



# CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía  
Fundada en 1933

[www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx) [www.elsevier.es/circir](http://www.elsevier.es/circir)



## ARTÍCULO ORIGINAL

### Íleo biliar, experiencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Eder Alejandro Sánchez-Pérez<sup>a,\*</sup>, Sinuhé Álvarez-Álvarez<sup>a</sup>,  
Marco Antonio Madrigal-Téllez<sup>a</sup>, Gabriela Elaine Gutiérrez-Uvalle<sup>b</sup>,  
Jorge Enrique Ramírez-Velásquez<sup>c</sup> y Luis Mauricio Hurtado-López<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

<sup>b</sup> Servicio de Urgencias Médico Quirúrgicas, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

<sup>c</sup> Clínica de Atención Integral al Paciente con Diabetes y Obesidad, Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga, Ciudad de México, México

Recibido el 30 de julio de 2015; aceptado el 31 de mayo de 2016

#### PALABRAS CLAVE

Íleo biliar;  
Colelitiasis;  
Obstrucción  
intestinal;  
Fístula bilioentérica

#### Resumen

**Antecedentes:** El íleo biliar es una causa infrecuente de oclusión intestinal (1-4%), producida al migrar un lito por una fístula bilioentérica. El tratamiento consiste en reanimación hídrica, enterolitotomía, cierre de fístula y colecistectomía.

**Objetivos:** Determinar las condiciones de presentación clínica de pacientes con íleo biliar y su evolución posterior al manejo médico-quirúrgico.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y transversal de pacientes ingresados con el diagnóstico de oclusión intestinal, debida a íleo biliar. De mayo del 2013 a octubre del 2014, registramos las siguientes variables: edad, sexo, comorbilidades, duración del cuadro clínico, estancia preoperatoria y postoperatoria, imagenología, resultados de laboratorios, manejo quirúrgico, ubicación y tamaño de litos, complicaciones, recidiva, seguimiento postoperatorio y mortalidad.

**Resultados:** Se obtuvieron 10 pacientes (relación hombre: mujer 1:4), edad media 61.9 años, media de tiempo de cuadro clínico 15.4 días, estancia preoperatoria 2 días; el 80% presentó leucocitosis y neutrofilia, falla renal el 70%. La cirugía más realizada fue enterolitotomía con cierre primario (50%). El 80% de los litos se localizaron en íleon terminal. Hubo 2 recidivas. Media de estancia postoperatoria de 6.3 días y mortalidad del 20%.

**Conclusiones:** El íleo biliar se presentó en mujeres de la séptima década de la vida, con cuadro de oclusión intermitente de larga evolución. Al ingreso presentaban datos de respuesta inflamatoria sistémica, desequilibrio hidroelectrolítico y alteraciones en pruebas funcionales

\* Autor para correspondencia: Heriberto Frías 116, Int 403, Colonia Narvarte Poniente, Delegación Benito Juárez, C.P. 03020, Ciudad de México, México. Tel.: +52 55 5639 4024.

Correos electrónicos: [edalsape@hotmail.com](mailto:edalsape@hotmail.com), [edalsape.easp@gmail.com](mailto:edalsape.easp@gmail.com) (E.A. Sánchez-Pérez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.018>

0009-7411/© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Gallstone ileus;  
Cholelithiasis;  
Intestinal  
obstruction;  
Bilio-enteric fistula

hepáticas. Se debe realizar una adecuada reanimación hidroelectrolítica y tomografía en todos los casos. El mejor procedimiento, en nuestra experiencia, es enterolitotomía y cierre primario; este último es el que presenta menor morbimortalidad.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Gallstone ileus, experience in the Dr. Eduardo Liceaga General Hospital of Mexico

### Abstract

**Background:** Gallstone ileus is a rare cause of intestinal obstruction (1-4%). It results from the migration of a gallstone through a bilio-enteric fistula. Treatment begins with fluid therapy, followed by enterolithotomy, fistula closure, and cholecystectomy.

