

CASOS CLÍNICOS

Íleo Biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso Gallstone ileus corrected by laparoscopic enterolithotomy. Report of one case

Drs. FRANCISCO BERGER D¹, CONSTANZA ROJAS D¹, JI IÑIGUEZ S¹, PABLO SANTAMARÍA H².

¹Servicio de Cirugía, Unidad de emergencia, Hospital Regional Punta Arenas.

²Alumno 5to año Medicina Universidad de Chile.

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un paciente de 65 años, con cuadro sospechoso de íleo biliar, que se resolvió en forma completa por laparoscopia. Se analiza aquí la técnica quirúrgica y los resultados postoperatorios.

PALABRAS CLAVES: **Íleo biliar, laparoscopia**

SUMMARY

Gallstone ileus is a rare complication of biliary disease. It is more common in elderly patients and its main clinical manifestation is bowel obstruction. The better surgical results are obtained when only a enterolithotomy is performed and the resolution of the associated biliary disorder is deferred. We report a 65 years old male on anticoagulation for cardiac problems and with altered renal function, who presented with abdominal pain and vomiting. A plain Abdominal X ray showed air-fluid levels and a stone of approximately 4 cm of diameter in the small bowel. An exploratory laparoscopy was performed and the stone was removed. The postoperative period was uneventful and the patient was discharged on the fourth postoperative day.

KEY WORDS: **Gallstone ileus, laparoscopy**

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la patología biliar que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal. Este cuadro se observa con mayor frecuencia en pacientes de edades avanzadas. Existe consenso con respecto al tratamiento de elección que debe primero procurar resolver la obstrucción intestinal, extrayendo el cálculo impactado y dejando la resolución de la enfermedad biliar para un segundo tiempo opera-

torio dado que disminuye la morbimortalidad en estos pacientes que frecuentemente son añosos y muchas veces portadores de importante comorbilidad. La experiencia acumulada en los últimos años con la colecistectomía por laparoscopia por cirujanos en el mundo entero ha generado el interés por extender estos métodos de accesos limitados a otras patologías quirúrgicas en cuyos pacientes sin duda se benefician de un procedimiento mínimamente invasivo.

El íleo biliar es una causa de obstrucción intes-

*Recibido el 30 de Abril de 2005 y aceptado para publicación el 13 de Septiembre de 2005.

E-mail: constanzarojas@tie.cl

tinal (0,5-3%)¹ que aumenta su importancia en mayores de 65 años, donde puede ser origen de hasta un 25% de las obstrucciones intestinales^{2,3}. Existen 2 alternativas terapéuticas aun en debate en la actualidad, la primera es la enterolitotomía, que implica extraer el calculo impactado y realizar una sutura de la enterotomía, con resolución de la patología biliar en un segundo tiempo. La alternativa es realizar los 2 procedimientos en el mismo acto operatorio. Esta última opción se ha visto que presenta mayor morbimortalidad (16,9% vs 11,7%)^{1,3,4,5}. A medida que los cirujanos hemos adquirido mayor experiencia en los procedimientos laparoscópicos se nos hace mas factible ampliar las indicaciones de estos a otras patologías, existiendo hoy en día pocas áreas donde no se haya explorado con la cirugía mínimamente invasiva. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de un paciente con íleo biliar que fue resuelto mediante una enterolitotomía por laparoscopia.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 65 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía hipertensiva, y arritmia completa por fibrilación auricular, en tratamiento con anticoagulantes orales que consulta por dolor abdominal tipo cólico, intermitente y asociado a vómitos de tipo fecaloideo. Exámenes preoperatorios incluyeron una ecografía abdominal que informa una vesícula escleroatrófica con cálculos, vía biliar normal y además signos de nefropatía. La radiografía de abdomen simple muestra niveles hidroaéreos evidenciándose un calculo de aproximadamente 4 cm (Figura 1). Dentro de los exámenes de laboratorio destaca una protrombina de 47% (al paciente se le suspendió 48 h antes de la intervención su terapia con neosintron) y pruebas de función renal alteradas, (BUN 180 y creatinina 2,5). Se plantea el diagnóstico de íleo biliar por cuadro clínico e imagen radiológica y se decide realizar una laparoscopia exploradora. El paciente recibe media hora antes de la cirugía una dosis intravenosa de acantex 1 g y metronidazol 500 mg.

Técnica quirúrgica: Se utilizan 4 trócares dispuestos como se demuestra en la Figura 2 (3 trócares de 10 mm y 1 trocar de 5 mm). El cirujano se ubica entre las piernas del paciente al igual que para la técnica de colecistectomía estilo francesa, y el ayudante al lado izquierdo del paciente con el monitor hacia el lado derecho y cefálico del paciente. Se insufla el abdomen con una presión de CO₂ de 15 mmHg y una vez obtenido el neumoperitoneo y colocados los trócares se explora la cavidad ab-



Figura 1. Radiografía de abdomen simple que muestra niveles hidroaéreos y cálculo (flecha).

