

CO-9: ÍLEO BILIAR: OPCIONES TERAPÉUTICAS, A PROPÓSITO DE 2 CASOS

AUTOR/ES: Romay Cousido, Gabriela; Tasente Presedo, Marta María; Fernández López, Lucía; Civeira Taboada, Tatiana; Ghanimé Saide, Joseph; Sotelo Goyanes, Ángel; García Brao, María Jesús; Machuca Santacruz, José Félix

INSTITUCIÓN: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña

RESUMEN

Existe gran controversia sobre el mejor tratamiento para el íleo biliar. Algunos autores proponen la enterotomía aislada, mientras otros defienden la reparación de la fístula bilioentérica en el mismo acto quirúrgico. En esta revisión se exponen dos casos tratados por nuestro servicio en los últimos meses y realiza una revisión bibliográfica sobre las opciones terapéuticas en los pacientes diagnosticados de íleo biliar, analizando los resultados a corto y largo plazo de los procedimientos realizados con mayor frecuencia.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar se define como la obstrucción intestinal mecánica ocasionada por la impactación de una litiasis biliar en la luz del tracto digestivo. El tratamiento de elección para estos pacientes sigue siendo la enterotomía, con la extracción del cálculo causante de la oclusión. Dado que, en la mayoría de las ocasiones el íleo biliar se produce como consecuencia de una fístula bilioentérica, algunos autores han propuesto que dicha fístula debería ser tratada durante el mismo acto quirúrgico, realizándose de manera simultánea la enterotomía, la reparación de la fístula y la colecistectomía (one-stage procedure). No obstante, este procedimiento no está exento de complicaciones y no existe acuerdo en la literatura científica sobre cuál es la mejor opción en estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Exposición de dos casos tratados en nuestro servicio. CASO 1: Se trata de un paciente varón de 80 años que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 6 días de evolución acompañado de náuseas y vómitos. Presenta en radiografía de abdomen imagen compatible con suboclusión intestinal. Se realiza ECO abdominal, donde se evidencia intensa aerobilia, por lo que es intervenido quirúrgicamente de forma urgente con sospecha de íleo biliar. CASO 2: Mujer de 79 años. Acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal de localización epigástrica acompañado de vómitos fecaloideos en las últimas horas. Se realizó TC abdominal, donde se sospecha íleo biliar. Se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza también una revisión de la literatura acerca de las opciones terapéuticas de esta patología. Se incluyen artículos publicados entre 1990 y 2009.

RESULTADO

En ambos casos se realizó enterotomía y extracción de cálculo biliar. La evolución de ambos pacientes fue favorable y permanecieron hospitalizados durante 12 y 10 días, respectivamente, sin presentar complicaciones postoperatorias. Seguimiento a través de consultas externas. Tras la revisión bibliográfica se extrae de la literatura que el tratamiento de elección en estos paciente es quirúrgico y la mayoría de los autores proponen la enterotomía aislada como tratamiento de elección, seguida de una cirugía en un segundo tiempo para los paciente sintomáticos o que presenten complicaciones en el seguimiento. En la mayor revisión bibliográfica realizada hasta la fecha, sobre más de 1.000 casos, Reisner y Cohen encontraron que la cirugía en un solo tiempo se asociaba con una mortalidad del 16,9% comparada con el 11,7% de la enterotomía sola. Sin embargo, el 10% de los pacientes con enterotomía aislada fueron reintervenidos por haber presentado síntomas biliares durante el seguimiento.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis, que ocasiona el 1-3% de las oclusiones mecánicas del intestino delgado. Esta baja incidencia condiciona que existan pocos estudios prospectivos sobre el tema y que los trabajos disponibles cuenten con un reducido número de pacientes. De este modo, aunque existe amplio consenso en la literatura en que el tratamiento de elección en estos pacientes es quirúrgico, todavía no hay acuerdo sobre la necesidad o no de tratar la fístula bilioentérica que permitió el paso de la litiasis al tracto digestivo. Mientras algunos autores recomiendan la cirugía en un solo tiempo como procedimiento de elección, reservando la enterotomía aislada para pacientes inestables o en los que exista una especial dificultad, la mayoría de autores proponen la enterotomía aislada como tratamiento de elección, seguida de una cirugía en un segundo tiempo solamente para los pacientes sintomáticos o que presentasen complicaciones en el seguimiento, pues es más sencilla y disminuye el tiempo quirúrgico. Por lo tanto, según se desprende de la revisión bibliográfica realizada no sería prudente recomendar para cualquier paciente el abordaje de la fístula bilioentérica durante el mismo acto quirúrgico como el tratamiento estándar del íleo biliar, pues esta técnica está claramente asociada con una mayor mortalidad. Además, si se tiene en cuenta que un alto porcentaje de casos los pacientes presentan edad muy avanzada, comorbilidades asociadas, diagnóstico tardío y que el tratamiento debe realizarse en condiciones de urgencia, en la toma de decisiones terapéuticas debería considerarse con detenimiento el riesgo y el beneficio de uno y otro abordaje quirúrgico. Por lo tanto, solamente en casos seleccionados se podría plantear la cirugía en un solo tiempo. Por último, se ha demostrado que el acceso laparoscópico, disminuye la agresión quirúrgica y, por tanto, el número de complicaciones en pacientes de alto riesgo, Aunque la experiencia es limitada, esta vía de abordaje podría ser de elección en estos casos. Otras opciones terapéuticas que existen son la litotricia, la extracción endoscópica del cálculo o la maniobra de Kopel, que consiste en traspasar la litiasis a través de la válvula de Bahuin. En resumen, según se desprende de la revisión de la literatura la cirugía en un solo tiempo se relaciona con una mayor tasa de mortalidad. No obstante, añadir la reparación de la fístula

biliodigestiva y la colecistectomía reduce la necesidad de reintervenciones y de complicaciones relacionadas con la persistencia de la fístula biliodigestiva, tales como recurrencia del íleo biliar, colecistitis o colangitis. Algunos factores individuales como la situación clínica del paciente, la edad, etc. deberían tenerse en consideración para tomar la decisión terapéutica más adecuada en cada caso.