**Objectives:** To determine the clinical presentation in patients with gallstone ileus and subsequent medical -surgical management outcomes.

**Material and methods:** A retrospective, observational, descriptive and transversal study was conducted on patients diagnosed with intestinal obstruction secondary to a gallstone ileus from May 2013 to October 2014. The following variables were recorded: age, sex, comorbidities, mean time of onset of symptoms, length of preoperative and postoperative stay, imaging studies, biochemical tests, type of surgical management, stone location and size, complications, mortality, and postoperative follow-up.

**Results:** The study included 10 patients (male: female ratio 1:4), with a mean age of 61.9 years. The mean time of onset symptoms 15.4 days, and preoperative stay was 2 days. On admission, 80% of patients had leucocytosis and neutrophilia, and 70% with renal failure. The most common surgical management was enterolithotomy with primary closure (50%), finding 80% of the stones in terminal ileum. Recurrence was found in 2 cases. Mean postoperative hospital stay was 6.3 days. Mortality was 20%.

**Conclusions:** Gallstone ileus was most commonly presented in women in the seventh decade of life, with intermittent bowel obstruction. On hospital admission, they presented with systemic inflammatory response, electrolyte imbalance and abnormal liver function tests. Initial treatment must include fluid-electrolyte replacement, and tomography scans must be made in all cases. In our experience, the best procedure is enterolithotomy and primary closure, which presented with a lower morbidity and mortality.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Antecedentes

El íleo biliar, de acuerdo con Beuran et al.<sup>1</sup> fue descrito por Bartholin en 1654 en una necropsia<sup>1</sup>; es una obstrucción mecánica intestinal debida a la impactación de uno o más litos biliares en el tracto gastrointestinal, secundaria a una fístula biliodigestiva<sup>2,3</sup>. El primer caso de obstrucción duodenal fue escrito por Bonnet en 1841, pero no fue hasta 1893 cuando Bouveret estableció el diagnóstico preoperatorio de una situación similar. El primer caso reportado de una obstrucción en colon fue en 1932, por Tunner<sup>1-3</sup>.

Desde 1990, el íleo biliar se ha descrito como una complicación rara de coledocitis que ocurre en el 1-4%, y representa hasta el 25% de los casos de obstrucción intestinal en mayores de 65 años<sup>4</sup>. Aproximadamente el 50% de los pacientes con íleo biliar presenta historia de coledocitis, pero solo el 0.3-1.5% de los pacientes con coledocitis llega a presentar íleo biliar<sup>5,6</sup>.

Puede presentarse desde los 13 hasta los 97 años, con más frecuencia en mujeres (relación mujer-hombre desde 2.3:1 hasta 16:1)<sup>7</sup>.

El mecanismo aparentemente más frecuente de íleo biliar es la migración de un lito desde la vesícula al duodeno a través de una fístula colecistoduodenal (68-95%)<sup>1</sup>; sin embargo, se menciona también la posibilidad de fístulas que involucran al estómago y al colon<sup>2</sup>; las medidas promedio de los litos son de 2.5 cm<sup>1</sup>.

Comúnmente el lito migrado se enclava en el íleon terminal o en la válvula ileocecal, segmentos del intestino en donde hay menor movilidad y calibre<sup>1</sup>.

Hay 3 formas de presentación clínica: *aguda*, corresponde a la clásica presentación del íleo biliar; *subaguda*, presentada como oclusión parcial intestinal y *crónica*, conocida como síndrome de Karewsky, caracterizada por episodios repetidos de dolor que remiten conforme pasa el lito a través del intestino<sup>1</sup>.

Las alteraciones bioquímicas más frecuentes son: hipopotasemia (60%), hiponatremia (40%) y alcalosis metabólica (40%)<sup>5</sup>. El tratamiento se basa en la reanimación hidroelectrolítica del paciente y el manejo quirúrgico propio de la enfermedad<sup>1</sup>. Tradicionalmente el manejo se realizaba con laparotomía exploradora más enterolitotomía. De acuerdo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831142>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831142>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)