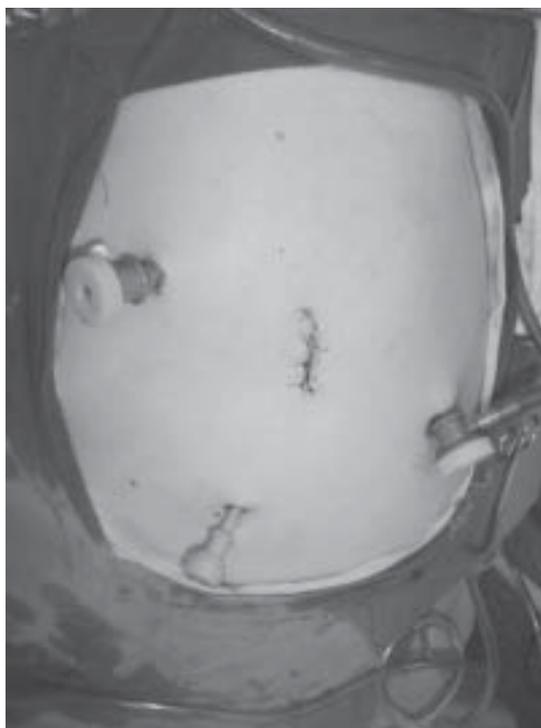


Figura 2. Posición de trócares.

dominal. En este paciente se aprecian las asas de intestino delgado dilatadas y edematosas, se revisa desde la válvula ileocecal subiendo por intestino no dilatado encontrándose un cálculo de paredes lisas de aproximadamente 4 cm de diámetro (Figura 3) impactado en íleon proximal, visualizándose este por transparencia. Antes de extraer el cálculo se explora en búsqueda de algún otro, no encontrándose. Se incide el intestino delgado sobre el cal-

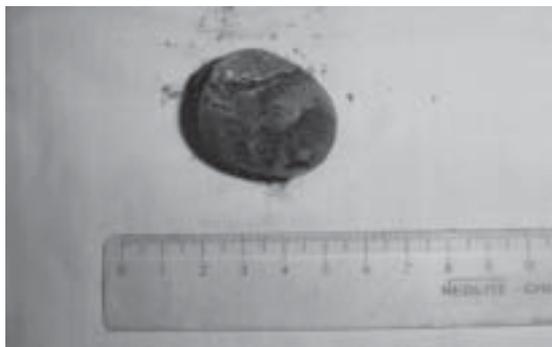


Figura 3. Cálculo impactado en íleon proximal



Figura 5. El cálculo ya evertido.

culo con hook, (Figura 4) y se everta del intestino (Figura 5). Finalmente, antes de extraer el cálculo por el trocar umbilical se realiza la enterorrafia con punto corrido de vicryl 3/0 en sentido transversal. Se extrae el cálculo con una pinza Foerster a través del sitio del trocar umbilical previa ampliación de la incisión. Se realiza aseo, y se cierra sitios de trócares con ethilon 3-0. No se dejó drenaje intra-abdominal.

Resultados: El tiempo operatorio fue de 60 minutos existiendo cierta dificultad en la extracción del cálculo a nivel de la pared abdominal por su tamaño. Se dejó al paciente con una SNG, la cual dio salida a escaso líquido biliar el primer día, retirándose al segundo día. El paciente se realimentó desde el 2º día postoperatorio sin problemas, no presentó dolor y es dado de alta al 4º día de la intervención, reanudando su terapia anticoagulante. Hasta la fecha no ha presentado morbilidad asociado a la cirugía. El periodo de seguimiento fue de 10 meses.



Figura 4. Incisión de pared intestinal con hook sobre el cálculo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de íleo biliar se realiza en alrededor del 69 % de los pacientes durante el intraoperatorio de una cirugía por obstrucción intestinal^{2,3,6}. Es a su vez una complicación excepcional de la litiasis biliar no superando una frecuencia de 1,5%⁶. Se produce por una comunicación biliodigestiva anormal, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal (68%), seguida por la colecistocolónica (5%), y colecistoduodenocolónica (2,5%)^{6,7,8}. El cálculo erosiona la pared vesicular y la del tubo digestivo, determinando la perforación con fistulización y ulterior evacuación del cálculo hacia el tubo digestivo, viajando este hasta impactarse en la mayoría de los casos en el íleon distal (65%)^{2,3,9,10}. El cuadro clínico corresponde al de una obstrucción intestinal caracterizada por vómitos, distensión abdominal, ausencia de heces y expulsión de gases por ano. Los métodos de estudio más utilizados son la Radiografía abdominal simple cuyos hallazgos más sensibles son los niveles hidroaéreos (39,6%) y aerobilia (26,4%)² pudiendo en algunos casos visualizarse el cálculo si es radiopaco. La ecotomografía abdominal orienta al diagnóstico si se visualiza aerobilia (sensibilidad de 50%) y cálculo impactado (20%)². Si bien la Radiografía de abdomen simple y la ecotomografía abdominal son métodos de diagnóstico que nos ayudan, la sospecha clínica sigue siendo el pilar fundamental para hacer un diagnóstico precoz.

