53.8%). El segundo procedimiento más utilizado (38.5%) fue la enterolitotomía. En el caso de síndrome de Bouveret, se realizó una duodenostomía. A uno de los pacientes (7.7%) se le realizó resección intestinal, que abarcó 10 cm de íleon terminal y hemicolectomía derecha por presentar un lito enclavado a nivel de la válvula ileocecal con isquemia y necrosis de la pared del ciego. Por las condiciones de la paciente se optó por realizar una ileostomía y cierre distal.

La colecistectomía se realizó en dos de los pacientes (15.5%). En uno de ellos como procedimiento previo (24 horas) a la resolución del íleo biliar, el cual se manejó con enterotomía, y el otro caso en el mismo procedimiento de RIEEA, esto debido a que el paciente presentó ictericia a su ingreso.

El objetivo principal del tratamiento es resolver la oclusión intestinal. El estándar de oro es la laparotomía exploradora y enterolitotomía, sin embargo la resección intestinal esta indicada en los casos que exista compromiso vascular por la compresión del lito o en caso de perforación intestinal. Debido a que se trata de pacientes con edad avanzada y frecuentemente con comorbidos, la realización de la colecistectomía es controversial. En la revisión más grande de la literatura realizada por Reisner, citando más de 1000 casos, el procedimiento de un tiempo, resolución del íleo biliar y colecistectomía con manejo de la fístula bilioenterica, tuvo mortalidad más alta (16.9%) en comparación con los pacientes que no se manipuló la vesícula y fístula biliodigestiva (11.7%). Aquellos autores que proponen la cirugía de un solo tiempo refieren que previenen complicaciones futuras de la fístula bilioenterica, su persistencia y la recurrencia de íleo biliar. De manera interesante, esta reportado que las complicaciones por la fístula o recurrencia se vio en menos del 10% de los pacientes en los que solo se abordó el íleo biliar, así mismo Doko en un estudio retrospectivo reporta que la cirugía en un tiempo tiene mayor índice de complicaciones. Por lo que podemos concluir que la cirugía de un tiempo se debe reservar solo para un grupo selecto de pacientes con colecistitis aguda, vesícula gangrenosa o litos residuales en la misma ^{1, 3, 11,13, 22, 23}. En nuestra serie, no hubo diferencia en la morbilidad o mortalidad en aquellos pacientes que se realizó la colecistectomía.

En cuanto a la cantidad de litos, encontramos que en el 69.2% de los pacientes se encontró un lito, y múltiples litos en 30.2%, cifra que no afectó la evolución o pronostico de los pacientes.

En lo que concierne a complicaciones intrahospitalarias de pacientes post operados por íleo biliar, la infección de herida quirúrgica fue la más frecuente, en 46.2 % de los pacientes, neumonía en 30.8% y evisceración en 23.1 %. Complicaciones similares a las citadas en la literatura sobretodo por tratarse de pacientes con edad avanzada y con múltiples comorbidos asociados ^{5,6,7}. El único paciente que falleció durante su internamiento, de 84 años, curso con las tres complicaciones mencionadas. Se realizó una nueva cirugía para cierre de pared, y tuvo como diagnóstico de defunción choque séptico e insuficiencia respiratoria aguda, secundario a neumonía nosocomial.

La cantidad de días de estancia intrahospitalaria tuvo una media de 11 días, con una mediana de 14 y un rango de 11 a 29 días. La estancia más prolongada fue en un paciente que se realizó resección de ileon terminal con hemicolectomía derecha por isquemia y necrosis del ciego, cierre distal e ileostomía. Dicho paciente se complicó con infección de herida quirúrgica y la recuperación fue lenta por la magnitud de la cirugía.

La media de seguimiento fue de 11 meses con un rango de 6 a 22 meses. No se encontró recurrencia en ninguno de los casos.

CONCLUSIONES

Al igual que lo reportado en la literatura mundial, el íleo biliar es una patología de pacientes de edad avanzada y debe sospecharse cuando estos se presenten con síntomas de oclusión intestinal. En el caso de nuestra revisión, existe un claro predominio por el sexo masculino. Para el tratamiento se requiere laparotomía exploradora de urgencia cuando se sospecha de íleo biliar, y la enterolitotomía es el procedimiento estándar cuando este sea posible. La cirugía de un tiempo aumenta la morbilidad y mortalidad a pacientes con mayores comorbidos y debe ser considerada solo en pacientes con sintomatología o patología biliar y en pacientes jóvenes con riesgo de complicaciones biliares futuras.

Si bien nuestra serie es pequeña como para dar peso y relevancia estadística, constituye una excelente plataforma para un estudio prospectivo de nuestros pacientes, ya que las series con mayor número de casos reportadas se acercan al total de los casos operados en el servicio, lamentablemente el diseño retrospectivo de este estudio deja de lado los expedientes depurados por inactividad perdiendo así el 31.5% de los casos.

ANEXO 1

Hoja de recolección de datos tesis Ileo Biliar Experiencia de 10 Años en el servicio de Gastrocirugía del Centro Médico Nacional SXXI

Daniel Jorge A. Rojas Rojas R4GC
Asesor: José Luis Martínez Ordaz

NOMBRE					
NSS					
EDAD					
SEXO	MASCULINO			FEMENINO	
EPOC	SI	NO			
DIABETES					
HIEPERTENSION					
HEPATOPATIA					
CARDIOPATIA					
SINTOMATOLOGIA	SI	NO	OTROS	SI	NO
DOLOR					
DISTENSION ABDOMINAL					
MELENA					
NAUSEA VOMITO					
FIEBRE					
ICTERICA					
COLICO BILIAR					
LITO			MORFOLOGIA		
UNICO	MULTIPLE		UNICO		
LOCALIZACION					
SEGMENTO					
	SI	NO	NO		
ESTUDIOS DIAGNOSTICOS					
USG					
TAC					
RMN					
OTROS					
Hb	TGO			OTROS	
Hto	TGP				
Leucocitos	DHL				
Plaquetas	FA				
Glucosa	BT				
Urea	BD				
Creatinina	BI				
Na	ALB				
K	TP				
Cl	TPT				
TIPO DE CIRUGIA				COMPLICACION	
ENTEROLITOTOMIA				INFECCION	
RIEEA				HEMORRAGIA	
Ri + ILEOSTOMIA				NEUMONIA	
COLECISTECTOMIA ASOC				EVICERACION	

EXCELENCIA	RECURENCIA	SI	NO	RESOLUCION DE SINTOMAS	SI	NO
DEIH						
TIEMPO DE SEGUIMIENTO	DE					

BIBLIOGRAFÍA

1. Zalikas J, Munson L. Complications of Gallstones: The Mirizzi Syndrome, Gallstone Ileus, Gallstone Pancreatitis, Complications of "Lost" Gallstones Surg Clin N Am 88 (2008) 1345–1368
2. García-Osogobio S, et al. Rev Gastroenterol Mex, Vol. 73, Núm. 4, 2008
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994; 60(6):441-6.
4. Masannat Y, Masannat Y, Shatnawel A. Gallstone ileus: a review. Mt Sinai J Med 2006; 73(8):1132–4.
5. Cooperman AM, Dickson ER, ReMine WH. Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus. Ann Surg 1968;167(3):377–83.
6. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg 2007; 31:1292
7. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. Am J Gastroenterol 2002; 97:249-254
8. Rodríguez J, Codina A, Girones J, Garcia R, Figa M, Acero D. Íleo biliar: resultado del análisis de una serie de 40 casos. Gastroenterol Hepatol 2001;24:498-494
9. López JA, Delgado M, Palacio F, Arenas G, Granja E, Senado I, García L. Síndrome de Bouveret. Reporte de un caso, Cir Ciruj 2004;72:317-322.
10. Helou B, Gadacz T. Gallstone ileus. In: Cameron J, ed. Current Surgical Therapy. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. pp. 426-328
11. Ramos M. Gallstone ileus: management options and results on a series of 40 patients. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101(2): 117-24
12. Van Kerschaver O. Gallstone impacted in the rectosigmoid junction causing a biliary ileus and a sigmoid perforation. Int Surg. 2009; 94(1): 63-6
13. Salazar C, Rocha E, Vargas A, De La Fuente M, Cordero C. Íleo Biliar y fístula colecistoduodenal, informe de un caso. Cir Ciruj 2006; 74: 199-203.
14. Samarkos M, Makrygianni V. Gallstone ileus. Canadian Medical Association Journal. 2008; 179:2.

15. Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: bouveret syndrome, a case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(16):2620–1.
16. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, et al. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13(8):1295–8
17. Ripolles T, Miguel-Dasit A, Errando J, et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging* 2001;26:401–5.
18. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004;50:23–9.
19. Yu CY, Lin CC, Shyu RY, et al. Value of CT in the diagnosis and management of gallstone ileus. *World J Gastroenterol* 2005;11(14):2142–7.
20. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185:1159–65.
21. Warshaw AL, Bartlett MK. Choice of operation for gallstone intestinal obstruction. *Ann Surg* 1966;164(6):1051–5.
22. Doko M, Zovak M, Kopljar M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003;27(4):400–4.
23. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J* 2004;45(2):69–72.
24. Lubers H, Mahlke R, Lanskish G. Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum: case report. *J Intern Med* 1999;246:593-597.