El tratamiento más apropiado del íleo biliar aun genera cierta discusión. Antiguamente se le asociaba una alta mortalidad dadas las condiciones de los pacientes y la posible latencia que se producía en diagnosticar este cuadro. Al ir mejorando nuestra capacidad de diagnóstico, con mejor imagenología y también el manejo perioperatorio con la introducción de unidades de manejo crítico se logró dismi-

nuir esta mortalidad. Reportes desde 1960 citan tasas tan altas de mortalidad como 60% que han bajado hasta 18% en la década de los 90¹¹.

En un estudio de metaanálisis realizado por Reisner y Cohen en 1994¹¹, (la que representa la revisión más grande de esta patología realizada hasta la fecha) se analizaron 1001 casos encontrándose que en los pacientes que fueron sometidos solo a una enterolitotomía se presentaba una mortalidad de 11,7% en comparación con aquellos pacientes a los que se les realizó además de la enterolitotomía la resolución de la patología biliar (colecistectomía o colecistostomía con reparación de la fistula bilioentérica) cuya mortalidad fue de 16,9%. Sin embargo esta diferencia resultó no ser estadísticamente significativa ($p < 0,17$); por tratarse de pacientes con mayor riesgo por la edad y enfermedades asociadas, se estima mejor limitar la intervención a la resolución de la obstrucción y posteriormente, en forma electiva realizar la colecistectomía y reparación de la fistula.

Las causas de morbilidad asociado a la vesícula no extirpada incluyen la colecistitis aguda, colangitis y cáncer de vesícula. A un 10% de los pacientes en esta serie (Reisner y Cohen) se les realizó una colecistectomía posterior por síntomas persistentes, solo 2% presentaron colangitis posterior y en hasta un 15% se detectó cáncer de vesícula. Información obtenida de autopsias y en las reoperaciones cuenta que en la ausencia de colelitiasis las fistulas bilioentéricas cierran en forma espontánea^{12,13}. La mayoría de las veces una vesícula atrófica, no funcionante es lo que queda.

Creemos que la resolución de la obstrucción en el íleo biliar por vía laparoscópica es una técnica factible, sin que esto signifique una mayor complejidad para los cirujanos. En centros donde se tiene acceso a un laparoscopio de urgencia esto nos brinda no solo una herramienta diagnóstica sino

también terapéutica, con las obvias ventajas que tiene el hecho de realizar una cirugía mínimamente invasiva en pacientes añosos y con enfermedades asociadas.

REFERENCIAS

1. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S, Kuyama T, Sakata K, Kubota H. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140: 437-40.
2. Schutte H, Bastias J, Csendes A, Yarmuch J, De la Cuadra R, Chiong H y col. Gallstone ileus. *Hepato-gastroenterol* 1992; 39: 562-65.
3. Deitz D, Standage B, Pinson C.W. Improving the outcomes in gallstone ileus. *Am J Surg* 1986; 151: 572-76.
4. Van Landingham SB, Broders CW. Gallstone ileus. *Surg Clin North Am* 1982; 62: 241-46.
5. Rodríguez Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1995; 82(suppl 1): 16.
6. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737-42.
7. Glenn F, Reed C, Grafe W. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 527-31.
8. Kurtz R, Heimann T, Kurtz A. Gallstone ileus: a diagnostic problem. *Am J Surg* 1983; 146: 314-17.
9. Moss J, Bloom A.D, Mesleh GF *et al*. Gallstone ileus. *Am Surg* 1987; 53: 424-28.
10. Hudspeth A, Mc Guirt W, Salem W. Gallstone ileus. *Arch Surg* 1970; 100: 668-72.
11. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am. J. Surg.* 1994; 6: 441-46. Review.
12. Raiford TS. Intestinal obstruction caused by gallstones. *Am J Surg* 1962; 104: 383-94.
13. Heuman R, Sjobahl R, Wetterfors J. Gallstone ileus. An analysis of 20 patients. *World J Surg* 1980; 4: 595-600.